



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Basisset
Medisch Specialistische Zorg
Kwaliteitsindicatoren**

2020

voor ziekenhuizen en particuliere klinieken



Voor algemene informatie over kwaliteitsindicatoren en een digitale set indicatoren verwijzen wij u naar de websites www.igj.nl en <https://omniq.dhd.nl>.
Bij verschil tussen deze publicatie en de website <https://omniq.dhd.nl> is de website leidend.

In de basisset MSZ zijn drie doelgroepen voor indicatoren te onderscheiden:

-  indicatoren aan te leveren door ziekenhuizen,
aangegeven in kleur oranje;
-  indicatoren aan te leveren door particuliere klinieken,
aangegeven in kleur blauw;
-  indicatoren aan te leveren door ziekenhuizen en particuliere klinieken
aangegeven in kleur paars.

Bij vragen over de basisset kunt u uw vraag sturen naar: indicatorenZH@igj.nl.

In samenwerking met

NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
de Federatie	Federatie Medisch Specialisten
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Utrecht, augustus 2019

Inhoud

Wat is de basisset?	8
Basisfilosofie	14
Gebruikershandleiding	15
Indicatoren	17
1 Operatief proces	18
1.1 Preoperatief en infrastructuur	18
1.1.1 Indicator Kwalificatie behandelruimte	18
PK 1.1.2 Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV	20
Z 1.1.3 Verbeterdoel Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase	20
1.2 Peroperatief	23
PK 1.2.1 Indicator Procedurele sedatie	23
1.3 Traumatologische en orthopedische chirurgie	24
Z 1.3.1 Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	24
Z+PK 1.3.2 Indicator Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)	25
PK 1.3.3 Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese	27
1.4 Oogheelkundige chirurgie	27
Z+PK 1.4.1 Indicator Visuswinst	27
PK 1.4.2 Indicator Cataractregistratie	29
1.5 Neurochirurgie	29
Z 1.5.1 Indicator Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)	29
1.6 KNO chirurgie	30
Z+PK 1.6.1 Indicator Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering	30
1.7 Bariatrische chirurgie en ingrepen	32
PK 1.7.1 Indicator Percentage postoperatieve controles	32
1.8 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)	33
PK 1.8.1 Indicator Implantatenregister	33
Z+PK 1.8.2 Indicator Borstimplantaten	33
Z+PK 1.8.3 Indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)	35
1.9 Cosmetische chirurgie	36
PK 1.9.1 Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie	36
PK 1.9.2 Indicator Ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling	37
PK 1.9.3 Indicator Registratie rimpelvullers	38
2 Spoedprocessen	39
3 Intensive care	40
3.1 Kwaliteitsregistratie NICE	40
Z 3.1.1 Indicator Aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE	40

	3.1.2	Indicator Hypoglycemie	41
4		Polikliniek	42
5		Diagnostiek	43
	5.1	Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV	43
	5.1.1	Indicator Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV	43
6		Interventies	46
	6.1	Interventies radiologie	46
	6.1.1	Indicator Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies	46
7		Medicatieproces	48
	7.1	Elektronisch voorschrijven	48
	7.1.1	Indicator Elektronisch voorschrijven	48
	7.2	Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	49
	7.2.1	Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	49
	7.3	High Risk medicatie	52
	7.3.1	Indicator High Risk medicatie	52
8		Zorg	53
	8.1	Ondervoeding	53
	8.1.1	Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	53
	8.1.2	Indicator Behandeling van ondervoeding	55
	8.2	Delirium	56
	8.2.1	Indicator Zorgplan voor Delirium	57
	8.2.2	Indicator Screening op delirium op de SEH	58
			
	8.3	Ziekenhuisbreed pijnmanagement	59
	8.3.1	Indicator Pijnmeting	59
	8.3.2	Indicator Pijnregistratie	61
	8.3.3	Indicator Pijnconsultatie	62
	8.4	Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)	65
	8.4.1	Indicator Middelen voor toepassen VBI	65
	8.4.2	Indicator Deskundigheid zorgprofessional	66
9		Oncologie	68
	9.1	Oncologisch proces	68
	9.1.1	Indicator Vast aanspreekpunt in de oncologische keten	68
	9.2	Borstkanker	70
	9.2.1	Indicator Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	70
	9.3	Longkanker	71
	9.3.1	Indicator Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA	71

	9.4 Gastro-intestinale tumoren	73
	9.4.1 Indicator Failure to rescue	73
	9.5 Botmetastasen	74
	9.5.1 Indicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen	74
	10 Hart en vaten	76
	10.1 STEMI	76
	10.1.1 Indicator Behandeling patiënten met een STEMI	76
	10.2 Pacemakers en ICD's	78
	10.2.1 Indicator Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's	78
	10.3 Carotischirurgie	78
	10.3.1 Indicator Tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseneninfarct	79
	10.3.2 Indicator Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie	81
	10.4 Thoraxchirurgie	82
	10.4.1 Indicator Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis	82
	10.4.2 Indicator Stroke, met restletsel, na hartchirurgie	83
	10.5 Atriumfibrilleren	84
	10.5.1 Indicator Atriumfibrilleren	84
	10.6 Doorlooptijd IAT	85
	10.6.1 Indicator Doorlooptijd IAT	86
	11 Bewegingsapparaat	87
	11.1 Reumatologie praktijk	87
	11.1.1 Indicator Reumatologie praktijk	87
	12 Infectieziekten	89
	12.1 Infecties na behandeling	89
	12.1.1 Indicator Surveillance van postoperatieve infecties	89
	12.1.2 Indicator Ingrepen met infectie	89
	12.2 Vroege herkenning sepsis	90
	12.2.1 Indicator Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis	90
	12.2.2 Indicator Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis	91
	12.2.3 Indicator Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis	91
	12.3 Staphylococcus aureus bacteriëmie	92
	12.3.1 Indicator Melding <i>Staphylococcus aureus</i> bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar	93
	12.3.2 Indicator Snel behandelen <i>Staphylococcus aureus</i> bacteriëmie	94
	13 Longen	96
	14 Maag-darm-lever (MDL)	97
	14.1 Endoscopische verrichtingen	97
	14.1.1 Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie	97
	14.1.2 Indicator Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd	98

15	Zenuwstelsel	99
16	Perinatale zorg	100
16.1	Spontane bevalling	100
	16.1.1 Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	100
17	Kwetsbare groepen	102
17.1	Ondervoeding geriatrische patiënten	102
	17.1.1 Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten	102
17.2	Colonchirurgie bij ouderen	104
	17.2.1 Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	104
	17.2.2 Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid	105
17.3	Heupfractuur bij kwetsbare ouderen	105
	17.3.1 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur	105
17.4	Stralingsbelasting bij kinderen	110
	17.4.1 Indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen	110
18	Algemeen kwaliteitsbeleid	112
18.1	Functioneren medisch specialisten	112
	18.1.1 Indicator IFMS	112
	18.1.2 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren zorgverleners	114
18.2	Evalueren functioneren zorgverleners	114
	18.2.1 Indicator Functioneringsgesprekken	114
18.3	Patiënttevredenheid	115
	18.3.1 Indicator Geschillen	115
	18.3.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek	115
18.4	Kwaliteitskeurmerk	116
	18.4.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk	116
18.5	Meldcode	116
	18.5.1 Indicator Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling	117
18.6	Visitaties door wetenschappelijke verenigingen	117
	18.6.1 Indicator Visitatie door NVA	117
	18.6.2 Indicator Visitatie door NVKNO	118
	18.6.3 Indicator Visitatie door NOG	119
	18.6.4 Indicator Visitatie door NVVC	119
	18.6.5 Indicator Visitatie door NVDV	120
	18.6.6 Indicator Visitatie door NVPC	121
	18.6.7 Indicator Visitatie door NOV	122
	18.6.8 Indicator Visitatie door NVMDL	122
	18.6.9 Indicator Visitatie door NIV	123
	18.6.10 Indicator Visitatie door NVCG	124

	18.7 Medische technologie	125
	18.7.1 Indicator Veilige toepassing van infuuspompen	125
	18.8 Continuïteit van zorg	127
	18.8.1 Verbeterdoel Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten	127
	19 Onverwacht lange opnameduur en heropnamen	129
	19.1 Onverwacht lange opnameduur	129
	19.1.1 Indicator Onverwacht lange opnameduur	130
	19.2 Heropnamen	130
	19.2.1 Indicator Heropnamen	131
	20 Inventarisatievragen particuliere klinieken	132
	Algemene organisatie	132
	Inventarisatievraag: Organisatie	132
	Personeel	133
	Inventarisatievraag: Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in fte	133
	Inventarisatievraag: Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in fte)	134
	Inventarisatievraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in fte)	134
	Inventarisatievraag: Bereikbaarheid	135
	Behandelingen	135
	Inventarisatievraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen	136
	Inventarisatievraag: Invasieve behandelingen	137
	Inventarisatievraag: Behandelaanbod	138
	Inventarisatievraag: Zorgzwaarte van de patiënten	138
	Inventarisatievraag: Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder	139
	Wijzigingentabel	140

Wat is de basisset?

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bewaakt en bevordert de veiligheid en kwaliteit van de zorg. Zij doet dat onder andere door extra aandacht te vragen voor specifieke thema's in ziekenhuizen en particuliere klinieken. Samen met de organisaties van professionals in de zorg bepaalt IGJ welke onderwerpen extra aandacht nodig hebben. Om verbeteringen te stimuleren, stellen we gezamenlijk risico-indicatoren vast voor de geselecteerde onderwerpen. Hiertoe brengt de inspectie vanaf 2003 jaarlijks de Basisset kwaliteitsindicatoren uit.

Hoe stimuleert de basisset medisch specialistische zorg kwaliteitsverbeteringen?

Dit is de vierde keer dat de basisset medisch specialistische zorg (MSZ) wordt gepubliceerd. De basisset MSZ is een combinatie van de kwaliteitsindicatoren uit de basisset voor ziekenhuizen (18e editie) en de risico-indicatoren uit de basisset particuliere klinieken (12e editie). Zo krijgen de inspectie en het zorgveld inzicht in de kwaliteit van de gehele medisch specialistische zorg, ongeacht of deze zorg gegeven wordt in een ziekenhuis of een particuliere kliniek. De indicatoren voor de particuliere klinieken worden met name gebruikt als informatie voor het toezicht door de inspectie.

We maken een kwaliteitsdoelstelling meetbaar. Dit heeft als risico dat de zorginstelling die gegevens aan moet leveren de nadruk legt op het meetresultaat. Terwijl het juist gaat om de kwaliteitsdoelstelling en mogelijke kwaliteitsverbetering waar de meting een indicatie voor geeft. Hebben we de indicator goed gekozen? Dan verbetert de kwaliteit van zorg door de maatregelen die nodig zijn om de meting uit te voeren.

Wij willen dus meer nadruk leggen op de verbeterdoelen dan op de indicatoren zelf. Daarom bevat de basisset 2020 twee onderwerpen waarbij het verbeterdoel voorop staat: 'continuïteit van zorg' en het 'nuchterbeleid bij kinderen'. De onder de verbeterdoelen opgenomen indicatoren zijn daarbij één van de keuzemogelijkheden voor de instelling om zichtbaar te maken dat zij op dat punt een effectief beleid voert. De instelling kan namelijk ook op andere wijze laten zien hoe zij haar doelstellingen op dat gebied waarmaakt. De resultaten moeten echter wel toetsbaar zijn.

Hoe gebruikt de inspectie de basisset bij het toezicht?

Een zorgproces kan om meerdere redenen opvallen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de uitslag van een indicator die opvallend afwijkt van wat landelijk gebruikelijk is. Dit kan zijn omdat iets opvallend vaak of juist opvallend weinig voorkomt. Meerdere minimale afwijkende uitslagen samen kunnen ook een indicatie vormen voor nader onderzoek. Daarbij betreft de inspectie ook gegevens uit andere inspectieonderzoeken, evenals gegevens van andere rijksinspecties of andere openbare bronnen. En opvallende uitslag is niet automatisch slechte zorg. De conclusie of sprake is van zeer goede of juist minder goede zorg kan alleen na aanvullend onderzoek worden getrokken. De geanalyseerde resultaten worden jaarlijks gepubliceerd.

Hoe komen de verbeterdoelen en de indicatoren tot stand?

De inspectie stelt jaarlijks de aandachtsgebieden voor de indicatoren vast in overleg met de organisaties van professionals en instellingen waar de inspectie direct toezicht op houdt. Dat zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Federatie Medisch Specialisten (de Federatie), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Het vaststellen van de indicatoren binnen de aandachtsgebieden gebeurt op basis van een voorstel dat is voorbereid en opgesteld door gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en verpleegkundige verenigingen (V&VN afdelingen). De uiteindelijke beslissing om een nieuwe indicator in de basisset op te nemen of daaruit te schrappen, is de verantwoordelijkheid van de inspectie. Het hele proces, vanaf het eerste voorstel tot aan het moment van het starten van de eerste registratie, beslaat ongeveer twee jaar. Het uitgangspunt is om indicatoren, nadat ze zijn opgenomen in de set, niet meer te wijzigen na de start van het registratiejaar, tenzij evidente fouten of totaal veranderde omstandigheden een goede registratie onmogelijk maken. Als het toch nodig blijkt, zal een erratum worden gepubliceerd op de website <https://omniq.dhd.nl>.

Omvang van de basisset

De basisset bestaat voor ziekenhuizen uit 230 variabelen. Het aantal variabelen geeft een representatiever beeld en is nauwkeuriger dan het aantal indicatoren, omdat het aantal variabelen per indicator sterk kan verschillen (van één tot enkele tientallen). Het aantal structuur-, proces- en uitkomstvariabelen wordt zoveel mogelijk constant gehouden, omdat de registratielast van een uitkomstindicator in de praktijk veel groter is dan een structuurindicator. Met de

ziekenhuiskoepels is een maximaal variabelenbudget voor ziekenhuizen vastgesteld. Voor particuliere klinieken zijn geen afspraken gemaakt over het aantal uit te vragen variabelen.

Praktische zaken

In de basisset zijn drie groepen voor indicatoren te onderscheiden:

- indicatoren aan te leveren door ziekenhuizen – kleur oranje en code  ;
- indicatoren aan te leveren door particuliere klinieken – kleur blauw en code  ;
- indicatoren aan te leveren door ziekenhuizen en particuliere klinieken – kleur paars en code .

In de gebruikershandleiding (pagina 15) kunt u vinden hoe u weet welke indicatoren u dient aan te leveren. Tevens wordt dit via de routing ook inzichtelijk op het moment dat u de indicatoren online registreert. In de bijlage van deze uitgave vindt u een compleet overzicht van de nieuwe indicatoren en de vervallen indicatoren ten opzichte van de basisset MSZ 2019. De indicatoren die niet terugkomen in deze set zijn vervallen omdat voldoende (bijna alle) instellingen in ruime mate aan de doelstelling voor de kwaliteit van zorg van de indicator voldeden en het onderwerp dus voldoende aandacht had gekregen.

Verzamelen van data

Bij het verzamelen van data adviseert de inspectie om voor de start van de registratie met de in de instelling werkzame specialisten te overleggen over de door hen gebruikte registratiesystemen (DBC-codering of Za-codes, of eventuele kwaliteitsregistraties die gebruikt worden door het specialisme).

Aanlevering

De kwaliteitsindicatoren over 2020 moeten door ziekenhuizen ingevuld worden op <https://omniq.dhd.nl>. Particuliere klinieken vullen de indicatoren in op de website van Desan. Deze zal worden opgesteld zodra de indicatoren ingevuld kunnen worden.

- Alle **ziekenhuizen** dienen de data vóór 15 april 2021 aan te leveren. Uiterlijk 1 juni 2021 dienen de gegevens definitief ondertekend te worden. Tot deze definitieve ondertekening hebben ziekenhuizen nog de mogelijkheid om gegevens aan te vullen en indien nodig aan te passen. De gegevens zijn openbaar zodra alle ziekenhuizen definitief hebben ondertekend.
- Alle **particuliere klinieken** dienen de data vóór 1 maart 2021 aan te leveren.

Indeling

De kwaliteitsindicatoren in de basisset zijn ingedeeld aan de hand van negentien zorgprocessen, wat tevens de hoofdstukken (1 t/m 19) van de basisset zijn. Vaak past een indicator binnen meerdere zorgprocessen. In de tabel op de volgende pagina kunt u zien in welk hoofdstuk u de indicator kunt vinden (V) en op welke zorgprocessen de indicator ook van toepassing is (X).

V Plaats indicator in hoofdstuk

X Indicator speelt een rol in dit zorgproces

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
		Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	Maag-darm-lever (MDL)	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Onverwacht lange opname-duur en heropnamen
1	Operatief proces																			
	1.1 Preoperatief en infrastructuur																			
	1.1.1 Indicator Kwalificatie behandelruimte	V																	X	
	1.1.2 Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV	V					X											X	X	
	1.1.3 Verbeterdoel Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase	V					X		X						X			X	X	
	1.2 Peroperatief																			
	1.2.1 Indicator Procedurele sedatie	V					X	X											X	
	1.3 Traumatologische en orthopedische chirurgie																			
	1.3.1 Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	V	X									X						X		
	1.3.2 Indicator Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)	V										X				X				
	1.3.3 Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese	V					X					X	X					X		
	1.4 Oogheelkundige chirurgie																			
	1.4.1 Indicator Visuswinst	V			X													X		
	1.4.2 Indicator Cataractregistratie	V																X	X	
	1.5 Neurochirurgie																			
	1.5.1 Indicator Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)	V								X	X					X		X	X	
	1.6 KNO chirurgie																			
	1.6.1 Indicator Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering	V			X														X	
	1.7 Bariatrische chirurgie en ingrepen																			
	1.7.1 Indicator Percentage postoperatieve controles	V		X											X					
	1.8 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)																			
	1.8.1 Indicator Implantatenregister	V										X							X	
	1.8.2 Indicator Borstimplantaten	V								X			X						X	
	1.8.3 Indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)	V								X									X	
	1.9 Cosmetische chirurgie																			
	1.9.1 Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie	V											X						X	
	1.9.2 Indicator Ongeplande herbehandeling na cosmetische behandeling	V																	X	
	1.9.3 Indicator Registratie rimpelvullers	V																	X	
2	Spoedprocessen																			
3	Intensive care																			
	3.1 Kwaliteitsregistratie NICE																			
	3.1.1 Indicator Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE			V															X	
	3.1.2 Indicator Hypoglycemie			V					X											
4	Polikliniek																			
5	Diagnostiek																			
	5.1 Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV																			
	5.1.1 Indicator Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV					V					X	X								
6	Interventies																			
	6.1 Interventies radiologie																			
	6.1.1 Indicator Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies					V													X	

V Plaats indicator in hoofdstuk

X Indicator speelt een rol in dit zorgproces

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
		Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	Maag-darm-lever (MDL)	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Onverwacht lange opname-duur en heropnamen
7	Medicatieproces																			
	7.1 Elektronisch voorschrijven																			
	7.1.1 Indicator Elektronisch voorschrijven				X			V										X		
	7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen																			
	7.2.1 Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen							V										X		
	7.3 High Risk medicatie																			
	7.3.1 Indicator High Risk medicatie							V	X										X	
8	Zorg																			
	8.1 Ondervoeding																			
	8.1.1 Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	X				X		V	X						X			X		
	8.1.2 Indicator Behandeling van ondervoeding	X				X		V	X						X			X		
	8.2 Delirium																			
	8.2.1 Indicator Zorgplan voor Delirium				X	X		V								X		X		
	8.2.2 Indicator Screening op delirium op de SEH		X					V								X		X		
	8.3 Ziekenhuisbreed pijnmanagement																			
	8.3.1 Indicator Pijnmeting							V	X											
	8.3.2 Indicator Pijnregistratie	X						V											X	
	8.3.3 Indicator Pijnconsultatie	X	X	X				V	X	X	X			X	X		X	X	X	
	8.4 Vrijheid beperkende interventies (VBI)																			
	8.4.1 Indicator Middelen voor toepassen VBI							V										X	X	
	8.4.2 Indicator Deskundigheid zorgprofessional							V										X	X	
9	Oncologie																			
	9.1 Oncologisch proces																			
	9.1.1 Indicator Vast aanspreekpunt in de oncologische keten								X	V									X	
	9.2 Borstkanker																			
	9.2.1 Indicator Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	X			X			X	V										X	
	9.3 Longkanker																			
	9.3.1 Indicator Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA	X				X		X	V					X					X	
	9.4 Gastro-intestinale tumoren																			
	9.4.1 Indicator Failure to rescue	X							V						X				X	
	9.5 Botmetastasen																			
	9.5.1 Indicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen		X						V											
10	Hart en vaten																			
	10.1 STEMI																			
	10.1.1 Indicator Behandeling patiënten met een STEMI		X				X			V										
	10.2 Pacemakers en ICD's																			
	10.2.1 Indicator Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's						X			V		X								
	10.3 Carotischirurgie																			
	10.3.1 Indicator Tijd tot carotisdarteriectomie bij patiënten met een TIA/herseninfarct	X	X		X	X				V									X	

V Plaats indicator in hoofdstuk
X Indicator speelt een rol in dit zorgproces

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
			Operatief proces	Spiedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	Maag-darm-lever (MDL)	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Onverwacht lange opname-duur en heropnamen
	10.3.2	Indicator Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie	X									V								X	
	10.4	Thoraxchirurgie																			
	10.4.1	Indicator Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis	X									V		X							
	10.4.2	Indicator Stroke, met restletsel, na hartchirurgie	X		X							V								X	
	10.5	Atriumfibrilleren																			
	10.5.1	Indicator Atriumfibrilleren				X	X					V				X					
	10.6	Doorlooptijd IAT																			
	10.6.1	Indicator Doorlooptijd IAT		X								V				X				X	
	11	Bewegingsapparaat																			
	11.1	Reumatologie praktijk																			
	11.1.1	Indicator Reumatologie praktijk											V							X	
	12	Infectieziekten																			
	12.1	Infecties na behandeling																			
	12.1.1	Indicator Surveillance van postoperatieve infecties	X					X						V						X	
	12.1.2	Indicator Ingrepen met infectie	X					X						V						X	
	12.2	Vroege herkenning van sepsis																			
	12.2.1	Indicator Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis		X	X					X				V					X	X	
	12.2.2	Indicator Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis												V						X	
	12.2.3	Indicator Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis												V						X	
	12.3	Staphylococcus aureus bacteriëmie																			
	12.3.1	Indicator Melding Staphylococcus aureus bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar			X			X						V						X	
	12.3.2	Indicator Snel behandelen Staphylococcus aureus bacteriëmie			X	X		X						V						X	
	13	Longen																			
	14	Maag-darm-lever (MDL)																			
	14.1	Endoscopische verrichtingen																			
	14.1.1	Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie					X	X								V				X	
	14.1.2	Indicator Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd					X	X								V				X	
	15	Zenuwstelsel																			
	16	Perinatale zorg																			
	16.1	Spontane bevalling																			
	16.1.1	Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	X					X										V	X		
	17	Kwetsbare groepen																			
	17.1	Ondervoeding geriatrische patiënten																			
	17.1.1	Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten				X	X			X									V	X	
	17.2	Colonchirurgie bij ouderen																			
	17.2.1	Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	X							X	X					X	X		V	X	
	17.2.2	Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid	X								X					X	X		V		

V Plaats indicator in hoofdstuk

X Indicator speelt een rol in dit zorgproces

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
		Operatief proces	Spiedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	Maag-darm-lever (MDL)	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Onverwacht lange opname-duur en heropnamen
	17.3 Heupfractuur bij kwetsbare ouderen																			
	17.3.1 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur	X							X			X						V	X	
	17.4 Stralingsbelasting bij kinderen																			
	17.4.1 Indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen					X												V	X	
	18 Algemeen kwaliteitsbeleid																			
	18.1 Functioneren medisch specialisten																		V	
	18.1.1 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten																			
	18.2 Evalueren functioneren zorgverleners																		V	
	18.2.1 Indicator functioneringsgesprekken																			
	18.3 Patiënttevredenheid																		V	
	18.3.1 Indicator Geschillen																		V	
	18.3.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek																		V	
	18.4 Kwaliteitskeurmerk																		V	
	18.4.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk																			
	18.5 Meldcode																	X	V	
	18.5.1 Indicator Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling																			
	18.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen																		V	
	18.6.1 Indicator Visitatie door NVA	X																	V	
	18.6.2 Indicator Visitatie door NVKNO	X																	V	
	18.6.3 Indicator Visitatie door NOG	X																	V	
	18.6.4 Indicator Visitatie door NVVC				X						X								V	
	18.6.5 Indicator Visitatie door NVDV				X														V	
	18.6.6 Indicator Visitatie door NVPC	X																	V	
	18.6.7 Indicator Visitatie door NOV	X										X							V	
	18.6.8 Indicator Visitatie door NVMDL														X				V	
	18.6.9 Indicator Visitatie door NIV				X														V	
	18.6.10 Indicator Visitatie door NVCG	X																	V	
	18.7 Medische technologie																		V	
	18.7.1 Indicator Veilige toepassing van infuuspompen																			
	18.8 Continuïteit van zorg																		V	
	18.8.1 Verbeterdoel Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	19 Onverwacht lange opnameduur en heropnamen																			
	19.1 Onverwacht lange opnameduur																			
	19.1.1 Indicator Onverwacht lange opnameduur	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	19.2 Heropnamen																			
	19.2.1 Indicator Heropnamen	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Basisfilosofie

De volgende uitgangspunten vormen de basisfilosofie van de kwaliteitsindicatoren medisch specialistische zorg:

- *Een kwaliteitsindicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten.*
Over een negatief signaal kunnen door de inspectie vragen worden gesteld. Overigens brengt de inspectie niet alleen op basis van de gepubliceerde gegevens een oordeel over een individuele instelling naar buiten. Indicatoren zijn een hulpmiddel voor het risicogebaseerde toezicht en geven een aanvulling op informatie uit andere bronnen, zoals thematoezicht en meldingen van en over een instelling.
- *Instellingen maken zelf resultaten openbaar.*
De kwaliteitsindicatoren geven zonder nadere uitleg niet in alle gevallen een goed beeld van de zorg in een individuele instelling, bijvoorbeeld omdat patiëntenpopulaties per instelling verschillen. Om die reden wordt aan de instellingen gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere uitleg te voorzien. Dit kan in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg en via de website van de instelling.
- *Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk.*
Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. Een deel van de kwaliteitsindicatoren wordt al ten behoeve interne kwaliteitsverbetering geregistreerd. Als de instelling op meer dan één locatie zorg levert, is inzicht in eventuele verschillen in de kwaliteit van zorg van belang, zowel voor de interne kwaliteitsbewaking als voor het toezicht.
- *Registratielast blijft beperkt.*
Bij de ontwikkeling en vaststelling van de basisset is rekening gehouden met het gegeven dat indicatoren in (het merendeel van) de instellingen al om andere redenen worden geregistreerd. Hierdoor blijft de extra registratielast tot een minimum beperkt. Een verzwaring van de registratielast is alleen acceptabel als dat ook tot een verbetering van de kwaliteit van zorg leidt.
- *De basisset is een ontwikkelingsmodel.*
Een indicatorenset voor medisch specialistische zorg is nooit af. De ontwikkeling van de indicator is mede afhankelijk van de reacties en de resultaten vanuit instellingen. Indicatoren die niet meer relevant zijn of niet meer differentiëren laat de inspectie vervallen en worden na verloop van tijd door andere indicatoren vervangen.

Gebruikershandleiding

De basisset is bedoeld voor alle algemene ziekenhuizen, universitair medische centra, radiotherapeutische centra, categorale ziekenhuizen, particuliere klinieken en revalidatiecentra waar medische zorg wordt geboden.

Onderstaande tabel helpt u bij het bepalen welke indicatoren u moet aanleveren.

U levert de gegevens aan voor een algemeen ziekenhuis, universitair medisch centra of categoriaal ziekenhuis	U levert de indicatoren aan die enkel voor de ziekenhuizen gelden	
	U levert de indicatoren aan die voor zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken gelden	
U levert de gegevens aan voor een particuliere kliniek ^[1]	U levert de indicatoren aan die enkel voor particuliere klinieken gelden	
	U levert de indicatoren aan die voor zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken gelden	
U levert de gegevens aan voor een radiotherapeutisch centra	De inspectie bepaalt jaarlijks met de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie welke indicatoren u moet aanleveren. U ontvangt hier separaat bericht over van de inspectie.	Niet van toepassing
U levert de gegevens aan voor een revalidatiecentrum	De inspectie bepaalt jaarlijks met de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen welke indicatoren u moet aanleveren. U ontvangt hier separaat bericht over van de inspectie.	Niet van toepassing

Een indicator en zijn inleiding

Iedere indicator begint met een inleiding die een korte samenvatting geeft van het belang van deze indicator in relatie tot de kwaliteit van de zorg. Verder worden belangrijke begrippen die in definities voorkomen nader uitgelegd. De daadwerkelijke vragen (variabelen) die horen bij deze indicator, worden gesteld in het lichter gekleurde gedeelte van de pagina. U wordt geacht deze vragen, indien voor uw instelling van toepassing, allemaal te beantwoorden. In de gevallen waar om een percentage wordt gevraagd, moet u de teller en de noemer invullen en kan een toelichting gegeven worden. Het percentage wordt automatisch berekend.

Verslagjaar

De gegevens hebben betrekking op het verslagjaar 2020, te weten de periode van 1 januari tot en met 31 december 2020, tenzij in de indicator een andere definitie staat. De registratieperiodes zijn zo gekozen dat alle registraties op 31 december 2020 kunnen worden afgesloten, onafhankelijk van de lengte van de follow-up, zodat op tijd met het opstellen van het jaarverslag kan worden begonnen. De noemer is altijd de periode van het verslagjaar, zodat ze vergeleken kunnen worden met andere bronnen. Ook de periode voor de teller is het verslagjaar, tenzij er duidelijke inhoudelijke redenen zijn om een andere periode te kiezen. Dit betekent dat de populatie unieke patiënten die onder de noemer valt, soms net een andere is dan die onder de teller valt.

[1] Particuliere klinieken is de verzamelnaam voor Zelfstandige Behandel Centra (ZBC), instellingen voor medisch specialistische zorg (niet zijnde ziekenhuizen), privéklinieken en medisch diagnostische instellingen.

Minimumnormen per locatie

De kwantitatieve minimumnormen gelden per locatie. Deze aantallen moeten altijd per locatie waar de ingreep wordt uitgevoerd aangeleverd worden. Als ervoor gekozen wordt om de gegevens voor de gehele organisatie op te geven, dan moet voor indicatoren waar een minimumnorm voor geldt de locatie in de toelichting worden vermeld.

Gebruik landelijke registraties

Een aantal indicatoren kan of moet uit landelijke registratie gehaald worden, zoals die van de wetenschappelijke vereniging, het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) of het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). Het doel hiervan is om de registratielast te beperken en de gegevens beter met elkaar te kunnen vergelijken. In de tekst van de indicator wordt aangegeven wanneer de gevraagde gegevens uit een landelijke registratie zijn te halen.

Website is leidend

Hoewel de uiterste zorg is besteed aan het opstellen van dit boekje en het maken van de website, is het mogelijk dat er discrepanties zijn tussen deze publicatievormen van de basisset. Mocht dat zo zijn, dan is de versie zoals die op de website <https://omniq.dhd.nl> staat leidend.

Toelichting

Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een *, dan is een toelichting verplicht. Bij de overige antwoorden wordt een toelichting op de geleverde getallen op prijs gesteld. Wij raden u aan deze toelichtingen met zorg samen te stellen. Toelichtingen of het ontbreken ervan kunnen zelf een inspectie-indicatie vormen. Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een #, dan moet u de gegevens per locatie aanleveren.

Steekproef

Indien u een steekproef genomen hebt, moet u de grootte van de populatie aangeven naast een specificatie van de selectiecriteria die u hebt toegepast om tot een steekproef te komen (voorbeeld: alle patiënten in de maand april). De teller en noemer worden vervolgens ingevuld op basis van de (niet-geëxtrapoleerde) steekproef. Als u aangeeft geen steekproef genomen te hebben, gaat de inspectie ervan uit dat u de gegevens over alle patiënten registreert.

Indicatoren

1 Operatief proces

Operatieve ingrepen variëren van een kleine ingreep met minimaal risico die zeer frequent wordt uitgevoerd tot een uitgebreide hoog risico ingreep waarvan er maar enkele per jaar verricht worden. Wat al deze ingrepen gemeen hebben is dat er sprake is van de noodzaak voor een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar proces in een gecontroleerde omgeving.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op het operatieve proces, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

1.1 Preoperatief en infrastructuur

PK 1.1.1 Indicator Kwalificatie behandelruimte

Het verrichten van invasieve ingrepen stelt eisen aan de (bouwkundige) omstandigheden ten aanzien van de mate van steriliteit. Van OK klasse 1 tot zelfstandige behandelkamer^[2,3].

De classificatie van OK-complexen dient te worden aangetoond middels een (jaarlijkse) validatie waarin alle criteria uit de richtlijnen zijn beoordeeld.

- Definities
- Behandelruimten op basis van de bovengenoemde richtlijn (voor **volledige** eisen wordt naar bovenstaande richtlijn verwezen):
 - **OK1, prestatieniveau 1:** kent 3 zones (ten opzichte van het overige gebouw) met aflopende zuiverheid (zone A, B en C), waarbij deze zones zijn aangetoond door een correct stromingsprofiel over alle zoneovergangen. De OK ligt afgesloten van de instelling. Zonering en situering van ruimten binnen OK-complex conform richtlijn. Luchtfiltering vindt plaats middels een HEPA-filter. Prestaties luchtbehandeling conform richtlijn. Het operatiegebied bevindt zich onder een luchtbehandelingsysteem dat voldoet aan de prestatie-eisen behorend bij een OK klasse 1, prestatieniveau 1. Er is sprake van gecontroleerde luchtstroming van schone naar vuilere ruimten (van OK naar schone zone; van schone naar niet-schone zone; van niet-schone zone naar kliniek).
 - **OK1, prestatieniveau 2:** kent 3 zones (ten opzichte van het overige gebouw) met aflopende zuiverheid (zone A, B en C), waarbij deze zones zijn aangetoond door een correct stromingsprofiel over alle zoneovergangen. De OK ligt afgesloten van de instelling. Zonering en situering van ruimten binnen OK-complex conform richtlijn. Luchtfiltering vindt plaats middels een HEPA-filter. Prestaties luchtbehandeling conform richtlijn. Er is sprake van gecontroleerde luchtstroming van schone naar vuilere ruimten (van OK naar schone zone; van schone naar niet-schone zone; van niet-schone zone naar kliniek).
 - **OK2:** kent 2 zones (ten opzichte van het overige gebouw) met aflopende zuiverheid (zone A en B), waarbij deze zones zijn aangetoond door een correct stromingsprofiel over alle zoneovergangen. De OK ligt afgesloten van de instelling. Zonering en situering van ruimten binnen OK-complex conform richtlijn. Luchtfiltering vindt plaats middels een HEPA-filter. Prestaties luchtbehandeling conform richtlijn. Er is sprake van gecontroleerde luchtstroming van schone naar vuilere ruimten (OK naar schone zone; schone zone naar kliniek).
 - **Zelfstandige behandelkamer:** kent geen zones en ligt niet noodzakelijkerwijs afgesloten van de kliniek. De behandelkamer wordt uitsluitend als behandelkamer gebruikt (bevat geen overbodig meubilair) en is dus geen gecombineerde spreek-/ behandelkamer. Er zijn geen sluizen en er is geen verkoeverkamer. Er vindt geen luchtfiltering plaats middels een HEPA-filter en er is geen drukverschil met de omliggende ruimten noodzakelijk. Wel is er een mechanisch ventilatiesysteem aanwezig.

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 1, prestatieniveau 1?

☐ ja ☐ nee

Hoeveel OK's klasse 1, prestatieniveau 1 behoren tot uw eigen instelling?

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling?

[2] Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen, Werkgroep Infectiepreventie, 2011.

[3] Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1, Werkgroep Infectie Preventie, november 2014.

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1, prestatieniveau 1?

Benoem de instellingen*

Wat is de datum van het laatste validatierapport (van de gehele operatieafdeling van deze andere instelling)?

____ | ____ | ____

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK 1, prestatieniveau 2?

☐ ja ☐ nee

Hoeveel OK's klasse 1, prestatieniveau 2 behoren tot uw eigen instelling?

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling?

____ | ____ | ____

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1, prestatieniveau 2?

Benoem de instellingen*

Wat is de datum van het laatste validatierapport (van de gehele operatieafdeling van deze andere instelling)?

____ | ____ | ____

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 2?

☐ ja ☐ nee

Hoeveel OK's klasse 2 behoren tot uw eigen OK's klasse 2 instelling?

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling?

____ | ____ | ____

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 2?

Benoem de instellingen*

Wat is de datum van het laatste validatierapport (van de gehele operatieafdeling van deze andere instelling)?

____ | ____ | ____

Voerde u invasieve ingrepen uit in een zelfstandige behandelkamer?

☐ ja ☐ nee

Hoeveel zelfstandige behandelkamers behoren tot uw eigen instelling?

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelkamers?

Benoem de instellingen*

Voerde u invasieve ingrepen uit in behandelruimten anders dan hierboven genoemd?

☐ ja* ☐ nee

Hoeveel andere behandelruimten behoren tot uw eigen instelling?

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelruimten?

Benoem de instellingen*

Toelichting:

* Geef toelichting

PK 1.1.2 Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/locatie, stollings-status, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid bevoegd en bekwaam personeel, materialen en bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, voor de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt^[4]. De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stop-moment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd in het medisch dossier. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam. Deze indicator is ook opgenomen als interne indicator in de richtlijn Peroperatief traject.^[5]

- **Inclusie criterium:**
Alle operaties vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn Peroperatief proces. Dit betreft alle operaties uitgevoerd binnen een operatieafdeling.

Werden, in het verslagjaar, operaties op meer dan één locatie uitgevoerd?
U dient de gegevens per locatie aan te leveren.

☐ ja ☐ nee

Teller: Het aantal patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd in het verslagjaar.

Noemer: Het totaal aantal patiënten waarbij een operatie is uitgevoerd in het verslagjaar (binnen een operatieafdeling).

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Z 1.1.3 Verbeterdoel Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase

Waarom is het belangrijk om te voorkomen dat kinderen onnodig lang nuchter zijn?

Het nuchter houden van de patiënt is de belangrijkste strategie om pulmonale aspiratie te voorkomen bij ingrepen onder anesthesie. Huidige internationale richtlijnen bevelen een nuchter periode aan van zes uur nuchter voor vast voedsel, een lichte maaltijd en (koe- en poeder-) melk; vier uur nuchter voor moedermelk en twee uur nuchter voor heldere vloeistoffen, de 6-4-2 regel^[6]. Op 10 januari 2019 is het Sectie Kinderanesthesiologen (SKA) statement vastgesteld, waarin opgenomen is een nuchterbeleid van 6-4-0/1^[7]. Echter, in de praktijk is de nuchter periode vaak veel langer door miscommunicatie, organisatorische problemen of omdat het kind niet wakker gemaakt wordt om te drinken indien de ingreep vroeg in de morgen gepland staat of ouders/verzorgers/het kind onvoldoende geïnformeerd zijn^[8]. Het is van belang dat informatie zowel schriftelijk als mondeling gegeven wordt in begrijpelijke taal (logische opbouw, korte, persoonlijke, actieve zinnen, alledaagse woorden).

[4] In het geval van een minderjarige of wilsonbekwame patiënt tevens, indien mogelijk, in aanwezigheid van een ouder/verzorger of vertegenwoordiger.

[5] <https://www.anesthesiologie.nl/publicaties/richtlijn-peroperatief-traject>

[6] Smith I, Kranke P, Murat I, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European journal of anaesthesiology* 2011;28(8):556-69. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283495ba1 [published Online First: 2011/06/30]

[7] Anesthesiologie NVv. Protocol Sectie Kinderanesthesiologie: Nuchterbeleid bij kinderen. 2019

[8] Williams C, Johnson PA, Guzzetta CE, et al. Pediatric fasting times before surgical and radiologic procedures: benchmarking institutional practices against national standards. *Journal of pediatric nursing* 2014;29(3):258-67. doi: 10.1016/j.pedn.2013.11.011 [published Online First: 2013/12/25]

Langere nuchter periodes zijn niet zonder risico en verhogen de kans op onder andere lagere bloedglucosewaarden, stijging van ketonen en hypotensie tijdens anesthesie ten gevolge van mogelijk een ondervulde conditie en postoperatieve insulineresistentie^[9,10,11,12,13,14]. Ook leidt langer nuchter houden tot onnodige stress en discomfort bij het kind en zijn verzorgers. Dit past niet binnen de kaders van het 'Handvest Kind en Zorg' van Stichting Kind en Ziekenhuis, gebaseerd op het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind^[15].

Richtlijn/norm

De indicator is gebaseerd op de richtlijn 'Anesthesie bij Kinderen' en op een nieuw advies van de SKA van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie waarin wordt aanbevolen de 6-4-1/o regel te hanteren^[16]. Voor deze indicator wordt een maximale nuchter periode voor heldere vloeistoffen van twee uur (120 minuten) gehanteerd.

Doelstelling

Reduceren van het aantal kinderen dat langer dan twee uur nuchter is voor heldere vloeistoffen, door het optimaliseren van het proces van afstemming rondom het nuchterbeleid van kinderen en de voorlichting hierover aan ouders/verzorgers en kind.

- **Definities:**
 - *Electieve ingreep:* Een ingreep die op een willekeurig moment gepland kan worden zonder spoed. De datum en tijd zijn van tevoren bekend zodat een patiënt en familie voorbereid kunnen worden op wat er gaat gebeuren. Zo kunnen onder andere afspraken gemaakt worden over de periode van nuchter zijn en welk zaken nog wel tot welk tijdstip genuttigd kunnen worden.
 - *Nuchter:* De preoperatieve periode van niet eten en/of drinken volgens het statement van de SKA 10 januari 2019 (6-4-1/o regel)^[16]
 - *Preoperatief consult:* Het onderzoek en het gesprek dat ter voorbereiding op de operatie plaatsvindt, waarin informatie gegeven wordt over het perioperatief beleid, mogelijke risico's en waarin informed consent wordt verkregen.
 - *Dreigend uitstel:* Verwachting dat een kind langer dan twee uur nuchter zal zijn voor heldere vloeistoffen door een verlate start van de operatie.
 - *Helder vloeibaar:* Helder, doorzichtige dranken zoals thee, water, limonade, appelsap, bij voorkeur glucose houdend.
 - *Anesthesie:* Algemene anesthesie of locoregionale anesthesie uitgevoerd door een anesthesioloog op een operatiekamer.
 - *Algemene anesthesie:* Een door medicamenten geïnduceerde, tijdelijke bewusteloosheid, met demping van beschermende (luchtweg) reflexen en onderdrukking van pijn, die het mogelijk maakt chirurgische of diagnostische procedures te ondergaan.
 - *Locoregionale anesthesie:* Een door lokale toediening van medicamenten rondom een zenuw of zenuwbaan, blokkeren van voortgeleiding van pijnprikkels zodat deze niet tot het centraal zenuwstelsel doordringen.
- **Inclusiecriteria:**
 - Kinderen van één jaar tot en met vijftien jaar;
 - Voor een electieve ingreep in het verslagjaar;
 - Onder anesthesie uitgevoerd;
 - Op een operatiecomplex.
- **Exclusiecriteria:**
 - Kinderen jonger dan één jaar of ouder dan vijftien jaar;
 - Voor een niet-electieve ingreep;
 - Zonder anesthesie uitgevoerd;
 - Op een locatie buiten het operatiecomplex.

[9] Dennhardt N, Beck C, Huber D, et al. Optimized preoperative fasting times decrease ketone body concentration and stabilize mean arterial blood pressure during induction of anesthesia in children younger than 36 months: a prospective observational cohort study. *Paediatric anaesthesia* 2016;26(8):838-43. doi: 10.1111/pan.12943 [published Online First: 2016/06/14]

[10] Gawęcka A, Mierzewska-Schmidt M. Tolerance of, and metabolic effects of, preoperative oral carbohydrate administration in children - a preliminary report. *Anaesthesiology intensive therapy* 2014;46(2):61-4. doi: 10.5603/ait.2014.0013 [published Online First: 2014/05/27]

[11] Li LW, Z; Ying, X; et al. Preoperative carbohydrate loading for elective surgery: a systematic review and meta-analysis. 2012;42(7):613-24. doi: Surg Today 2012;42(7):12. doi: 10.1007/s00595-012-0188-7

[12] Pillinger NL, Robson JL, Kam P. Nutritional prehabilitation: physiological basis and clinical evidence. *Anaesthesia and intensive care* 2018;46(5):

453-62. [published Online First: 2018/09/08]

[13] Tudor-Drobjewski BAM, P; Kimberger, O; et al. Randomised controlled trial comparing preoperative carbohydrate loading with standard fasting in paediatric anaesthesia. 2018;121(3):656-61. doi: []. *British journal of anaesthesia* 2018;121(3):6. doi: 10.1016/j.bja.2018.04.040

[14] Dennhardt N, Beck C, Huber D, et al. Impact of preoperative fasting times on blood glucose concentration, ketone bodies and acid-base balance in children younger than 36 months: A prospective observational study. *European journal of anaesthesiology* 2015;32(12):857-61. doi: 10.1097/eja.0000000000000330 [published Online First: 2015/09/10]

[15] Kind en ziekenhuis. [internet]. 1988 [Available from: https://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest/default.asp?guid=FD5_0ED6A795E4186BA97953D79D14CCF accessed 08-01-2019.

[16] Anesthesiologie NVv. Protocol Sectie Kinderanesthesiologie: Nuchterbeleid bij kinderen. 2019

1 Worden er in uw ziekenhuis bij kinderen van één tot en met vijftien jaar electieve ingrepen uitgevoerd onder anesthesie?

☐ ja

☐ nee

2 Wordt tijdens het preoperatief consult zowel mondeling als schriftelijk informatie verstrekt over het risico van te lang of te kort nuchter zijn aan ouders/verzorgers en kind?

☐ ja

☐ nee

3 Zijn er werkafspraken vastgelegd tussen de verpleegafdeling en de operatieafdeling hoe te handelen bij dreigend uitstel van de ingreep, waarbinnen opgenomen:

a Hoe voorkomen kan worden dat het kind te lang nuchter is?

☐ ja

☐ nee

b Hoe de informatievoorziening naar ouders/verzorgers en kind verloopt?

☐ ja

☐ nee

Kies voor *qa* of *qb*.

4a Wat is percentage kinderen dat langer dan twee uur nuchter is voor heldere vloeistoffen?

(Dit is een facultatief in te vullen indicator.)

a Teller: aantal kinderen dat langer dan twee uur (120 minuten) nuchter is voor heldere vloeistoffen voor electieve ingreep onder anesthesie op een operatiecomplex

b Noemer: totaal aantal kinderen dat nuchter is voor electieve ingreep onder anesthesie op een operatiecomplex

Percentage (automatisch berekend):

%

Heeft u een steekproef genomen om te bepalen welk percentage kinderen langer dan twee uur (120 minuten) nuchter is voor heldere vloeistoffen voor anesthesie?

☐ ja*

☐ nee*

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N=

Selectiecriteria:

Hoe interpreteert de instelling de eigen resultaten?

4b Indien de facultatieve indicator bij 4a niet wordt ingevuld:

Licht toe wat het beleid is ten aanzien van het voorkomen dat kinderen langer dan twee uur (120 min) nuchter zijn voor heldere vloeistoffen voor anesthesie. *Geef aan hoe dit beleid gehanteerd wordt in uw ziekenhuis, waarbij u tevens beschrijft of en hoe deze uitvoering geëvalueerd en geborgd wordt.*

of

Uw instelling niet beschikt niet over een eigen nuchterbeleid ten aanzien van het voorkomen dat kinderen langer dan twee uur nuchter zijn voor

* Geef toelichting

heldere vloeistoffen voor anesthesie. De instelling is er op andere gronden van overtuigd dat dit nuchterbeleid verantwoord wordt uitgevoerd. *Geef aan hoe.*

1.2 Peroperatief

1.2.1 Indicator Procedurele sedatie

Met procedurele sedatie en/of analgesie (PSA) wordt bedoeld het toedienen van een sedativum en/of (sederend) analgeticum in het kader van een pijnlijke, stresserende en/of immobiliteit vereisende diagnostische of therapeutische procedure met de bedoeling om deze procedure

- 1 maximaal comfortabel voor de patiënt te laten verlopen (dit wil zeggen met een maximaal onderdrukken van pijn, stress of angst).
- 2 dankzij het optimaliseren van het patiëntencomfort bij te dragen aan optimale diagnostische of therapeutische condities.

Fundamenteel uitgangspunt is dat pijn in principe altijd met een pijnstillend of een pijnstillende techniek bestreden wordt. Sedatie wordt gegeven om angst te verminderen of het bewustzijn zodanig te verlagen, dat de betreffende onaanname procedure veilig uitvoerbaar is.

De Richtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer^[17] en het toetsingskader van de inspectie^[18] liggen ten grondslag aan deze indicator.

PSA kan veilig worden uitgevoerd door niet-anesthesiologen, mits aan een aantal kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden is voldaan. PSA-gerelateerde incidenten komen frequent voor (0,7–51%), maar door tijdig handelen van getrainde niet-anesthesiologen en verpleegkundigen kunnen ze worden opgevangen zonder dat dit tot complicaties hoeft te leiden. Deze training bestaat onder andere uit het aanleren van screening, monitoring, basis luchtwegmanagement en Basic Life Support en, indien matige tot diepe sedatie het doel is, Advanced Life Support (ALS).

Aangezien in de praktijk het onderscheid tussen lichte, matige en diepe sedatie niet altijd even scherp is, dient bij problemen of voor overleg altijd een anesthesioloog of een ALS getrainde arts direct beschikbaar te zijn. Bij matige tot diepe sedatie mag de sedationist geen andere taken hebben. Bij lichte sedatie en/of analgesie mag deze persoon geringe andere, direct te stoppen activiteiten uitvoeren mits het sedatieniveau stabiel is en de bewaking niet uit het oog verloren wordt.

Voor het vaststellen van het risico op problemen dient screening plaats te vinden. Rekening gehouden moet worden met de ASA-classificatie, leeftijd, aard van de procedure, keuze van de medicatie en de competenties van de behandelaar.

De uitvoering van de sedatierichtlijn is belegd bij een lokale 'sedatiecommissie' (de PSA-commissie). Deze commissie is ingesteld door de raad van bestuur/directie van de instelling en heeft voor de uitvoering voldoende mandaat en middelen om ervoor zorg te dragen dat de uitvoering van PSA plaats vindt volgens de richtlijn en het toetsingskader. Zij is belast met de protocolontwikkeling, complicatieregistratie en evaluatie van PSA in samenspraak met hoofdbehandelaar, anesthesioloog, kinderarts en medisch management.

De doelgroep waarop deze indicator betrekking heeft wordt gevormd door alle patiënten die PSA krijgen toegediend voor een procedure.

Paste u een vorm van anesthesie toe?

☐ ja ☐ nee

Paste u lokale anesthesie toe?

☐ ja ☐ nee

Paste u algehele anesthesie toe?

☐ ja ☐ nee

Paste u procedurele sedatie toe?

☐ ja ☐ nee

[17] CBO, NVA, NVK. Richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer; 2012.

[18] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Toetsingskader sedatie en/of analgesie. <https://www.igi.nl/documenten/toetsingskaders/2012/02/01/toetsingskader-sedatie-en-of-analgesie-buiten-de-operatiekamer>

Indien u procedurele sedatie toepaste:

Werkte u in uw instelling in het verslagjaar volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie?

☐ ja

☐ nee*

Was er in het verslagjaar in uw instelling een lokale PSA-commissie actief?

☐ ja

☐ nee

Indien er geen lokale PSA-commissie actief was:

Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA-commissie?

☐ ja

☐ nee*

Het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast in het verslagjaar.

1.3 Traumatologische en orthopedische chirurgie

1.3.1 Indicator Heroperaties bij een heupfractuur

- Definities:
 - Een heroperatie is gedefinieerd als een operatie aan hetzelfde gewricht, binnen 60 dagen na de eerste ingreep met het doel om een complicatie van de eerste ingreep te behandelen. Een heroperatie omvat ook de onbloedige repositie van een geluxeerde endoprothese. Alle heroperaties binnen één verslagjaar worden meegeteld, ook als de primaire ingreep vóór het verslagjaar werd uitgevoerd.
- Inclusiecriterium teller:
 - Heroperaties uitgevoerd in het registratiejaar waarvan de primaire operatie (die voldoet aan het inclusiecriterium voor de noemer) minder dan 60 dagen voor de start van het registratiejaar is uitgevoerd.
- Inclusiecriterium noemer:
 - Patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur ongeacht het type behandeling.
- Exclusiecriterium:
 - Multitraumapatiënten met een vastgestelde injury severity score > 15.
Indien deze score niet bepaald wordt of niet beschikbaar is in uw ziekenhuis kan dit exclusie criterium niet gebruikt worden.

Deze indicator beschrijft een situatie waarin de administratieve data geen onderscheid maken tussen twee ingrepen (endoprothese en interne fixatie) die klinisch wel een belangrijk onderscheid hebben. Dat maakt de indicator moeilijker te registreren voor ziekenhuizen zonder een goede klinische informatievoorziening. Daarnaast wordt deze ingreep uitgevoerd door orthopeden en traumatologen. Ook dat maakt de registratie in veel ziekenhuizen ingewikkelder, als de indicator op basis van administratieve data berekend moet worden. De betrokken wetenschappelijke verenigingen vonden het onderscheid zo essentieel voor de evaluatie van de zorg voor deze kwetsbare groep patiënten dat zij van mening waren dat dit gegeven deel uit moet maken van een goede elektronische verslaglegging.

Teller 1 (ZA 38533)

Teller 2 (ZA 38565 + ZA 38567)

Teller 3 (ZA 38535)

Noemer 1 (ZA 38533)

Noemer 2 (ZA 38565)

Noemer 3 (ZA 38535)

Het is raadzaam de data over de aantallen heroperaties door een medisch specialist te laten beoordelen, voordat u deze op de website invoert. Indien nodig kunt u een toelichting geven.

Behandelt uw ziekenhuis patiënten met een heupfractuur?

☐ ja

☐ nee

* Geef
toelichting

1 Heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur

Teller: aantal heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur.

Noemer: aantal mediale collumfracturen met interne fixatie.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

2 Heroperatie na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese

Teller: aantal heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese.

Noemer: aantal mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

3 Heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur

Teller: aantal heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur.

Noemer: aantal pertrochantere fracturen met interne fixatie.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:



1.3.2 Indicator Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)

De Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen (NVvN) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), verenigt in de Dutch Spine Society, hebben een landelijke kwaliteitsregistratie (DSSR) voor de wervelkolomchirurgie (rug en nek chirurgie) opgezet^[19]. Het doel van de registratie is de kwaliteit van wervelkolomchirurgie in zijn totale omvang verbeteren. In de registratie worden de indicatiestelling en de uitkomsten van chirurgische interventies vastgelegd zodat operators en hun beroepsgroepen hiervan kunnen leren om de kwaliteit van hun handelen te verbeteren en de patiënten beter te kunnen informeren over de voor- en nadelen van wervelkolom operaties.

De DSSR maakt de kwaliteit van de operaties bij patiënten met verschillende aandoeningen aan de wervelkolom in Nederland inzichtelijk. De DSSR krijgt zes deelregistraties voor patiënten die operaties ondergaan wegens:

- 1 Degeneratieve wervelkolom pathologie **met** indicatie voor geïndstrumenteerde chirurgie (alle chirurgie waarbij een vorm van implantaat wordt ingebracht in/of vastgemaakt aan de wervel kolom).
- 2 Degeneratieve wervelkolom pathologie **zonder** indicatie voor geïndstrumenteerde chirurgie.
- 3 Vergroeiingen aan de rug.
- 4 Wervelbreuken.
- 5 Infecties wervelkolom.
- 6 Wervelkolom tumoren.

[19] <http://dssr.clinicalaudit.nl/>

In dit register staat de door de patiënt ervaren verbetering na een behandeling centraal. De patiënten worden vóór en tot twee jaar na de operatie geëvalueerd middels gevalideerde vragenlijsten die onder andere gaan over het algeheel welbevinden, functioneren en de ervaren pijn. Daarnaast worden patiëntkenmerken, comorbiditeit en medische gegevens die samenhangen met de operatie (bijvoorbeeld diagnose, locatie van de afwijking, operatieve procedure, type implantaat) door de chirurg ingevoerd.

De registratie is per 1 januari 2014 van start gegaan met de eerste deelregistratie (degeneratieve wervelkolom pathologie met indicatie voor geïndstrumenteerde chirurgie) en is in de loop van 2014 geïmplementeerd in de instellingen die deze vorm van complexe chirurgie uitvoeren. Doel van deze eerste deelregistratie DSSR is de kwaliteitsbewaking aangaande veiligheid en effectiviteit van het gebruik van implantaten voor de patiënt te borgen. Na succesvolle implementatie zal een start gemaakt worden met de tweede deelregistratie (nietgeïndstrumenteerde wervelkolom chirurgie) met als doelstelling inzicht in de doelmatigheid van hoogvolume laagcomplex chirurgie. Dit inzicht in de geobserveerde praktijkvariatie van chirurgie kan vergeleken worden met een nonoperatief (conservatief) beleid in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN).

De indicator is een proces indicator die bedoeld is om inzicht te krijgen in de deelname aan de DSSR.

Het verdient de aanbeveling om voor de start van de registratie met de in de instelling werkzame specialisten te overleggen over de door hen gebruikte DBC-codering voor geïndstrumenteerde wervelkolomchirurgie.

- Inlusiecriteria:
 - Doelgroep: Alle instellingen waar geïndstrumenteerde wervelkolomchirurgie plaats vindt voor degeneratieve spinale aandoeningen.
 - De patiënten die geregistreerd dienen te worden zijn die patiënten die een operatieve behandeling voor de wervelkolom ondergaan waarbij de wervelkolom wordt geïndstrumenteerd. De brongegevens bestaan uit een eigen registratie van deelname per instelling.
 - De in- en exclusiecriteria worden ook beschreven op: <http://dssr.clinicalaudit.nl/invoeren/gegevens>.
 - Definities en inclusie aanhouden zoals die bij de DSSR gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DSSR leidend.

Werd in het verslagjaar in uw instelling geïndstrumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen verricht?

☐ ja ☐ nee

Neemt uw instelling deel aan het Dutch Spine Surgery Registry?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u in het verslagjaar informatie over geïndstrumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen in uw instelling geleverd aan DSSR deelregistratie 1?

☐ ja ☐ nee* ☐ n.v.t.*

Teller: aantal geïndstrumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen waarvan gegevens zijn aangeleverd aan DSSR.

Noemer: totaal aantal geïndstrumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen uitgevoerd in uw instelling in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

* Geef toelichting

PK 1.3.3 Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese

Indicator A Infectie na een totale heupprothese

Bodt uw instelling in het verslagjaar de operatie totale heupprothese aan?

☐ ja ☐ nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een totale heupprothese?

☐ ja ☐ nee*

Teller: Aantal patiënten in het verslagjaar met een postoperatieve infectie na een totale heupprothese.

Noemer: Aantal patiënten in het verslagjaar dat een operatie onderging voor een totale heupprothese.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Indicator B Infectie na een totale knieprothese

Bodt uw instelling in het verslagjaar de operatie totale knieprothese aan?

☐ ja ☐ nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een totale knieprothese?

☐ ja ☐ nee*

Teller: Aantal patiënten in het verslagjaar met een postoperatieve infectie na een totale knieprothese.

Noemer: Aantal patiënten in het verslagjaar dat een operatie onderging voor een totale knieprothese.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

1.4 Oogheelkundige chirurgie

PK 1.4.1 Indicator Visuswinst

Indicator A – ‘Het percentage patiënten dat na de cataractoperatie minstens 1 regel visuswinst behaald heeft’ – geeft met name informatie over de indicatiestelling. Daarbij is het van belang dat het oog gezond is. Vandaar dat als visusbeperkende comorbiditeit wordt aangemerkt: diabetische retinopathie (755, 757 en 759), glaucoom (904, 907, 909), leeftijdgebonden maculadegeneratie (707), uveitis (502 en 503), cornea troebelingen en amblyopie.

Indicator B – ‘Het percentage patiënten dat na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie is uitgekomen’ – geeft informatie over de nauwkeurigheid van de intraoculaire lens berekening en het gebruik van apparatuur daarbij. Exclusiecriteria zijn patiënten met eerdere corneale refractie chirurgie of patiënten waarbij de non-contact optische biometrie meting (nauwkeuriger) niet uitvoerbaar is, maar een contact A-scan meting (minder nauwkeurig) moet worden gebruikt (bijvoorbeeld bij patiënten met een matuur cataract, refractiechirurgie, fors corneaal litteken of cornea troebelingen).

* Geef toelichting

Het gewenste effect van de indicator is het bewerkstelligen van een optimale indicatiestelling bij een cataractoperatie en berekening van de intraoculaire lens. Op basis van de parameters overlegt de oogarts met de patiënt of het wenselijk is om over te gaan tot een cataract-operatie waarbij het besluit in gezamenlijkheid wordt genomen.

- **Inclusiecriteria:**
 - Patiënten van 18 jaar en ouder. Peildatum – geboortedatum = leeftijd.
 - De populatie voor cataract bestaat uit het aantal patiënten bij wie op enig moment in het verslagjaar een zorgproduct wordt afgesloten dat voldoet aan:
 - 70401002 (complexe cataractoperatie), of 70401009 (standaard cataractoperatie met verpleegdagen) of
 - 70401008 (standaard cataractoperatie zonder verpleegdagen) per specialist.
 - Binnen de afgesloten DBC-zorgproducten moeten één of meerdere van de onderstaande zorgactiviteiten (ZA's) zijn uitgevoerd:
 - 31241 Cataractoperatie extracapsulair, met inbrengen van kunststoflens (zie 031242 voor met behulp van niet standaard materialen, of uitgevoerd in de amblyogene leeftijd).
 - 31242 Cataractoperatie extracapsulair, met inbrengen van kunststoflens, met behulp van niet standaard materialen of technieken, of uitgevoerd in de amblyogene leeftijd.
 - 31250 Cataractoperatie intracapsulair.
 - 31251 Cataractoperatie intracapsulair, met inbrengen van kunststoflens.
 - 31268 Cataractoperatie extracapsulair.
- **Exclusiecriteria:**
 - Patiënten jonger dan 18 jaar. Peildatum – geboortedatum = leeftijd.
 - Patiënten die geen visus kunnen aangeven, bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten.
 - Combinatie operatie (Als er bij een patiënt een tweede operatie naast de staaroperatie op dezelfde dag is uitgevoerd aan hetzelfde oog, ongeacht de code van de tweede operatieve verrichting, is dit een combi operatie en is het een exclusie, **uitzondering:** de combinatie met 31293 Voorsegmentvitrectomie is **geen** exclusie criterium).
 - Complicerende comorbiditeit zoals matuurcataract, pseudoexfoliatie, corneatroebeling, kleine pupil, eerdere corneale refractie-chirurgie, eerdere vitrectomie.
 - Ten aanzien van 1A: Visusbeperkende comorbiditeit: niet-proliferatieve diabetische retinopathie (754), diabetische retinopathie (755, 757 en 759), glaucoom (904, 907, 909), leeftijdgebonden maculadegeneratie (707), uveitis (502 en 503), cornea troebelingen en amblyopie.
 - Ten aanzien van 1B: Patiënten met eerdere corneale refractie chirurgie en waarbij optische biometrie niet uitvoerbaar is, maar een A-scan meting moet worden gebruikt.

Indicator A Het percentage patiënten dat na de cataractoperatie minstens 1 regel visuswinst behaald heeft.

Teller: Aantal patiënten dat na de cataractoperatie minstens 1 regel visuswinst behaald heeft.

Noemer: Totaal aantal patiënten dat een cataract-operatie heeft ondergaan.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Indicator B Het percentage patiënten dat na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie is uitgekomen.

Teller: Aantal patiënten dat na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie is uitgekomen.

Noemer: Totaal aantal patiënten dat een cataract-operatie heeft ondergaan.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

PK 1.4.2 Indicator Cataractregistratie

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) heeft met de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract een instrument in handen waarmee de uitkomsten van cataract-operaties kunnen worden vergeleken en benchmarking mogelijk is. Om de kwaliteit van cataractchirurgie te verbeteren is het noodzakelijk dat iedere chirurg zich spiegelt aan de kwaliteit van anderen. Het belang van dataregistratie en medical auditing op basis van de verzamelde gegevens is onomstreden. Een complete registratie is daarbij onontbeerlijk.

Uitvraag naar deelname in het landelijke NOG registratiesysteem betekent derhalve impliciet dat hiermee wordt gevraagd naar de bereidheid van de individuele specialist tot benchmarking en dit is onderscheidend in het streven naar kwaliteit.

Voor een patiënt betekent dit dat zijn/haar behandelaar diens kwaliteit vergelijkt met de door anderen geleverde kwaliteit. Uit literatuur is bekend dat benchmarking een kwaliteitsverhogend effect heeft.

De oogarts registreert na afronding van de operatie en bij de follow-up (4-6 weken). Het feitelijk aantal verrichte operaties door die oogarts is herleidbaar uit de Vektis data.

- **Inclusie criterium:**
- Alle cataractoperaties.

Voerde u, in het verslagjaar, patiënten in het landelijke NOG registratiesysteem?

☐ ja ☐ nee*

Teller: Aantal cataractoperaties, dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem.

Noemer: Totaal aantal cataractoperaties.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

1.5 Neurochirurgie

Z 1.5.1 Indicator Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)

De leden van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) hebben in 2007 en 2008, per consensus, kwaliteits-indicatoren opgesteld voor vier, in de neurochirurgie belangrijke, ziektebeelden, waarvan de zorg onder de Wet op bijzondere medische verrichtingen valt. Het betreft laag volume, complexe zorg die gepaard gaat met ernstige morbiditeit. Sindsdien registreren alle Nederlandse neurochirurgische centra de relevante items en rapporteert de NVvN deze jaarlijks aan haar leden voor benchmarking. Een indicator voor kwaliteit is de uitkomst van een behandeling. Dit is echter sterk afhankelijk van de case-mix van de behandelde pathologie. Om hier inzicht in te krijgen is een uitgebreide en gestandaardiseerde registratie nodig.

Met de webbased QRNS biedt de NVvN alle centra de mogelijkheid om eenvoudig een uitgebreidere dataset per kwaliteitsindicator te registreren. Door voldoende relevante patiënteninformatie te registreren, is goede casemixcorrectie mogelijk. Bij deelname aan QRNS krijgt elk centrum de mogelijkheid zijn data te spiegelen aan de landelijke gepoolde uitkomsten, waardoor de eigen kwaliteit van zorg te beoordelen en te verbeteren is. Uitkomstregistratie en monitoring wordt algemeen gezien als een essentiële stap voor kwaliteitsverbetering, zo ook in de neurochirurgie^[20]. Een complete, continue en landelijk dekkende registratie is hiervoor essentieel.

- **Inclusie criterium:**
- Definities aanhouden zoals die bij de QRNS gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de QRNS leidend. Let op het type, dat in de QRNS moeten worden meegenomen!
- Alle patiënten die behandeld (chirurgisch, endovasculair en expectatief) zijn voor een subarachnoïdale bloeding (ICD9: 430, ICD10: I60.9).

[20] Wong JM, Bader AM, Laws ER, Popp AJ, Gawande AA. Patterns in neurosurgical adverse events and proposed strategies for reduction. *Neurosurg Focus*. 2012 Nov; 33(5):E1.

* Geef toelichting

- Patiënt met subarachnoïdale bloeding die gecoiled is: Neurochirurgie: Diagnose 1201: Conservatieve beh + of –coiling:
 - Geeft met verpleegdagen (15) in DOT de ZPcode 099999017.
 - Geeft met verpleegdagen (628) in DOT de ZPcode 099999026.

Voor coiling mag de radioloog een DBC zorgproduct registreren: Met AMCcode 381028D of E (on)geruptureerd = ZAcodes 081328: Neurovasculaire coiling cerebraal aneurysma.

- ZPcode 990062020 neurointerventie.
- Patiënt met subarachnoïdale bloeding die geopereerd is: Diagnose 1205: Op beh enkv niet complex aneurysma en 1210: Op beh complex aneurysma(ta). Met OKpluscode 333430C ZAcodes 033424: Operatieve behandeling intracranieel aneurysma voorste deel cirkel van Willis, fronto temporale benadering (zwaarteklasse 4).
 - Geeft met verpleegdagen (15) in DOT de ZPcode 972802091.
 - Geeft met verpleegdagen (628) in DOT ZPcode 972802093.
 Met OKpluscode 333430D ZAcodes 033423: Operatieve behandeling intracranieel aneurysma achterste deel cirkel van Willis. (zwaarteklasse 5).
 - Geeft met verpleegdagen (15) in DOT de ZPcode 972802082.
 - Geeft met verpleegdagen (628) in DOT ZPcode 972802084.
- Patiënt met subarachnoïdale bloeding die niet behandeld is, alleen observatie: Neurologie: diagnose: 1101: subarachnoïdale bloeding.
 - Geeft met verpleegdagen (15) in DOT de ZPcode 099999003.
 - Geeft met verpleegdagen (628) in DOT ZPcode 099999040.
 Indien de neurochirurg patiënt heeft opgenomen en observeert geeft dit dezelfde codes als bij coiling voor NEC.

Indicator Aneurysmatische subarachnoïdale bloeding

Worden er in uw ziekenhuis patiënten behandeld in verband met een aneurysmatische subarachnoïdale bloeding?

☐ ja ☐ nee

Heeft u in het verslagjaar informatie over de behandeling van aneurysmatische subarachnoïdale bloeding aan QRNS geleverd?

☐ ja ☐ nee*

Teller: aantal behandelingen van een aneurysmatische subarachnoïdale bloeding, waarvan gegevens geleverd aan QRNS^[21].

Noemer: totaal aantal behandelingen van een aneurysmatische subarachnoïdale bloeding in uw ziekenhuis.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

1.6 KNO chirurgie



1.6.1 Indicator Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering

Voordat een patiënt aan zijn stembanden wordt geopereerd, is het van belang om de stemkwaliteit, stemfunctie en het trillingspatroon van de stembanden goed te beschrijven. Het uitgangspunt van de ingreep wordt hierdoor vastgelegd. Deze omschrijving is de basis om het resultaat van de ingreep te beoordelen. Een standaard work-up draagt bij aan een gestructureerde evaluatie van het doorlopen behandelproces, waardoor de kwaliteit van de zorg verhoogd wordt. Tevens vergemakkelijkt een standaard work-up intercollegiaal overleg en de vorming van een tweede mening.

* Geef toelichting

[21] Dit item wordt in de rapportage van de QRNS aan het ziekenhuis geleverd.

Videolaryngostroboscopie is een beeldvormend onderzoek waarbij met stroboscopische belichting de stembandtrilling gedetailleerd zichtbaar gemaakt wordt. Dit kan als filmbeeld worden vastgelegd. Subtiële en sommige functionele afwijkingen kunnen daardoor gediagnosticeerd worden. De opgeslagen beelden kunnen na het onderzoek nogmaals beoordeeld worden. Daardoor kan een meer nauwkeurige omschrijving van het stembandbeeld verkregen worden. De diagnose en voorgestelde behandeling kunnen beter met de patiënt worden besproken aan de hand van de opgeslagen beelden.

Tijdens een operatie aan de stembanden, worden deze in rust waargenomen; de dynamiek van de stemvorming ontbreekt. Door eerder gemaakte stroboscopische beelden nogmaals te bestuderen kort voor of tijdens de operatie kan deze beoordeling de kwaliteit van de ingreep verhogen.

Tenslotte bieden de pre-operatieve beelden de KNO-arts en patiënt een goed instrument om het resultaat van de ingreep via post-operatieve videolaryngostroboscopie te beoordelen.

Probleemstelling

Vrijwel alle KNO-praktijken beschikken over apparatuur voor stroboscopische beoordeling van de stembandtrilling en het vastleggen van de beelden op video (videolaryngostroboscopie). Ondanks de beschikbaarheid van de apparatuur wordt bij stemklachten niet altijd stroboscopisch onderzoek verricht. De reden hiervoor zal vaak een logistieke zijn. Het stroboscopisch onderzoek kost bijvoorbeeld meer tijd of de apparatuur is niet altijd bij de hand.

De indicator stimuleert het consequent verrichten van videolaryngoscstroboscopie bij patiënten met stemklachten voorafgaand aan een operatieve ingreep die beoogt de stemkwaliteit te verbeteren. De indicator draagt daarmee bij aan het verminderen van ongewenste praktijkvariatie en leidt daarmee tot verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten met stemklachten.

Richtlijn/ norm

Richtlijn Stemklachten. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied; 2015.

Doelstelling

Doel van de indicator is het beter implementeren van het stroboscopisch onderzoek. Videolaryngostroboscopie is algemeen geaccepteerd als de gouden standaard voor de evaluatie van stemklachten. Videolaryngostroboscopie maakte eerder al deel uit van het onderzoek bij stemklachten in een Europese en een Amerikaanse richtlijn^[22].

De doelstelling is dat bij tenminste 90% van de patiënten die stemverbeterende chirurgie ondergaan een videolaryngostroboscopie is verricht in de preoperatieve work-up.

- **Definities**
 - **Stemklachten:** De werkgroep heeft ervoor gekozen de term stemklachten te gebruiken. Alternatieve termen als heesheid of schorheid kunnen tot verwarring leiden omdat in de regel patiënten en professionals een andere interpretatie aan deze begrippen geven.
 - **Videolaryngostroboscopie:** Onderzoek van de larynx, waarbij door lichtflitsen de stembandtrilling zichtbaar worden gemaakt. Doordat de stroboscoop juist uit fase met de stembandtrilling flitst, kan een beeld verkregen worden van de slijmvliesgolf. Dit beeld is eigenlijk een samengesteld beeld van opeenvolgende trillingen. Een vergelijkbaar effect kan met software ook bereikt worden bij continue belichting.
- **Inclusiecriteria:**
 - Alle patiënten die geopereerd worden met als doel verbetering van de stemkwaliteit dat wil zeggen;
 - Alle patiënten met diagnosecode 030253 (dysfonie) waarbij een verrichtingcode 32217 (verwijderen of opheffen aandoening larynx, open procedure) of 32218 (verwijderen of opheffen aandoening larynx, gesloten procedure) is geregistreerd afleidende naar productcode 189999003: Ingreep larynx | Symptoom spraak/stem.

[22] Dejonckere PH, Bradley P, Clemente P, et al. A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. Guideline elaborated by the Committee on Phoniatrics of the European Laryngological Society (ELS). Eur Arch Otorhinolaryngol 2001;258:77-82;

Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, et al. Clinical practice guideline: Hoarseness (Dysphonia). Otolaryngol Head and Neck Surgery 2009;141: S1-S31; Sataloff RT, Spiegel JR, Hawkshaw MJ. Stroboscopy: results and clinical value. Ann Otol Rhinol Laryngol 1991;100:725-7.

- **Exclusiecriteria:**
 - Patiënten die een starre of flexibele stroboscopia niet willen of niet kunnen ondergaan. Denk hierbij bijvoorbeeld aan niet coöperatieve patiënten vanwege een geestelijke beperking. Dit dient gedocumenteerd te zijn.
 - Patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan aan de larynx NIET de stembanden betreffende.

Worden er in uw instelling patiënten behandeld met stemklachten?

☐ ja ☐ nee

Is het aantal patiënten met stemklachten waarbij een videolaryngostroboscopia is verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie met als doel verbetering van de stemkwaliteit ondergaat bekend?

☐ ja ☐ nee*

Teller: Aantal patiënten met stemklachten waarbij een videolaryngostroboscopia is verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie met als doel verbetering van de stemkwaliteit in het verslagjaar.

Noemer: Totaal aantal patiënten met stemklachten dat een operatieve ingreep met als doel verbetering van de stemkwaliteit heeft ondergaan in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

1.7 Bariatrische chirurgie en ingrepen

Sinds de jaren vijftig worden ingepen en operaties uitgevoerd om ernstig overgewicht te behandelen. Gebleken is dat met name de operaties een hoog risico kunnen hebben. Gezien deze risico's dient bij de operaties aan een aantal voorwaarden te worden voldaan, waaronder directe toegang tot een IC niveau 1 en het uitvoeren van anesthesie door een ervaren anesthesioloog. Adolescenten (kinderen van 14 jaar en ouder) komen alleen in aanmerking voor chirurgische behandeling bij extreme obesitas en obesitasgerelateerde comorbiditeit binnen een clinical trial.

PK 1.7.1 Indicator Percentage postoperatieve controles

Follow up is van groot belang voor een succesvolle behandeling en vindt gewoonlijk plaats na 6 weken en na 3, 6, 12 en 24 maanden na een bariatrische ingreep. Hierbij vindt controle van micronutriënten en vitamines plaats, na een bypass tevens op eiwit, albumine en PTH.

Postoperatief wordt het dieet regelmatig, en bij voorkeur door een diëtist met ervaring bij morbide obese patiënten, bewaakt. Daarbij zijn informatie over het juiste dieet voor de bariatrische procedure, bewaking van de micronutriëntenstatus, informatie over patiëntenorganisaties, individuele voedingssupplementen, begeleiding en aanwijzingen om gewichtsverlies en behoud hiervan op de lange termijn te bewerkstelligen van belang.

Werden er in uw instelling twee jaar voor het verslagjaar bariatrische ingrepen uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee

Teller: totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij postoperatieve controle heeft plaatsgevonden na 24 maanden (d.w.z. patiënten die in 2018 zijn geopereerd en in het verslagjaar nog voor follow-up kwamen).

* Geef toelichting

Noemer: totaal aantal patiënten waarbij in 2018 bariatrische chirurgie is uitgevoerd.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

1.8 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)

PK 1.8.1 Indicator Implantatenregister

Door een implantatenregister bij te houden kunnen problemen met een implantaat voortijdig worden herkend en patiënten zo nodig actief worden opgespoord.

Gebruikte uw instelling implantaten in het verslagjaar?

☐ ja ☐ nee

Indien ja, welke?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Borstimplantaten (definitieve en tijdelijke borstimplantaten)
☐ Oogheelkundige implantaten
☐ Orthopedisch implantaat, namelijk
☐ Anders, namelijk:*

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?

☐ ja ☐ nee*

Indien ja, welke?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ LROI
☐ Een landelijk registratiesysteem
☐ Een eigen elektronisch registratiesysteem
☐ Een eigen papieren registratiesysteem
☐ Anders, namelijk:*

Toelichting:

Z+PK 1.8.2 Indicator Borstimplantaten

Jaarlijks worden in Nederland naar schatting 20.000 borstimplantaten geïmplant. Ongeveer 25 procent van deze implantaten wordt voor borstreconstructie na bijvoorbeeld kanker of aangeboren afwijkingen gebruikt. De werkelijke aantallen zijn onbekend doordat er op dit moment geen centrale registratie bestaat van borstimplantaten. Infectie van een borstimplantaat is een ernstige complicatie met vaak als gevolg dat de prothese moet worden verwijderd. Dit is buitengewoon ingrijpend voor de patiënt en dit leidt bovendien tot extra ingrepen, hospitalisatie en kosten. Een laag infectiepercentage is zeer gewenst. Genoemde percentages zijn rond 14 procent in het geval van borstreconstructie^[23] en rond 2 procent in het geval van esthetische augmentaties^[24].

De recall procedure bij de PIP prothese affaire, leerde dat een registratie van groot belang is voor veiligheid en efficiëntie rondom het gebruik van borstprothesen.

Om een indicatie te krijgen van de kwaliteit van de implantatie van borstprothesen zijn er twee zaken van belang:

- *minimaliseren van het aantal infecties en explantaties in het kader van een complicatie;*
- *het registreren van kwaliteit rondom borstprothese gebruik.*

Infectie van borstimplantaten leidt tot extra, mogelijk voorkombare, opnames voor antibiotische behandeling en regelmatig tot explantatie van borstimplantaten en dus een extra operatie. Na een periode van herstel (ongeveer 3 maanden) kan vervolgens de

[23] Woerdeman LA, Hage JJ, Hofland MM, Rutgers EJ. A prospective assessment of surgical risk factors in 400 cases of skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction with implants to establish selection criteria. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Feb;119(2):455-63.

[24] NVPC. Richtlijn borstvergroting. Herziene versie 1 maart 2013. 2013.

* Geef toelichting

reconstructie of augmentatie opnieuw worden uitgevoerd. Infectie van borstimplantaten komt vaker voor in het geval van bilateraal opereren, obesitas, bestraling, roken en suikerziekte. Voorzorgsmaatregelen om infectie te voorkomen zijn in te delen in maatregelen rond de OK: klasse 1 OK, deur dicht beleid op OK en tijdige antibiotische profylaxe. Daarnaast zijn er operatieve maatregelen zoals notouch technieken, extra aandacht voor steriliteit en voorkomen van hypothermie van de patiënt.

Onder borstimplantaten wordt in deze indicator verstaan: definitieve borstimplantaten en tijdelijke implantaten zoals tissue expanders. Dat wil dus zeggen, alle implantaten die gepland voor een periode langer dan 30 dagen in het lichaam worden gebracht.

Het is wenselijk het aantal explantaties t.g.v. infectie tot een minimum te reduceren.

De indicator omvat explantaties voor alle oorzaken binnen de postoperatieve termijn van 60 dagen na plaatsing van een prothese of tissue expander. Er zijn drie groepen benoemd:

- 1 Primaire plaatsing van expander of prothese aansluitend aan een ablatieve ingreep.
- 2 Een wissel van expander naar prothese.
- 3 Een borstvergroting voor esthetische doelen.

Inclusie- en exclusiecriteria explantatie binnen een verslagjaar:

- Inclusie criterium: implantatie na ablatieve ingreep.
- Exclusie criterium: cosmetische augmentatie.

De gemeten eenheid is het aantal prothesen en tissue expanders.

- Zorgactiviteit: 38983, 39029, 39041, 39042 (DBC boom plastische chirurgie).

De oorzaak van de explantatie is geen exclusie criterium.

Indicator Aa: Primaire reconstructies; plaatsing van expanders of prothesen in dezelfde operatie als die van het verwijderen van een borst

Is het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen post-operatief na een primaire reconstructie bekend?

☐ ja ☐ nee ☐ n.v.t.

Teller Aa: het aantal geëxplanteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen na een operatie in de noemerpopulatie van Aa.

Noemer Aa: het aantal prothesen of expanders voor reconstructieve doeleinden geplaatst in dezelfde operatie als het verwijderen van de mamma (mastectomie).

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Indicator Ab: Secundaire reconstructies; plaatsing van expanders of prothesen in een tweede, separate operatie van die van het verwijderen van een borst

Is het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een secundaire reconstructie bekend?

☐ ja ☐ nee ☐ n.v.t.

Teller Ab: het aantal geëxplanteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen na een operatie in de noemerpopulatie van Ab.

Noemer Ab: het aantal prothesen of expanders voor reconstructieve doeleinden geplaatst in een separate operatie na het verwijderen van de borst (mastectomie).

Percentage (wordt automatisch berekend):

%



Indicator B: Wissel van tissue expander naar definitieve prothese of wisseling van prothese naar nieuwe prothese voor andere indicaties

Is het aantal explantaties van tissue expanders binnen 60 dagen postoperatief na een reconstructie bekend?

☐ ja

☐ nee

☐ n.v.t.

Teller B: het aantal geëxplanteerde prothesen of expanders binnen 60 dagen postoperatief binnen de noemerpopulatie van B.

Noemer B: het aantal prothesen of expanders voor reconstructieve doeleinden dat wordt geplaatst of verwisseld na completering van de expansie fase of in het kader van een prothese wissel op basis van andere indicaties.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%



1.8.3 Indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)

Het registreren van een prothese is wettelijk verplicht. Tot voor kort bestond er geen norm voor deze registratie. Door onder andere de PIP affaire is duidelijk geworden dat in Nederland onvoldoende informatie beschikbaar was over geïmplanteerde borstprothesen en type(n) prothesen op welk moment bij welke patiënt gebruikt zijn.

Dit maakte een herstart noodzakelijk van de opzet van een landelijk registratiesysteem rondom borstprothesen, de Dutch Breast Implant Registry (DBIR).

Per 2015 bestaat het klinisch, landelijk implantatenregister waarin alle borstimplantaties moeten worden geregistreerd, inclusief de resultaten per patiënt, zorgverlener en het type gebruikte prothese. Het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) heeft de registratie ontwikkeld en de wetenschappelijke commissie van de Nederlandse Vereniging van Plastische Chirurgie (NVPC) beheert de registratie.

Het doel is dat binnen drie jaar na de start van de registratie vanuit het register kwaliteitsindicatoren ontwikkeld gaan worden.

Het is van groot belang dat iedere zorgverlener die borstimplantaten implanteert of explanteert meewerkt aan dit register. De deelname aan dit register is daarom als proces indicator opgenomen in de basisset voor medisch specialistische zorg. De inspectie beschouwt deelname aan het register als veldnorm.

Bij verschillen in definities is de DBIR leidend.

- Inslusiecriteria:
 - Alle geïmplanteerde borstprothesen en expanders in de mamma in het verslagjaar.
 - Alle geëxplanteerde borstprothesen en expanders in de mamma in het verslagjaar.
 - Alle gewisselde borstprothesen en expanders in de mamma in het verslagjaar.
 - Zorgactiviteit: 38983, 39029, 39041, 39042, 39055, 39038 (DBC boom plastische chirurgie).

Registreert uw instelling in de DBIR in het verslagjaar?

☐ ja

☐ nee*

* Geef
toelichting

Indicator A

Teller: het aantal geregistreerde borstprothesen en expanders in het verslagjaar.

Noemer*: het aantal daadwerkelijk aan u geleverde borstprothesen en expanders.

* De noemer bestaat uit het daadwerkelijk aantal ingekochte (exclusief zichtzendingen en exclusief verkochte pasprothesen) implantaten.

Percentage geregistreerde borstprothesen en expanders in de DBIR in het verslagjaar (wordt automatisch berekend):

%

Indicator B

Teller: het aantal borstprothesen en expanders waarvan de informatie in de DBIR volledig geregistreerd is.

Noemer: het aantal geregistreerde borstprothesen en expanders in de DBIR.

Percentage volledig geregistreerde borstprothesen en expanders in de DBIR (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

1.9 Cosmetische chirurgie

PK 1.9.1 Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie

Infectie van borstimplantaten leidt tot extra, mogelijk te voorkomen, opnames voor antibiotische behandeling en regelmatig tot explantatie van borstimplantaten en dus een extra operatie. Na een periode van herstel (ongeveer drie maanden) kan vervolgens de reconstructie of augmentatie opnieuw worden uitgevoerd. Infectie van borstimplantaten komt vaker voor in het geval van bilateraal opereren, obesitas, bestraling, roken en suikerziekte.

Voorzorgsmaatregelen om infectie te voorkomen zijn in te delen in maatregelen rond de OK: klasse 1, prestatieniveau 1, deur dicht beleid op OK en tijdige antibiotische profylaxe. Daarnaast zijn er operatieve maatregelen zoals no-touch technieken, extra aandacht voor steriliteit en voorkomen van hypothermie van de patiënt.

Onder borstimplantaten wordt in deze indicator verstaan; definitieve borstimplantaten en tijdelijke implantaten zoals tissue expanders. Dat wil dus zeggen, alle implantaten die gepland voor een periode langer dan 30 dagen in het lichaam worden gebracht.

De indicator omvat explantaties voor alle oorzaken binnen de postoperatieve termijn van 60 dagen na plaatsing van een prothese of tissue expander.

Er zijn drie groepen benoemd:

- 1 Primaire plaatsing van expander of prothese aansluitend aan een ablatieve ingreep.
- 2 Een wissel van expander naar prothese.
- 3 Een borstvergroting voor esthetische doelen.

- **Inclusie criterium:**
 - Cosmetische augmentaties.*
- **Exclusie criterium:**
 - Borstreconstructieve casus vallen niet onder deze indicator en zijn geëxcludeerd.

* De gemeten eenheid is het aantal prothesen. Zorgactiviteit: 390q1, 390q2 (DBC boom plastische chirurgie).

Registreerde u in het verslagjaar het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothesen voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar?

☐ ja ☐ nee*

Teller: Aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar.

Noemer: Totaal aantal geplaatste borstprothesen voor borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

PK 1.9.2 Indicator Ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling

Een ongeplande herbehandeling is een behandeling die wordt verricht omdat een vorige behandeling tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd.

Complicaties kunnen niet altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale behandeltechniek bij de primaire behandeling, suboptimale peroperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

- **Inclusie criterium:**
 - alle patiënten waarbij een invasieve cosmetische behandeling plaatsvond
 - alle patiënten waarbij binnen twaalf maanden een herbehandeling plaatsvond als gevolg van een complicatie of ontevredenheid van de patiënt.
- **Exclusie criterium:**
 - geplande herbehandelingen
 - een herbehandeling na een primaire invasieve behandeling die langer dan twaalf maanden geleden is uitgevoerd.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling heeft plaatsgevonden bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling ondergingen?

☐ ja ☐ nee*

Teller 1: Aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling hebben ondergaan, als gevolg van complicaties tijdens/na de initiële behandeling in het verslagjaar.

* Geef toelichting

Teller 2: Aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling hebben ondergaan, als gevolg van ontevredenheid over het behaalde resultaat bij de initiële behandeling in het verslagjaar.

Noemer: Het totaal aantal patiënten dat een invasieve cosmetische behandeling onderging in het jaar voorafgaand aan het verslagjaar.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2 (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

PK 1.9.3 Indicator Registratie rimpelvullers

Door een register bij te houden kunnen bij problemen patiënten zonodig actief worden opgespoord. Ook dient de patiënt te beschikken over relevante gegevens middels een zogenaamd productpaspoort.

Gebruikte uw instelling rimpelvullers in het verslagjaar?

☐ ja

☐ nee*

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem (track and trace) voor rimpelvullers?

☐ ja

☐ nee*

Indien **ja**, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐

Een eigen elektronisch registratiesysteem

☐

Een eigen papieren registratiesysteem

☐

Anders, namelijk*

Verstrekt u aan uw patiënten een productpaspoort met relevante gegevens omtrent de lot- en chargenummers van de toegepaste rimpelvuller(s)?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

* Geef
toelichting

2 Spoedprocessen

Het proces waarin patiënten met een acuut probleem zorg ontvangen kent risico's. Niet alleen omdat de aandoeningen zelf risico's hebben en een complexe behandeling kunnen vragen, maar ook omdat veel behandelingen binnen een bepaalde tijd gestart moeten zijn.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren, opgenomen in andere hoofdstukken, betrekking hebben op spoedprocessen (X).

3 Intensive care

Op een IC-afdeling worden patiënten opgenomen bij wie de vitale functies gestoord of ernstig bedreigd zijn en bij wie vaak beademing noodzakelijk is. Afhankelijk van de mogelijkheden van de IC-afdeling kan dit om een kortdurende ondersteuning van ademhaling of circulatie bij niet-complexe patiënten gaan of om intensieve behandeling van complexe patiënten. De intensive care is een belangrijke functie in een ziekenhuis die een rol speelt in veel van de grote zorgprocessen.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op de intensive care, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

3.1 Kwaliteitsregistratie NICE

3.1.1 Indicator Aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE

De stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) stelt Nederlandse IC-afdelingen sinds 1996 in de gelegenheid om van iedere patiënt die op de IC wordt opgenomen gegevens aan te leveren voor de Nationale Database. Hiervoor dient per patiënt een Minimale Data Set (MDS) te worden aangeleverd waarin gegevens staan betreffende de situatie bij opname alsmede omtrent de ernst van ziekte. Tevens worden uitkomstgegevens zoals behandelduur en sterfte geregistreerd en gecorrigeerd voor de ernst van de ziekte. Al deze gegevens worden geanonimiseerd opgeslagen. De data blijven in eigendom van de betreffende IC-afdeling en zijn als zodanig niet openbaar. Sinds 2007 stelt de stichting NICE de IC-afdelingen in de gelegenheid om de kwaliteitsindicatoren zoals geformuleerd door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) tevens in deze database op te slaan. De stichting NICE zorgt voor een uniforme registratie en voor controle op de kwaliteit van de data. Daarmee is zij in staat om een vergelijking in de tijd en een vergelijking met andere IC-afdelingen te maken. Deze analyses worden teruggekoppeld naar de individuele IC-afdelingen waarmee intern het kwaliteitsbeleid kan worden vormgegeven.

Deze kwaliteitsindicator is een uitwerking van de aanbeveling in de richtlijn 'Organisatie en werkwijze intensive care afdelingen voor volwassenen in Nederland'. De IC-afdelingen van alle niveaus wordt in deze richtlijn geadviseerd een brede set kwaliteitsindicatoren te registreren en te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.

- *Inclusie en exclusiecriteria:*
 - *Niet van toepassing.*

Op de website van stichting NICE staan de definities van de registratie: <https://www.stichting-nice.nl/>.

Levert uw IC-afdeling data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd?

☐ ja ☐ nee* ☐ n.v.t.*

Betreft dit data voor de NVIC-kwaliteitsindicatoren?

☐ ja ☐ nee

Registreert de IC-afdeling complicaties in NICE?

☐ ja ☐ nee

Toelichting:

* Geef
toelichting

3.1.2 Indicator Hypoglycemie

Uit onderzoek^[25,26] blijkt dat glucose een toxisch effect heeft op organen van patiënten met een actieve ontsteking. Daarmee is de regulatie van de glucosespiegel een alom geaccepteerd behandeldoel van intensive care patiënten. De belangrijkste vraag is op welk niveau de glucosespiegel gereguleerd dient te worden. Ieder ziekenhuis heeft afzonderlijk een bandbreedte gedefinieerd waarbinnen de glucosespiegel zich zou moeten bevinden. Het is evident dat hypoglycemie geassocieerd is met slechtere uitkomst. Een ernstige hypoglycemie wordt gedefinieerd als een glucosewaarde onder 2,2 mmol/l. Ook de duur van de hypoglycemie is relevant.

De stichting NICE rapporteert onder andere de incidentie van hypoglycemie en de tijdsduur die verstrijkt voordat na een hypoglycemie opnieuw de glucosewaarde wordt gecontroleerd. Dit laatste geeft een indicatie van de duur. Een ziekenhuis kan de indicator in een eigen registratiesysteem vastleggen maar dient daarbij de definities van de NICE aan te houden.

- **Inclusiecriteria:**
 - Definities aanhouden zoals die bij de NICE gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de NICE leidend.
 - Patiënten voldoen aan inclusiecriteria van de NICE (en daarmee zijn kinderen uitgesloten).
 - Glucosemetingen bij patiënten opgenomen op de IC in het verslagjaar.

Incidentie ernstige Hypoglycemie

Heeft uw instelling een intensive care?	☐ ja	☐ nee
Teller: aantal bloedglucose metingen onder 2,2 mmol/l.		
Noemer: totaal aantal bloedglucose metingen in het verslagjaar.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		
Mediane tijdsduur na vaststellen hypoglycemie tot hernieuwde meting:		uur
Mediane tijdsduur na vaststellen hypoglycemie tot bloedglucose boven 2,2 mmol/		uur

[25] NICE SUGAR investigators. Hypoglycemia and Risk of Death in Critically Ill Patients. NEJM 2012;367:1108-18.

[26] Bagshaw SM, Bellomo R, Jacka MJ, Egi M, Graeme KH, George C. The impact of early hypoglycemia and blood glucose variability on outcome in critical illness. Crit Care 2009;13:R91.

4 Polikliniek

Verreweg de meeste patiënten die specialistische zorg ontvangen in een ziekenhuis bezoeken een polikliniek. Alle ziekenhuizen hebben specialisme specifieke poliklinieken om patiënten zo effectief en efficiënt mogelijk het zorgproces te laten doorlopen. Op de polikliniek wordt belangrijke informatie geverifieerd voordat de patiënt behandeld kan worden. Een specifiek risico van de polikliniek is dat het contact met de patiënt kort is en de informatie over de patiënt beperkt. Een belangrijk deel van de besluiten van belang voor opgenomen patiënten wordt genomen op de polikliniek.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren, opgenomen in andere hoofdstukken, betrekking hebben op de polikliniek (X).

5 Diagnostiek

De diagnostiek is een belangrijk onderdeel van het klinische zorgproces. Goede diagnostiek staat aan de basis van de juiste behandeling. Gemiste, te late of inadequate diagnostiek kan tot schade leiden voor de patiënt en is een belangrijke oorzaak van vermijdbare sterfte.

Zorggerelateerde schade als gevolg van diagnostiek komt niet vaak voor, maar is in meer dan de helft (56 procent) van de gevallen potentieel vermijdbaar, tegen 11 procent van de gevallen in het operatief proces. Daarnaast is in ongeveer 10 procent van de gevallen een relatie aangetoond met het overlijden van de patiënt^[27].

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op diagnostiek, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

5.1 Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV

Behandeling van patiënten met diabetes en voetulcera door een multidisciplinair voetenteam.

Vaak wordt een diabetisch voetulcus veroorzaakt door de combinatie polyneuropathie, deformiteiten en een (gering) voettrauma. Daarnaast kunnen ischemie, oedeem en slecht passend schoeisel, meestal in combinatie met andere factoren een belangrijke rol spelen. Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) en infectie, ieder bij ongeveer 50% van de patiënten aanwezig, leiden tot gestoorde wondgenezing en zijn de belangrijkste redenen voor amputatie. Het overgrote deel van de patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus dienen door een multidisciplinair diabetisch voetenteam beoordeeld en behandeld te worden. Met een dergelijke aanpak kan meer dan 45% van de amputaties voorkomen worden. Het in een vroeg stadium vaststellen en vervolgens (indien noodzakelijk) behandelen van PAV is van groot belang om amputatie te voorkomen, een snellere genezing te bewerkstelligen en kwaliteit van leven te verbeteren.

Knelpunten binnen de wondzorg liggen niet alleen bij het ulcus of bij de patiënt zelf, als wel bij de zorg zoals die in Nederland geleverd wordt. De richtlijn diabetische voet (2017) beschrijft duidelijke criteria voor een goed georganiseerde zorg voor de patiënt met een diabetische voet, waarbij het uitgangspunt de multidisciplinaire benadering is. Idealiter zou een zorgketen rondom de patiënt met een diabetische voet bestaan uit een continuïteit van eerstelijns (huisarts in samenwerking met (diabetes)podotherapeut en medisch pedicure) en tweedelijns zorgverleners (multidisciplinair diabetisch voetenteam, zie definitie). Late verwijzing van 1e naar 2e lijn heeft een negatieve invloed op de uitkomst voor de patiënt. In deze indicator ligt het accent op de intramurale afspraken en werkwijze. Deze indicator wordt gezien het belang van snelle doorverwijzing op een later moment doorontwikkeld met groter accent op transmurale afspraken.



5.1.1 Indicator Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV

Doel van de indicator is de organisatie van zorg intramuraal te optimaliseren en te waarborgen dat de patiënt met diabetes mellitus met een voetulcus door een multidisciplinair team behandeld wordt, zoals beschreven in de recente Richtlijn Diabetische Voet 2017.

Het instellen van multidisciplinaire voetenteams kan gepaard gaan met een aanzienlijke reductie van amputaties. Hierbij is het van groot belang dat bij een patiënt met diabetes mellitus en een nieuw voetulcus tijdig een vaatanalyse door een vaatlaboratorium wordt verricht. Blijkt de kans op spontane genezing klein dan wordt het verdere traject in het multidisciplinaire voetenteam bepaald. Als bij alle diabetes patiënten met een voetulcus, dit in zo kort mogelijke tijd uitgevoerd wordt, kan dit leiden tot een betere kwaliteit van leven voor de patiënt, kortere ziekenhuisopnames en minder amputaties. De vaatanalyse is een onderdeel van het multidisciplinair zorgpad en dient vastgelegd te worden in het lokale diabetische voetprotocol.

[27] Langelaan M, Broekens MA, de Bruijne MC, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: EMGO+ instituut en NIVEL, Nederland; 2017 https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Monitor_Zorggerelateerde_Schade_2017.pdf

- Definities
- **PAV**
Met perifere arterieel vaatlijden wordt bedoeld obstructief atherosclerotisch vaatlijden van de arteriële vaatboom vanaf de infrarenale aorta dat resulteert in verminderde bloedtoevoer van de onderste extremiteit(en).
- **Nieuwe patiënt**
Een patiënt met diabetes en een voetulcus die de afgelopen 12 maanden niet behandeld is in het betreffende ziekenhuis i.v.m. een voetulcus.
- **Vasculaire analyse**
Door een vaatlaboratorium uitgevoerde: enkel/arm index en/of systolische teendruk en/of de transcutane zuurstofspanning (tcpO₂) en/of arteriële duplex. Additioneel kan een CTA/MRA, angiografie gedaan worden.
- **Dagen**
De te tellen dagen (inclusief de weekenddagen) vanaf de eerste dag na het eerste consult in verband met het ulcus in het multidisciplinaire voetenteam in het ziekenhuis (te bepalen aan moment van eerste registratie Texasclassificatie) tot de dag van vasculaire analyse in een vaatlaboratorium.
- **Eerste consult bij multidisciplinair voetenteam**
Het moment waarop de patiënt vanwege het diabetisch voetulcus bij het multidisciplinair voetenteam komt en waarop de eerste Texasclassificatie wordt vastgelegd.
- **Zorgpad diabetische voet**
Dit is de verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor de patiënt met een diabetisch voetulcus. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren.
- **Multidisciplinair voetenteam**
Het team dat beschikbaar is voor de diagnostiek en behandeling van een diabetisch voetulcus, bestaande uit tenminste een vaatchirurg, internist, revalidatiearts, wondverpleegkundige, (diabetes)podotherapeut, gipsverbandmeester, en een orthopedisch schoenmaker. Op afroep zijn ook andere disciplines beschikbaar om in consult te vragen.
- **Wondverpleegkundige**
Zorgprofessional opgeleid in en met expertise op het gebied van complexe wondzorg.
- **Diabetisch voetulcus**
Een defect door alle lagen van de huid (dermis en epidermis), onder de enkel (inclusief de malleoli) bij een patiënt met diabetes, ongeacht de bestaansduur van de wond (Texas categorie 1 t/m 3).
- **Vaatlaboratorium**
Een laboratorium waar tenminste een enkel/arm index, systolische teendruk en/of transcutane zuurstofspanning (tcpO₂), veneuze en arteriële duplex uitgevoerd kan worden.
- Inclusiecriteria:
 - Nieuwe patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus.
- Exclusiecriteria:
 - Patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus binnen de afgelopen 12 maanden behandeld in het betreffende ziekenhuis of waarbij in de afgelopen 12 maanden al een vasculaire analyse van een voetulcus voor dit probleem is gedaan.

Multidisciplinaire behandeling diabetische voetulcus

Welk van de onderstaande zorgprofessionals zijn – naast een vaatchirurg, orthopedisch schoenmaker en internist– lid van het multidisciplinair voetenteam?

- ☐ (Diabetisch) podotherapeut
☐ Revalidatiearts
☐ Gipsverbandmeester
☐ Wondverpleegkundige

Is er minimaal één keer per week een multidisciplinair spreekuur van het multidisciplinaire voetenteam, waarbij minimaal twee professionals uit het voetenteam aanwezig zijn?

- ☐ ja ☐ nee

Toelichting:

Diagnostiek perifeer arterieel vaatlijden bij nieuwe patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus

Teller: aantal nieuwe patiënten, met diabetes mellitus en een voetulcus, met vasculaire analyse binnen 8 dagen.

Noemer: totaal aantal nieuwe patiënten, met diabetes mellitus en een voetulcus, gezien door het multidisciplinaire voetenteam.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

6 Interventies

Elke behandeling in het ziekenhuis kan worden gezien als een interventie. In dit hoofdstuk zijn de interventies beperkt tot een invasieve behandeling zonder dat er een operatieve ingreep wordt uitgevoerd. In de basisset als geheel omvatten interventies ook de operatieve interventies.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op interventies, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

6.1 Interventies radiologie

6.1.1 Indicator Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies

Een time-out procedure (TOP) is het laatste, gestandaardiseerde, controlemoment voor de start van een ingreep. Het is een identificatie- en verificatieprocedure waarbij gelet wordt op het uitvoeren van de juiste ingreep bij de juiste patiënt, aan de juiste zijde indien van toepassing. Met complete, functionele apparatuur en instrumentarium en het juiste materiaal.

Interventieradiologie is een subspecialisme waarbij minimaal-invasieve behandelingen kunnen worden uitgevoerd via een klein aanprikgaatje in de huid onder beeldgeleiding van röntgen, CT of echografie. Met vasculaire interventies kunnen stenoses of occlusies van bloedvaten en aneurysma's worden behandeld. Om de veiligheid van de patiënt te vergroten en de kans op fouten zo klein mogelijk te maken, dient de radioloog en zijn team een TOP uit te voeren en te registreren.

Vasculaire interventie is gedefinieerd als alle invasieve verrichtingen m.b.v. een directe percutane arteriële of veneuze punctie.

Voorafgaand aan de ingreep en in aanwezigheid van de wakkere patiënt (met polsbandje met gegevens bij klinische patiënt) wordt de timeout procedure doorlopen. Hierbij dient ten minste het hele behandelteam (arts, laborant en indien van toepassing anesthesist, anesthesiemedewerker, verpleegkundige) aanwezig te zijn.

Timeout procedure wordt doorlopen aan de hand van een uniforme vragenlijst, schriftelijk of digitaal vastgelegd. Alle medewerkers overtuigen zich gezamenlijk van de volgende punten:

- Juiste patiënt (naam, geboortedatum)?
- Juiste interventie/onderzoek?
- Juiste plaats en/of zijde indien van toepassing?
- Markering aangebracht indien van toepassing?
- Relevante comorbiditeit, medicatie en allergieën bekend?
- Stollingsstatus bekend en goed bevonden?
- Preoperatieve medicatie gegeven (indien van toepassing)?
- Benodigde materialen, apparatuur en/of implantaten (juiste maat) aanwezig?

Indien procedure onder anesthesie/sedatie:

- Actuele conditie patiënt beoordeeld inclusief nuchterheid en luchtweg?
- Luchtwegmanagement besproken in het team?
- Benodigde apparatuur/instrumentarium/materiaal voor anesthesie/sedatie aanwezig en functioneel?

• *Inclusie criterium:*

- *Alle vasculaire interventies verricht door een radioloog op de afdeling Radiologie. Registratiesuggesties:*

Suggestie ZAcodes (o8):

- 80021 Directe percutane arteriële punctie.
- 80023 Al dan niet selectief onderzoek via percutane arteriële catheterisatie.
- 80025 Al dan niet selectief onderzoek via percutane veneuze catheterisatie alleen een venapunctie is inbegrepen in het desbetreffende codenummer zoals b.v. 088012 en 084025.
- 80028 Nietelectieve embolisatie van vaten.

- 80033 Inbrengen centrale lijn onder echo of röntgengeleide.
- 80086 Radioembolisatie met Yttrium90.
- 80821 Percutane transluminale angioplastiek (PTA) stenose van de andere nietcoronaire vaten (zie 080822 voor occlusie).
- 80822 Percutane transluminale angioplastiek (PTA) occlusie van de andere nietcoronaire vaten (zie 080821 voor stenose).
- 80827 Mechanische trombectomie.
- 80828 Embolisatie van vaten.
- 80829 Trombolyse m.b.v. urokinase.
- 80830 Plaatsen stent (vasculair, urinewegen, enteraal, galwegen, traanwegen).
- 80832 Inbrengen implanteerbaar intravasculair systeem (b.v. portacath of dialyse catheter).
- 80930 Inbrengen van een aorta stentgraft in samenwerking met een chirurgisch team.
- 81328 Neurovasculaire coiling cerebraal aneurysma.

Worden er op uw afdeling vasculaire interventies uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee

Legt u in een digitaal (of een ander) verslagsysteem vast dat de uitvoering van de TOP volledig is doorlopen bij deze verrichtingen?

☐ ja

☐ nee*

Indien ja:

Teller: aantal vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting.

Noemer: aantal uitgevoerde vasculaire interventies gedurende het verslagjaar.

Percentage: percentage vasculaire interventies waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting (wordt automatisch berekend).

%

Toelichting:

* Geef toelichting

7 Medicatieproces

Uit onderzoek van het NIVEL en EMGO+/VUmc uit 2013 blijkt dat 24 procent van zorggerelateerde schade in ziekenhuizen gerelateerd is aan medicatie^[28]. Een belangrijk deel van deze fouten ontstaat door de overdracht van informatie over medicatie van de ene zorgverlener naar de andere, tussen instellingen of binnen afdelingen. Voor het verbeteren van de patiëntveiligheid is een zorgvuldige medicatieoverdracht belangrijk. Daarnaast is medicatiebewaking essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op met medicatieproces, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

7.1 Elektronisch voorschrijven

Elektronisch voorschrijven is essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen. Indien op het moment van voorschrijven geen medicatiebewaking kan worden uitgevoerd ontstaat een risico voor de patiënt.



7.1.1 Indicator Elektronisch voorschrijven

De KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven stelt dat voorschrijvers geneesmiddelen dienen voor te schrijven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken. Door een elektronisch voorschrijfsysteem te gebruiken kunnen fouten worden voorkomen bij het lezen van recepten en kunnen onveilige situaties worden voorkomen, zoals dubbelmedicaties, contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen en overgevoelighedsreacties.

Een elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten:

- Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt;
- Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel;
- Bewaken op onjuiste dosering;
- Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie;
- Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.

Het doel van deze indicator is om na te gaan of de instelling werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven. Omdat elektronische voorschrijfsystemen niet voorzien in bewaking van de dosering bij kinderen wordt daarnaast specifiek gevraagd naar (handmatige) doseringscontrole bij kinderen.

- Inclusiecriteria:**
 - Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten.
 - De beoordeling en behandeling van het recept voor kinderen jonger dan 12 jaar, inclusief (handmatige) doseringscontrole, moet altijd plaatsvinden tijdens de receptverwerking. Dit kan door de apotheker of een apothekersassistent worden uitgevoerd.
- Exclusiecriteria:**
 - Het voorschrijven van cytostatica wordt in deze indicator buiten beschouwing gelaten.

[28] Langelan M, Broekens MA, de Bruijne MC, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: EMGO+ instituut en NIVEL, Nederland; 2017 https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Monitor_Zorggerelateerde_Schade_2017.pdf



Indicator 1

Wordt er op 31 december van het verslagjaar in de instelling voorgeschreven met een elektronisch voorschriftsysteem dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten?

☐ ja ☐ nee*



Ziekenhuizen

Klinisch (exclusief IC):
Klinisch op de IC:
Poliklinisch:

☐ ja ☐ ja ☐ ja
☐ ja ☐ ja ☐ ja
☐ ja ☐ ja ☐ ja

Toelichting:



Particuliere klinieken

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:



Indicator 2

Zijn er op 31 december van het verslagjaar vastgelegde werkafspraken over het vragen naar allergieën en overgevoeligheden aan iedere patiënt bij behandeling in de instelling?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

Indicator 3

Behandelt uw instelling kinderen jonger dan 12 jaar?

☐ ☐

Indien ja: In welke mate vindt in het verslagjaar (handmatige) doseringscontrole plaats tijdens de receptverwerking bij voorschriften voor kinderen jonger dan 12 jaar?

☐ In meer dan 95% van de situaties*
☐ In 75% tot en met 95% van de situaties*
☐ In 50% tot 75% van de situaties*
☐ In minder dan 50% van de situaties*
☐ Niet van toepassing*

Toelichting:

7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

Er zijn verschillende kwetsbare groepen wanneer het gaat om medicatie: ouderen met polyfarmacie en kinderen (1 maand – 18 jaar) met een medisch complexe aandoening en polyfarmacie. Er is sprake van polyfarmacie als een patiënt vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende therapeutische groepen of subgroepen gebruikt. Dit brengt vele risico's met zich mee, met name voor de oudere patiënt. Om de veiligheid en kwaliteit van zorg voor de oudere patiënt te kunnen waarborgen is het van belang inzichtelijk te maken welke medicatie de patiënt bij moment van ziekenhuisopname en bij ontslag gebruikt. Ook moet duidelijk zijn aangegeven welke medicatie ten opzichte van de thuissituatie is gewijzigd.



7.2.1 Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

De zorg voor kwetsbare patiënten, zoals ouderen waarbij sprake is van polyfarmacie, vraagt om samenhang, afstemming en samenwerking tussen patiënt (en/of mantelzorger), medisch specialist, huisarts, apotheker en verpleegkundigen en verzorgenden. Dit geldt in het bijzonder bij de zorg rond verschillende aandoeningen die door verschillende specialisten behandeld worden met zeer diverse genees-

* Geef toelichting

middelen. Daartoe dient bij iedere kwetsbare patiënt (ouderen en kinderen) bij ziekenhuisopname en bij ontslag medicatieverificatie plaats te vinden vanuit de gedachte dat dit leidt tot een optimaal medicatieoverzicht. Deze indicator levert hierdoor een belangrijke bijdrage aan een veilige inzet van medicatie bij ouderen en reduceert hiermee de risico's op onbedoelde schade door polyfarmacie bij opname en ontslag.

Uit de literatuur blijkt dat onderlinge verschillen en discrepanties in het medicatieoverzicht bij 22 tot 70 procent van de klinische opnames van patiënten jonger dan 18 jaar voorkomen. Het risico hierop wordt groter als een kind lijdt aan een medisch complexe aandoening (kwaadaardige ziekten, handicap, taaislijmziekte), meer dan 4 middelen gebruikt en als er anti-epileptica worden gebruikt^[29,30,31].

- De medicatieverificatie bij **opname** is compleet uitgevoerd als:
 - Een medicatieopnamegesprek heeft plaats gevonden door een geschoold medewerker^[32].
 - Nagegaan wordt welke recente medicatie door de patiënt is gebruikt, door een afleveroverzicht van de openbare apotheek/ thuisapotheek op te vragen via bij voorkeur een beveiligde elektronische verbinding, aangevuld met informatie uit een eventuele huisartsenbrief of andere relevante informatie en informatie van de patiënt.
 - De hoofdbehandelaar (medisch specialist) het medicatieoverzicht heeft ingezien.
- Opname = zowel geplande als ongeplande meerdaagse (klinische) opname.
- De medicatieverificatie bij **ontslag** is compleet als:
 - Een medicatie overzicht is opgesteld aan de hand van gegevens van de ziekenhuisapotheek en het medisch en verpleegkundig dossier zoals de patiënt deze in de thuissituatie moet gaan gebruiken. De zaalarts meldt dit overzicht in de ontslagbrief.
 - De ontslagreceptuur is uitgeschreven en geautoriseerd door de hoofdbehandelaar.
 - Een medicatieontslaggesprek heeft plaats gevonden door een geschoold medewerker^[33].
 - De overdracht heeft plaatsgevonden van het actuele medicatieoverzicht, de ontslagreceptuur, evenals informatie over gestaakte en gewijzigde medicatie en de reden daar voor, middels vermelding in de ontslagbrief.
 - Patiënt op schrift heeft gekregen welke medicijnen genomen moeten worden, op welk moment van de dag. Op schrift dient tevens te staan welke medicijnen gestopt zijn ten opzichte van de medicatie bij opname.
- Ontslag = ontslag uit het ziekenhuis (verplaatsing van de patiënt naar een andere afdeling wordt niet meegeteld).
- Interne overnames worden niet als opname of ontslag geteld.
- Inclusiecriteria bij opname en bij ontslag:
 - Meerdaagse (klinische) opnames, zowel gepland als ongepland, van patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar en/of van 70 jaar en ouder.
- Exclusiecriteria bij opname en bij ontslag:
 - Dagopnames.
- Exclusiecriteria patiënten jonger dan 18 jaar:
 - Patiënten die naar een hoger echelon verwezen zijn (bv NICU, PICU).

Indicator A: Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd

Is het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd bekend?

☐ ja ☐ nee* ☐ n.v.t.*

[29] Coffey M, Mack L, Streitenberger K, et al. Prevalence and clinical significance of medication discrepancies at pediatric hospital admission. *Acad Pediatr* 2009;9:360-5.

[30] Stone BI, Boehme S, Mundorff MB, et al. Hospital admission medication reconciliation in medically complex children: an observational study. *Arch Dis Child* 2010;95:250-5.

[31] Huynh, C, Wong IC, Tomlin S, et al. Medication discrepancies at transitions in paediatrics: a review of the literature. *Paediatr Drugs* 2013;15:203-15.

[32] Een geschoold medewerker is een persoon die ervaring heeft met het in kaart brengen van medicatie, zoals een medisch specialist, apothekers-assistente of een verpleegkundig specialist met deze competenties.

[33] Een geschoold medewerker is een persoon die ervaring heeft met het in kaart brengen van medicatie, zoals een medisch specialist, apothekers-assistente of een verpleegkundig specialist met deze competenties.

Teller: alle opgenomen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden.

Noemer: alle opgenomen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Indicator B: Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd

Is het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd bekend?

☐ ja

☐ nee*

☐ n.v.t.*

Teller: alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden.

Noemer: alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Indicator C: Het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd

Is het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd bekend?

☐ ja

☐ nee*

☐ n.v.t.*

Teller: alle ontslagen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij ontslag medicatieverificatie heeft plaatsgevonden.

Noemer: alle ontslagen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Indicator D: Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd

Is het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij ontslag de medicatie geverifieerd is bekend?

☐ ja

☐ nee*

☐ n.v.t.*

Teller: alle ontslagen patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij ontslag medicatieverificatie heeft plaatsgevonden.

Noemer: alle ontslagen patiënten van 70 jaar en ouder.

* Geef
toelichting

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

7.3 High Risk medicatie

Het klaarmaken en toedienen van parenteralia is een risicovol proces. De toedieningsweg van parenteralia passeert de biologische barrières tegen micro-organismen van vaak toch al kwetsbare patiënten. Daarnaast kunnen parenteralia een smalle therapeutische breedte hebben, een snel klinisch effect sorteren en een direct effect hebben op vitale functies. Een juiste werkwijze rondom het klaarmaken en toedienen van parenterale geneesmiddelen is daarom van groot belang voor de medicatieveiligheid op verpleeg- en behandelafdelingen. Om bovengenoemde redenen worden parenteralia als high risk medicatie gezien.



7.3.1 Indicator High Risk medicatie

In de 'Richtlijn Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) van parenteralia op verpleegafdelingen in ziekenhuizen (2009)' hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) in samenwerking met de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden en bevoegdheden rondom VTGM betreffende de controle, registratie en etikettering.

In de praktijkgids 'High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia' is bovenstaande richtlijn verder uitgewerkt en is naast het klaarmaken ook het toedienen van parenterale medicatie meegenomen. In 2014 heeft de inspectie thematisch toezicht uitgevoerd op het bereiden en toedienen van high risk medicatie in ziekenhuizen. Er moet in instellingen waar high risk medicatie wordt voorgeschreven een regeling voorbehouden handelingen aanwezig zijn, waarin het parenteraal toedienen van geneesmiddelen is opgenomen.

- **Inclusie criterium:**
 - Alle afdelingen van een instelling waar parenteralia (high risk medicatie) worden toegediend^[34].
Onder parenteralia wordt verstaan: Alle geneesmiddelen die worden geïnjecteerd (intramusculair, subcutaan, intraveneus perifeer, intraveneus centraal, epiduraal, etc.)
- **Exclusie criterium:**
 - OK (in verband met aparte handreiking High Risk Medicatie op OK complex)

Teller: aantal afdelingen waar in het verslagjaar high risk medicatie werd toegediend en in het verslagjaar aantoonbaar een interne audit is uitgevoerd op het thema VTGM en het toedienen van parenterale geneesmiddelen.

Noemer: aantal afdelingen waar in het verslagjaar high risk medicatie werd toegediend.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Zijn de resultaten van de audits aantoonbaar in een PDCA-cyclus geborgd?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

* Geef toelichting

[34] Denk ook aan SEH, diagnostische afdelingen en radiologie.

8 Zorg

Het verplegen is de laatste jaren zeer sterk veranderd. Verpleeguren zijn sterk teruggebracht. Complexe ingrepen worden in dagverpleging uitgevoerd en de eisen aan het vak zijn sterk toegenomen. Toch blijft de gewone basiszorg van buitengewoon groot belang voor patiënten en de organisatie. Goed en verantwoord eten versnelt het herstel, evenals een goede wondbehandeling.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op zorg, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

8.1 Ondervoeding

Het probleem van ziektegerelateerde ondervoeding in ziekenhuizen is al jaren bekend. De prevalentie is hoog (20-40 procent bij volwassenen en kinderen) en zonder systematische screening wordt slechts de helft van de ondervoede patiënten als zodanig herkend en hiervoor behandeld. De gevolgen van ondervoeding zijn in een veelheid van wetenschappelijk onderzoek beschreven: ondervoeding kan onder meer leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden. Deze factoren leiden tot een toename van de kosten van gezondheidszorg.

Het energiemetabolisme verandert ten gevolge van ziekte, waardoor het lichaam inefficiënt gebruikmaakt van energiebronnen. Ook breekt het lichaam bij ziekte in verhouding meer spiermassa af, waardoor de eiwitbehoefte toeneemt. Om ervoor te zorgen dat er geen lichaamsmassa wordt afgebroken, is het belangrijk om patiënten die in een slechte voedingstoestand verkeren voldoende energie en eiwit te geven.

Tijdige behandeling van (dreigende) ondervoeding in het ziekenhuis leidt tot verbetering van voedingsinname, stabilisatie van het gewicht, eventueel gewichtstoename, een verbetering van de voedingstoestand en functionele uitkomstparameters zoals spierkracht en kwaliteit van leven (fysiek, emotioneel en mentaal) en vermindering van het aantal complicaties, opnameduur en mortaliteit. Bij kinderen kan ondervoeding leiden tot een vermindering van het IQ en een kortere definitieve lichaamslengte.

Om tijdig te kunnen behandelen, is herkenning van de ondervoede patiënt bij opname een eerste voorwaarde. Systematisch gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument voor ondervoeding kan het percentage terecht herkende ondervoede patiënten vergroten van 50 naar 80 procent.

Een adequate voedingsbehandeling houdt in dat de patiënt bij opname in het ziekenhuis wordt gescreend op ondervoeding, dat er indien nodig binnen 48 uur na opname een voedingsbehandelplan ingezet wordt en dat binnen vier dagen de doelstelling wat betreft eiwitinname en energie-inname gehaald wordt.

Deze kwaliteitsindicatoren meten de mate waarin patiënten systematisch bij opname worden gescreend op ondervoeding en ondervoede patiënten tijdig en op adequate wijze worden behandeld.

Gegevens voor deze indicatoren worden instellingsbreed verzameld. Hiervoor is gekozen omdat de hoge prevalentie van ondervoeding bij alle patiëntengroepen maakt dat screenen hoort bij de basiszorg.

Aangezien er op de kinderafdeling op een andere manier gescreend wordt en de criteria voor een optimale voedingsbehandeling ook anders zijn dan voor de volwassen patiëntengroep, moeten de gegevens van kinderen apart gerapporteerd worden.

8.1.1 Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen

- *Definitie acute ondervoeding:*
 - Kinderen (≥8 dagen-1 jaar) met een gewicht kleiner dan het getal bij -2 SD op de groeicurve gewicht naar leeftijd.
 - Kinderen (1- < 18 jaar) met een gewicht kleiner dan het getal bij -2 SD op de groeicurve gewicht naar lengte^[35,36].

[35] Zie voor groeicurves www.growthanalyser.org.

[36] Frederiks AM, van Buuren S, Burgmeijer RJ et al., Continuing positive growth in the Netherlands 1955-1997, *Pediatr Res* 2000; 47:316-323.

Een eerste stap om ondervoeding aan te pakken, is iedere patiënt bij opname in de kliniek te screenen (op het risico) op ondervoeding en zo nodig een behandelplan op te stellen. De actuele voedingstoestand bij kinderen kan bepaald worden middels het meten van gewicht en lengte bij kinderen ≥ 1 jaar en het gewicht bij kinderen < 1 jaar. Aan de hand van deze gegevens kan de standaarddeviatiescore berekend worden en kan vastgesteld worden of er sprake is van acute ondervoeding.

Een optimale screening bevat naast de vaststelling of er sprake is van acute ondervoeding ook een bepaling van chronische ondervoeding. Hiervoor kan er bij kinderen ≥ 1 jaar aan de hand van de gemeten lengte vastgesteld worden of er sprake is van chronische ondervoeding. Om vast te stellen of het kind een risico heeft om tijdens opname ondervoed te raken, dient bij opname een screeningsinstrument gebruikt te worden. Een voorbeeld van een screeningsinstrument is de STRONGkids; aan de hand van een viertal vragen kan het risico op ondervoeding bij opname bepaald worden^[37-38].

Continue meting

De screening op ondervoeding vindt plaats door middel van een continue meting. Onder een continue meting verstaat de inspectie dat u alle kinderen bij opname screent op ondervoeding en dus niet een steekproefsgewijze screening uitvoert. Indien u geen continue meting heeft uitgevoerd, dient u een toelichting te geven.

- Exclusiecriteria:
 - Kinderen in dagopname.
 - Kinderen jonger dan 28 dagen.

Behandelt u in uw ziekenhuis kinderen?	☐ ja	☐ nee	
Is het aantal kinderen dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding bekend?	☐ ja	☐ nee*	☐ n.v.t.*
Is er een continue meting uitgevoerd?	☐ ja	☐ nee	
Welk screeningsinstrument om het risico op ondervoeding te bepalen wordt gebruikt bij kinderen?	☐ STRONGkids ☐ Anders, namelijk:		
A Aantal klinisch opgenomen kinderen in het verslagjaar.			
B Aantal kinderen bij opname gescreend op acute ondervoeding.			
C Aantal kinderen dat bij opname geclassificeerd is als acuut ondervoed.			
Percentage 1 (B/A): percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding. (wordt automatisch berekend):			%
Percentage 2 (C/B): percentage kinderen dat geclassificeerd is als acuut ondervoed. (wordt automatisch berekend):			%
Toelichting:			

[37] Zie voor meer informatie www.stuurgroepondervoeding.nl.

[38] Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clin Nutr 2010;29:106-11.

* Geef toelichting

8.1.2 Indicator Behandeling van ondervoeding

Deze indicator inventariseert bij welk percentage van de ondervoede patiënten de vastgestelde eiwit behoefte en/of energiebehoefte op de vierde opnamedag daadwerkelijk wordt gehaald^[39]. Gekozen is voor de vierde opnamedag, omdat het van belang is dat de patiënt zo snel mogelijk adequaat wordt gevoed, nadat ondervoeding is geconstateerd. Voor het behandelen van ondervoede patiënten is natuurlijk eerst een goede screening (op het risico) op ondervoeding nodig.

U registreert de voedingsinname

A bij alle volwassen patiënten (≥ 18 jaar) met een screeningsuitslag bij opname van SNAQ ≥ 3 punten of MUST ≥ 2 punten

B bij alle acuut ondervoede kinderen (> 1 jaar)^[40].

U bepaalt op de vijfde opnamedag de eiwit en/of energie-inname van de vierde opnamedag.

Voor volwassenen en kinderen is de norm voor eiwitinname hieronder weergegeven. Voor kinderen is ook een norm voor energie-inname weergegeven. Het blijkt dat de energiebehoefte bij de meeste ondervoede volwassen patiënten gedekt is, wanneer aan de aanbevelingen voor de voedingsinname van eiwit wordt voldaan. Bij kinderen zijn de fysiologische reserves geringer. Extra energie en voedingsstoffen zijn nodig. Daarom is voor kinderen, naast een minimale norm voor de eiwitinname, tevens een minimale norm voor de energie-inname opgenomen.

Deze indicator bestaat uit twee onderdelen; voor volwassenen (A) en kinderen (B). Voor deel A en B wordt van u verwacht dat u een continue meting uitvoert. Beiden dienen voor alle patiënten die aan de criteria voldoen te worden ingevuld. Het is niet langer mogelijk te volstaan met puntmetingen op vier dagen.

Indien u geen continue meting heeft uitgevoerd, dient u een toelichting te geven en vult u de gegevens verder niet in.

Continue meting

Onder een continue meting verstaat de inspectie dat u de mate van adequate eiwit en energie-inname van alle bij opname ondervoede kinderen, en adequate eiwitinname van alle bij opname ondervoede volwassenen meet.

Met deze informatie wordt inzichtelijk of de voedingsbehandeling van ondervoede patiënten tijdig en adequaat wordt uitgevoerd.

Definities

Eiwitbehoefte voor volwassenen en kinderen > 1 jaar: 1,2 tot 1,5 gram per kg lichaamsgewicht^[41]. Minimale energiebehoefte voor kinderen: Rustmetabolisme volgens Schofield^[42] + 30 procent toeslag.

Indicator A Behandeling van ondervoeding bij volwassenen

Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag bekend?

☐ ja ☐ nee*

Is er een continue meting uitgevoerd?^[43]

☐ ja ☐ nee*

Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

[39] Dag van opname is dag één. De intake op de vierde opnamedag wordt op de vijfde opnamedag geïnventariseerd door de diëtist ter evaluatie van de voedingsbehandeling. Als patiënten ten gevolge van bijvoorbeeld onderzoek of behandeling (deels) nuchter moeten blijven op de vierde opnamedag, wordt de gemiste maaltijd van de vorige of de volgende dag meegenomen bij de evaluatie van de intake.

[40] Op basis van gewicht naar lengte < -2 SD.

[41] Bij volwassenen met een BMI > 27 dient het lichaamsgewicht bij BMI 27 gehanteerd te worden in deze formule.

[42] De Schofield-formule is een bekende maat om de energiebehoefte voor kinderen te berekenen. Meer informatie is hierover te vinden op www.stuurgroepondervoeding.nl.

[43] Indien u geen continue meting heeft uitgevoerd, vult u de gegevens bij teller en noemer niet in.

* Geef toelichting

Noemer: aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Indicator B Behandeling van ondervoeding bij kinderen

Is het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname en energie-inname op de vierde opnamedag bekend?

☐ ja

☐ nee*

Is er een continue meting uitgevoerd?^[44]

☐ ja

☐ nee*

Teller 1: aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.

Teller 2: aantal ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag.

Noemer: aantal op dag vijf opgenomen ondervoede kinderen.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2 (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

8.2 Delirium

Het delirium kan gedefinieerd worden als een globale en reversibele stoornis van het hersenmetabolisme die gepaard gaat met een verscheidenheid aan neuropsychiatrische symptomen. Het wordt gekenmerkt door een verlaagd bewustzijn met een gestoorde aandacht en concentratie, cognitieve stoornissen, waaronder stoornissen van het geheugen, oriëntatie en taal, en perceptuele stoornissen, zoals hallucinaties. In het meest typische geval ontstaat een delirium binnen een korte periode en heeft het een fluctuerend beloop. De diagnostische criteria zijn gebaseerd op de DSM-IV.

Het delirium is geassocieerd met diverse korte- en langetermijengevolgen, zoals een langere duur van een ziekenhuisopname, een groter aantal complicaties tijdens verblijf in het ziekenhuis, een toegenomen ziekenhuissterfte en een slechter functioneel herstel van de onderliggende aandoening. Daarnaast is het een voorspeller van cognitieve problemen en leidt het tot een eerdere opname in een zorginstelling en aanzienlijk hogere financiële kosten.

In 2013 heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) de richtlijn delier Volwassenen en ouderen gepubliceerd met als doel het verbeteren van de vroegtijdige herkenning en behandeling van het delier en het verbeteren van de organisatie en zorg voor patiënten met een delier^[45].

* Geef toelichting

[44] Indien u geen continue meting heeft uitgevoerd, vult u de gegevens bij teller en noemer niet in.

[45] NVKG Richtlijn delier Volwassenen en Ouderen. 2013. <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-delier-volwassen-en-ouderen-2014.pdf>



8.2.1 Indicator Zorgplan voor Delirium

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

De meest bekende literatuur over een zorgplan voor kwetsbare oudere ziekenhuispatiënten ter voorkoming van een delier is afkomstig uit de studie van Inouye (1999). Een interventie (met 87% naleving), gebaseerd op een gestructureerde benadering en non-farmacologisch van karakter, liet significant minder patiënten met een delier zien in de interventiegroep, met tevens minder delierdagen. De interventie had niet alleen een gunstig effect op risicofactoren voor het ontstaan van delier en andere ziekenhuiscomplicaties, maar liet ook minder cognitieve achteruitgang en minder gebruik van slaapmedicatie zien (Bogardus, 2003).

- **Inclusie:**
 - Afdelingen van ziekenhuizen en klinieken, inclusief IC en SEH.
 - **Exclusie:**
 - Lichte (dagklinische) ingrepen zoals cataractoperaties, lasers, injecties, huidbiopsen en niet-invasieve behandelingen of onderzoeken.
- A Wordt op uw SEH, preoperatieve poli, bij klinische opname en bij opname op de IC standaard het risico op een delier bij patiënten uitgevraagd en vastgelegd in het dossier aan de hand van de volgende drie vragen (VMS Veiligheidsprogramma):
- Hebt u geheugenproblemen?
 - Hebt u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
 - Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

SEH (patiënten van ≥ 70 jaar die worden opgenomen)	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.
Preoperatieve poli (patiënten ≥ 70 jaar)	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.
Klinische opname* (patiënten ≥ 70 jaar)	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.
IC-opname* (alle volwassenen)	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.

- B Worden patiënten met een verhoogd risico op het ontstaan van delier op uw SEH, tijdens klinische opname en tijdens opname op de IC standaard met een vast (gevalideerd) instrument gescreend (beoordeeld) op de aanwezigheid van een delier en wordt het resultaat vastgelegd in het dossier?

SEH (patiënten van ≥ 70 jaar die worden opgenomen)	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.
Klinische opname* (patiënten ≥ 70 jaar)	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.
IC-opname* (alle volwassenen)	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.

- C Wordt op uw SEH, preoperatieve poli, bij klinische opname en bij opname op de IC bij patiënten met een verhoogd risico op delier of met een delier direct en aantoonbaar een zorgplan/verpleegplan delier in werking gesteld?

SEH	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.
Preoperatieve poli	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.
Klinische opname	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.
IC-opname	☐ ja	☐ nee	☐ n.v.t.

* Binnen 24 uur na opname

- **Referenties**
- Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM Jr. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 1999 Mar 4;340(9):669-76.
- Bogardus ST Jr, Desai MM, Williams CS, Leo-Summers L, Acampora D, Inouye SK. The effects of a targeted multicomponent delirium intervention on postdischarge outcomes for hospitalized older adults. *Am J Med.* 2003 Apr 1;114(5):383-90.
- VMS Veiligheidsprogramma. Praktijkgids Kwetsbare ouderen (2009). ISBN 978-94-90101-04-6.

8.2.2 Indicator Screening op delirium op de SEH

Goede behandeling van een delier vereist adequate identificatie van degenen at risk (incidentie) en van patiënten die reeds voldoen aan de criteria van een delier (prevalentie), om op deze wijze preventieve maatregelen dan wel adequate behandeling te kunnen inzetten. De prevalentie van patiënten met een delier op de SEH varieert. Studies tonen aan dat er op de SEH bij circa 20% van alle patiënten sprake was van een delier. Bij patiënten ouder dan 75 jaar kan is dit 33% (Han, 2010; Pendlebury, 2015). Op een SEH kan identificatie van een delier complex zijn. Dit kan komen door gebrek aan beschikbare informatie en het fluctuerende beloop van een delier. In diverse screeningsinstrumenten is het beloop over de tijd van belang. Daardoor is het gebruik hiervan op de SEH lastiger in verband met de kortere verblijfstijd. Er moet onderscheid gemaakt worden in detectie van reeds aanwezige delirante symptomatologie (prevalentie) dan wel instrumenten voor identificatie van patiënten at risk (incidentie). Te late herkenning van (het ontstaan van) een delier op de SEH is geassocieerd met verlengde opnameduur, complicaties en mortaliteit.

Screening op risicofactoren op de SEH

Een goede risico-inschatting van een delier is noodzakelijk bij alle patiënten van 70 jaar en ouder, ondanks het feit dat er bij presentatie op de SEH (nog) geen delier aanwezig hoeft te zijn (prevalentie). Conform de werkwijze omtrent risicobepaling in Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren (2018) en de NVKG-richtlijn Delier bij volwassenen (2013), zal het delierrisico (incidentie) op de SEH bij alle patiënten van 70 jaar en ouder bepaald worden aan de hand van de bekende drie vragen die al in de kliniek worden gesteld (VMS Veiligheidsprogramma):

- 1 Hebt u geheugenproblemen?
- 2 Hebt u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
- 3 Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

Van een verhoogd risico is sprake bij een of meer positieve antwoorden. Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd en wordt het lokale zorgplan delier SEH opgestart.

Screening op delier

Goed onderzoek naar het gebruik van screenings- en diagnostische instrumenten voor delier op de SEH ontbreekt. Gezien de grote onderdetectie is het gebruik van een screeningsinstrument reeds op de SEH echter aan te bevelen. De werkgroep adviseert het gebruik van een gevalideerd instrument maar laat de keuze aan de instelling. Evaluatie in Nederlandse ziekenhuizen van de naleving van het delierprotocol laat zien dat slechts bij 44% een delier vastgelegd wordt in het ziekenhuisdossier (Kentin, 2016).

Doel van de indicator

- Op gestructureerde wijze screenen op verhoogd risico op het ontstaan van delier bij patiënten die zich presenteren op de SEH en worden opgenomen.
- Op gestructureerde wijze screenen op delier op de SEH bij patiënten die worden opgenomen.
- **Inclusie:**
 - Patiënten van 70 jaar en ouder die zich presenteren op de SEH en klinisch opgenomen worden.
- **Exclusie:**
 - Geen.

De informatie over aantal patiënten van 70 jaar of ouder op de SEH is uit de registratie van SEH-aanmeldingen te halen. De registratie van screening op delier of risicoprofiel: uit patiëntendossier of uit registratie.

Teller: Het aantal patiënten van 70 jaar en ouder dat op de SEH is gescreend op verhoogd risico voor een delier en/of dat op de SEH door middel van een delier-screeningsinstrument is gescreend op de aanwezigheid van een delier en bij wie dit in het dossier is vastgelegd.

Noemer: het aantal patiënten van 70 jaar en ouder, dat werd gepresenteerd op de SEH in het verslagjaar en vervolgens klinisch is opgenomen.

Percentage (automatisch berekend):

%

- Literatuur
- NVKG richtlijn delier bij volwassenen, 2013
- Han, J.H., Shintani, A., Eden, S., Morandi, A., Solberg, L.M., Schnelle, J., Ely, E.W. Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months. *Annals of Emergency Medicine*. 2010.
- Pendlebury ST, Lovett NG, Smith SC, Dutta N, Bendon C, Lloyd-Lavery A, Mehta Z, Rothwell PM. Observational, longitudinal study of delirium in consecutive unselected acute medical admissions: age-specific rates and associated factors, mortality and re-admission. *BMJ Open*. 2015 Nov 16;5(11):e007808.
- VMS Veiligheidsprogramma. Praktijkids Kwetsbare ouderen (2009). ISBN 978-94-90101-04-6.
- Kentin, Z.H.A., Dautzenberg, P.L.J., Boelens, H.M., de Rooij, S.E.J.A., van Munster, B.C. Niet elk delierprotocol in ziekenhuizen is up-to-date. Evaluatie van de implementatie van de nieuwe richtlijn 'Delier'. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160: D151.

8.3 Ziekenhuisbreed pijnmanagement

Pijn komt voor bij alle patiënten in een ziekenhuis^[46]. Pijn is meer dan een symptoom van de ziekte. In veel gevallen moet pijn worden beschouwd als een ernstige comorbiditeit die het resultaat van medische en chirurgische behandeling kan beïnvloeden. Het is daarom van essentieel belang dat pijn tijdig herkend, geanalyseerd en behandeld wordt.

Het meten van pijn dient zodoende een dagelijkse activiteit te zijn bij alle patiënten in het ziekenhuis, ook omdat gebleken is dat een subjectief symptoom als pijn foutief ingeschat wordt door zorgverleners^[47,48]. Het digitaal registreren van pijngegevens is een voorwaarde om te komen tot effectieve analyses die als startpunt kunnen dienen voor de verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten met pijn. Het behandelen, farmacologisch en niet-farmacologisch, van patiënten met complexe pijn en het organiseren van een goede infrastructuur rondom pijnbehandeling evenals het verantwoord gebruik van pijnmedicatie vraagt ondersteuning van een pijnservice.

Deze indicator dient om een kwalitatief goede en veilige zorg voor patiënten met pijn te bewerkstelligen waarbij preventie op de voorgrond staat. Daarvoor is niet alleen kennis en kunde nodig van alle betrokkenen bij de pijnbehandeling maar ook het analyseren van geregistreerde pijndata voor het implementeren van verbetertrajecten volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus.

8.3.1 Indicator Pijnmeting

Een adequate pijnbehandeling start met pijnmeting. Het uitvragen van pijn bij patiënten is essentieel, omdat het inschatten van een subjectieve beleving als pijn zeer foutgevoelig is als dit overgelaten wordt aan de deskundigheid van de zorgverlener.

De eerste stap is aan de patiënt te vragen of hij/zij pijn heeft op dat moment. De patiënt wordt gevraagd een getal te geven aan de pijn tussen 0 (geen pijn) en 10 (ergst denkbare pijn). Als de patiënt niet in staat is iets te zeggen over zijn pijn dan moet de pijn ingeschat worden met behulp van een observatieschaal. Rapportage van pijn door de persoon zelf is de meest betrouwbare indicator van pijn^[49,50].

[46] Gerbershagen, K., et al., Pain prevalence and risk distribution among inpatients in a German teaching hospital. *Clin J Pain*, 2009. 25(5): p. 431-7.

[47] Sloman, R., et al., Nurses' assessment of pain in surgical patients. *J Adv Nurs*, 2005. 52(2): p. 125-32.

[48] Shugarman, L.R., et al., Nursing staff, patient, and environmental factors associated

with accurate pain assessment. *J Pain Symptom Manage*, 2010. 40(5): p. 723-33.

[49] Jain, S. and S. Datta, Postoperative pain management. *Chest Surg Clin N Am*, 1997. 7(4): p. 773-99.

[50] Pasero, C., Pain in the critically ill patient. *J Perianesth Nurs*, 2003. 18(6): p. 422-5.

Het heeft daarom de voorkeur de patiënt zolang mogelijk zelf iets te laten zeggen over zijn pijn boven het gebruik van observatieschalen. Alleen wanneer de patiënt zelf zegt hoeveel pijn hij/zij heeft, is er sprake van een pijnscore. De totaalscore van een observatieschaal is géén pijnscore; dit is een indicatie van de kans dat de patiënt pijn heeft en zegt niets over de intensiteit van pijn.

Het toedienen van pijnmedicatie mag nooit alléén gebaseerd zijn op een pijnscore of totaalscore van een observatieschaal omdat de samenhang tussen de pijnscore en de wens tot pijnmedicatie erg variabel is^[51]. Een gesprek met de patiënt of het gebruik maken van het oordeel van een collega of klinische blik is altijd nodig voordat er tot farmacologische pijnbehandeling wordt overgegaan. Een hoge pijnscore die al langer bestaat (bijvoorbeeld als reden om te opereren) dient zodoende in dat licht bekeken te worden. Verder kan het voorkomen dat de patiënt ondanks een pijnscore ≥ 4 de pijn acceptabel vindt^[52-53,54]. De patiënt moet daarbij geen belemmeringen ondervinden bij doorademen, ophoesten en bewegen. De patiënt dient bij zijn eventuele pijn van dat moment wel te kunnen functioneren zoals dat op dat moment in die situatie verwacht wordt. De pijnscore dient hierbij als hulpmiddel om de pijn een objectievere maat te geven, teneinde de trend te bepalen. De pijnbehandeling wordt dus gebaseerd op de pijnmeting, wel of niet acceptabele pijn en mate van functioneren op dat moment. De pijnmeting wordt meestal uitgevoerd door de verpleegkundige; het mag echter ook door een andere bekwaame zorgverlener uitgevoerd worden. De pijnmeting wordt verricht wanneer de patiënt in rust is en bij functioneren. De frequentie van de pijnmeting hangt af van de aard van de pijn (acuut, postoperatief of chronisch) en de ernst van de pijn. Na een interventie moet de pijn geëvalueerd worden^[55].

Bij het beoordelen van pijn bij patiënten met kanker, en vervolgens bij het behandelen van de klacht en het begeleiden van de patiënt, is het van belang de aard van de pijn goed in kaart te brengen en het beloop van ervaren pijn in de loop van de tijd te vervolgen. Voor opgenomen patiënten met kanker stelt de richtlijn 'pijn bij kanker' voor om twee tot drie keer daags pijn te meten. Volgens de richtlijn 'Pijn bij kanker'^[56] moet bij elk polikliniek bezoek van patiënten met kanker naar pijn gevraagd worden en dient dit in het patiëntendossier vastgelegd te worden.

Probleemstelling

Het is van essentieel belang dat pijn tijdig herkend en behandeld wordt, bij alle patiënten in een ziekenhuis. Op dit moment wordt nog niet in alle ziekenhuizen bij alle patiënten naar pijn gevraagd. Hierdoor neemt de kans op adequate pijnbehandeling af.

Doelstelling

Het streven is dat binnen ieder ziekenhuis bij alle patiënten de pijn gemeten en geregistreerd wordt. Bij patiënten met acute (post-operatieve) pijn: minimaal 3 x per dag, op de SEH en dagbehandeling bij triage/binnenkomst en ontslag, bij patiënten met kanker op de polikliniek 1 x per dag. Bij alle overige patiënten minimaal 1 x per dag.

Er wordt gecontroleerd op het percentage pijnmetingen bij patiënten met kanker die de polikliniek bezoeken, omdat uit recent onderzoek blijkt dat weinig naar pijn gevraagd wordt bij deze groep.^[57]

- Definities
 - Pijn is volgens de definitie van de International Association for the Study of Pain (IASP): "een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging."
 - Chronische pijn wordt gedefinieerd als pijn die langer bestaat dan drie maanden of langer duurt dan de verwachte tijd voor herstel na beschadiging of ziekte^[58].
 - Het gaat om de patiënten van 18 jaar of ouder met kanker die de polikliniek van de medische oncologie bezoeken. patiënt heeft daar een gesprek met een hulpverlener (oncoloog, verpleegkundig specialist, gespecialiseerd verpleegkundige) over de diagnostiek, behandeling of evaluatie van het oncologisch ziekteproces.
 - Pijnmeting omvat de pijnscore, die de patiënt zelf aan zijn pijn toekent of het observeren van de patiënt om een inschatting te kunnen maken van de pijn^[59]. Bij patiënten met een uitingsbeperking moet een observatieschaal gebruikt worden om een inschatting van de mate van pijn te bepalen.

[51] van Dijk, J.F., et al., The Relation Between Patients' NRS Pain Scores and Their Desire for Additional Opioids after Surgery. *Pain Pract.* 2015. 15(7): p. 604-9.

[52] van Dijk, J.F., et al., Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2012. 49(1): p. 65-71.

[53] Oldenmenger, W.H. and C.C. van der Rijt, Feasibility of assessing patients' acceptable pain in a randomized controlled trial on a patient pain education program. *Palliat Med.* 2016.

[54] Maroney, C.L., et al., Acceptability of severe pain among hospitalized adults. *J Palliat Med.* 2004. 7(3): p. 443-50.

[55] Program, D.H.P.S. *Practical Guide Pain.* 2009 [cited 2011 May 18]; Available from: <http://www.vmszorg.nl/themas/pijn>.

[56] Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie. *Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Pijn bij Patiënten met Kanker.* 2015. Available from: <https://www.oncoline.nl/pijn-bij-patiënten-met-kanker>

[57] te Boveldt, N., et al., Adaptation of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study. *Support Care Cancer.* 2015. 23(5): p. 1409-20.

[58] Zorg, R.K.v. *Chronische pijn.* 2011 [cited 2016 15 November]; Available from: <http://www.dutchpainsociety.nl/files/rapport-regieraad-chronischepijn-2011.pdf>.

[59] van Dijk, J.F., et al., Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2012. 49(1): p. 65-71.

- Een pijnscore is een getal tussen 0 (geen pijn) en 10 (ergst denkbare pijn) die de patiënt zelf aan zijn pijn toekent.
- Methoden van meten: de precieze methoden zijn in een bijlage opgenomen. Per patiënt dient vastgesteld te worden welke meetmethode voor die patiënt het meest bruikbaar is.
- Inlusiecriteria:
 - Alle patiënten van 18 jaar of ouder met kanker die een bezoek brengen aan de medische oncologie op de polikliniek.

Teller: het aantal consulten van patiënten van 18 jaar of ouder dat de polikliniek Medische Oncologie bezoekt waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting is uitgevoerd.

Noemer: totaal aantal consulten van patiënten van 18 jaar of ouder dat de polikliniek Medische Oncologie bezoekt.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

8.3.2 Indicator Pijnregistratie

Het niet regelmatig meten en registreren van pijn is een van de belangrijkste redenen voor inadequate pijnbestrijding. Zo is uit onderzoek gebleken dat zonder het dagelijks registreren van pijn, de ernst van de pijn bij bijna tweederde van de patiënten onjuist wordt ingeschat^[60]. Pijn wordt op patiëntniveau inzichtelijk gemaakt door pijn te objectiveren, te meten en te registreren. Uit een evaluatieonderzoek van het VMS Veiligheidsthema 'vroeg herkenning en behandeling van pijn' blijkt discrepantie tussen de aan de inspectie aangeleverde gegevens en dossier onderzoek wat betreft pijnmetingen^[61]. Daarnaast blijkt, uit ditzelfde evaluatieonderzoek, dat het hebben van een pijnprotocol (100%) niet correleert met acteren bij pijn (56%). Mogelijk kan dit toegeschreven worden aan het feit dat pijn wel gemeten maar niet geregistreerd wordt. Het vastleggen van individuele pijnmetingen is voorwaardelijk om pijnprotocollen toe te kunnen passen en behandelingen op patiëntniveau te kunnen evalueren en bijsturen ter voorkoming van escalatie van pijn^[62]. Daarnaast is, gezien de toename in complexiteit van pijnbehandelingen, het multidisciplinair bijsturen van protocollaire pijnbehandelingen op afstand gewenst.

Door een adequate, digitale, pijnregistratie kan op doelgroepenniveau gegevens worden gegenereerd. Deze kunnen worden gebruikt voor analyse door een multidisciplinair team om te komen tot een verbetercyclus. Een multidisciplinair team kan de uitkomsten van de pijnregistratie op groepsniveau of per behandeltraject analyseren en vergelijken met de literatuur en desgewenst een PDCA-cyclus starten ter verbetering van de individuele patiëntenzorg. Hierdoor is continue verbetering van de pijnprotocollen en behandeltrajecten/ICD-10-codes mogelijk^[62,63]. Digitale pijnregistratie biedt tevens de mogelijkheid om de kwaliteit van zorg te borgen en benchmarking van behandeltrajecten toe te passen binnen diverse echelons. Steekproeven en periodieke evaluaties worden vervangen door een continue / periodieke uitlevering van pijnregistraties binnen gewenste groepen. Een digitaal registratie systeem dient echter goed aan te sluiten bij de directe patiëntenzorg, waardoor een eenvoudige registratie mogelijk is.

Probleemstelling

Digitale registratie van pijnmetingen is een voorwaarde om te komen tot kwaliteitsverbetering in de zorg voor patiënten met pijn^[63]. Inzicht in de kwaliteit van zorg ten aanzien van pijnbehandeling ontbreekt in veel Nederlandse ziekenhuizen, doordat het gestructureerd digitaal registreren van pijngegevens van patiënten nog niet overal plaats vindt. Tevens beschikt niet ieder ziekenhuis over een digitaal registratiesysteem voor pijnmetingen.

Doelstelling

Het streven is dat binnen ieder ziekenhuis bij ten minste 90% van de patiënten de pijnmetingen digitaal geregistreerd wordt.

[60] de Rond, M., R. de Wit, and F. van Dam, The implementation of a Pain Monitoring Programme for nurses in daily clinical practice: results of a follow-up study in five hospitals. *J Adv Nurs*, 2001. 35(4): p. 590-8.

[61] De Blok, C., Koster, E., Schilp, J., Wagner, C., Implementation VMS Safety Program. *Evaluation study in Dutch hospitals*. 2013: Utrecht/Amsterdam, The Netherlands.

[62] Carr, D.B. and L.C. Goudas, Acute pain. *Lancet*, 1999. 353(9169): p. 2051-2058.

[63] van Boekel, R.L., et al., [Pain registration: for the benefit of the inspectorate or the patient?]. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2014. 158: p. A7723.

- **Definities**
 - Digitale pijnregistratie: het digitaal vastleggen van gegevens over pijnmetingen bij patiënten in het elektronisch patiëntendossier.
 - Te opereren patiënten: Alle patiënten waar een operatie bij uitgevoerd is tijdens de klinische opname of in dagbehandeling, dus alle postoperatieve patiënten ongeacht het specialisme van de operateur.
- **In- en exclusiecriteria:**
 - Inclusie: Alle ziekenhuizen met te opereren patiënten (kinderen en volwassenen).
 - Exclusie: Geen

Teller: Aantal te opereren patiënten waarbij minimaal 1 x per dag tijdens elke opnamedag een pijnmeting digitaal geregistreerd is.

Noemer: Het totaal aantal te opereren patiënten, opgenomen in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

8.3.3 Indicator Pijnconsultatie

Voor een adequate pijnbehandeling is het van belang dat behandelaars deskundigen op het gebied van pijnbehandeling laagdrempelig kunnen raadplegen. Veel internationaal onderzoek is gedaan naar de pijnservice, omschreven als een deskundig, multidisciplinair georganiseerd team dat ten behoeve van alle patiënten met pijn, altijd te raadplegen is. Een multidisciplinaire pijnservice met specifieke eigenschappen, zoals 24 uur per dag 7 dagen per week bereikbaar, met opgeleid “dedicated” personeel en zowel patiëntgerelateerde als niet patiëntgerelateerde taken, leidt tot minder pijn bij patiënten en tot meer tevredenheid met de behandeling^[64-70].

De leden van de pijnservice werken, naast de afhandeling van patiëntenconsulten (patiëntgerelateerd), aan verbetering van kwaliteit van de zorg aan patiënten met pijn in het gehele ziekenhuis. Dit doen zij onder andere door pijneducatie aan patiënten en medewerkers te geven en het ondersteunen van digitale registratie van patiëntgegevens^[65-71]. Specifieke analyse van geregistreerde gegevens vindt plaats ten behoeve van kwaliteitsverbeterprojecten op het gebied van de behandeling van pijn bij patiënten (niet-patiënt-gerelateerd)^[70,72-73].

Probleemstelling

Uit onderzoek is bekend dat 90 procent van de Nederlandse ziekenhuizen aangeeft een (acute) pijnservice te hebben^[63,74]. Echter, niet alle beoogde taken en verantwoordelijkheden werden in ieder ziekenhuis uitgevoerd. De waarde van de pijnservice heeft zich vooral bewezen in de postoperatieve pijnbehandeling. Deze teams worden ook steeds meer ingezet ten behoeve van andere pijnpatiënten^[69,75-76]. De meeste Nederlandse ziekenhuizen beschikken niet over een pijnservice met de benodigde eigenschappen om de infrastructuur en organisatie van de kwaliteit van zorg rondom pijnbehandeling te coördineren^[63,74]. Dit kan er toe leiden dat de kwaliteit van zorg rondom pijnhandeling achterblijft.

Doelstelling

Het streven is dat ieder ziekenhuis een pijnservice heeft die voldoet aan de definitie.

- [64] Duncan, F., et al., First steps toward understanding the variability in acute pain service provision and the quality of pain relief in everyday practice across the United Kingdom.
- [65] Rawal, N. and L. Berggren, Organization of acute pain services: a low-cost model. *Pain*, 1994. 57(1): p. 117-23.
- [66] Bardiau, F.M., et al., An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesth Analg*, 2003. 96(1): p. 179-85, table of contents.
- [67] Erlenwein, J., et al., A follow-up on Acute Pain Services in Germany compared to international survey data. *Eur J Pain*, 2015.
- [68] Nasir, D., et al., A survey of acute pain service structure and function in United States hospitals. *Pain Res Treat*, 2011. 2011: p. 934932.
- [69] Kone, V., et al., Impact of a pilot team on patients' pain reduction and satisfaction in an emergency department: A before-and-after observational study. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2016.
- [70] Rawal, N., Current issues in postoperative pain management. *Eur J Anaesthesiol*,

2016. 33(3): p. 160-71.
- [71] Smith, N., et al., Assessment of Adults Experiencing Chronic Non-Cancer Pain: A Randomized Trial of Group Versus Individual Format at an Australian Tertiary Pain Service. *Pain Med*, 2016.
- [72] Ahmed, A. and M. Yasir, Incident reporting by acute pain service at a tertiary care university hospital. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 2015. 31(4): p. 501-4.
- [73] Katz, J., et al., The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. *J Pain Res*, 2015. 8: p. 695-702.
- [74] van Boekel, R.L., et al., Acute pain services and postsurgical pain management in the Netherlands: a survey. *Pain Pract*, 2015. 15(5): p. 447-54.
- [75] Love, B.L., et al., The development of an electronic database for Acute Pain Service outcomes. *Pain Res Manag*, 2012. 17(1): p. 25-30.
- [76] Upp, J., M. Kent, and P.J. Tighe, The evolution and practice of acute pain medicine. *Pain Med*, 2013. 14(1): p. 124-44.

- Definities
 - Een pijnservice is een multidisciplinair samengesteld team dat te allen tijde te raadplegen is ten aanzien van pijn bij patiënten. De pijnservice voert patiëntconsulten uit, verzorgt pijneducatie aan patiënten en medewerkers in het ziekenhuis, ondersteunt afdelingen in het digitaal registreren van pijngegevens en het gebruik van deze gegevens als basis voor het opzetten van kwaliteitsverbeterprojecten^[74,77]. Tevens voert de pijnservice audits uit om te onderzoeken of het afgesproken pijnbeleid nageleefd wordt.
 - Patiëntgerelateerde taken zijn taken die uitgevoerd worden bij de patiënt, zoals het voeren van een patiëntconsult.
 - Niet-patiëntgerelateerde taken zijn taken die uitgevoerd worden om de infrastructuur en organisatie van de kwaliteit van zorg rondom pijnbehandeling te coördineren, zoals bijvoorbeeld pijneducatie, het schrijven van protocollen en werkinstructie, analyse van pijngegevens en het aansturen van kwaliteitsverbeterprojecten.
 - Een multidisciplinair samengesteld team betekent dat de pijnservice al die disciplines bevat die nodig zijn voor het uitvoeren van patiënt- en niet-patiëntgerelateerde taken, waarbij in ieder geval een anesthesioloog/pijnbehandelaar en een in pijn gespecialiseerde verpleegkundige of anesthesiemedewerker aanwezig is.
 - Een aanvullende vakinhoudelijke opleiding ten aanzien van pijnbehandeling betekent voor verpleegkundigen en anesthesie-medewerkers een geaccrediteerde en door de beroepsvereniging erkende vervolgopleiding van minimaal 200 studiebelastinguren tot gespecialiseerde verpleegkundige en anesthesiemedewerker in pijndiagnostiek en -behandeling.
 - Pijneducatie aan patiënten betekent het op een gestructureerde wijze en op verschillende wijzen vergroten van de kennis en vaardigheden van individuele en groepen patiënten ten aanzien van pijn en pijnbehandeling waarbij via een persoonlijke benadering aangesloten wordt bij het specifieke belevingsniveau van de patiënt. Dit gebeurt zowel tijdens als los van reguliere consulten.
 - Pijneducatie aan medewerkers betekent het op een gestructureerde wijze en op verschillende wijzen vergroten van de kennis en vaardigheden van individuele en groepen medewerkers ten aanzien van pijn en pijnbehandeling aan patiënten.
 - Kwaliteitsverbetering op het gebied van pijnbehandeling betekent de analyse van pijngegevens van individuele en groepen patiënten met als doel om knelpunten in de structuur, het proces of de uitkomsten van pijndiagnostiek en -behandeling te ontdekken en via een verbeterplan aan te pakken.
- Inclusie- en exclusiecriteria:
 - Inclusie: Alle ziekenhuizen waar patiënten opgenomen zijn.
 - Exclusie: Geen

Teller: opgetelde punten toegewezen aan eigenschappen van de pijnservice: *

- 1 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor alle opgenomen patiënten met pijn: 10 punten
- 2 Multidisciplinaire samenstelling: 10 punten
- 3 De anesthesioloog en de verpleegkundige of anesthesiemedewerker hebben een aanvullende vakinhoudelijke opleiding ten aanzien van pijnbehandeling positief afgerond: 10 punten
- 4 Uitvoering van patiëntconsulten: 20 punten
- 5 Ondersteuning van pijneducatie aan patiënten: 10 punten*
- 6 Ondersteuning pijneducatie aan medewerkers: 10 punten
- 7 Ondersteuning bij het opstellen van protocollen en/of werkwijzen ten aanzien van pijnmanagement: 10 punten
- 8 Ondersteuning ten behoeve van digitale registratie van pijngegevens: 10 punten**
- 9 Ondersteuning bij kwaliteitsverbetering op het gebied van pijnbehandeling: 10 punten***

* Hiermee wordt bedoeld het scheppen van voorwaarden in organisatie en beleid met betrekking tot patiënteneducatie. Zoals het zorgen dat er foldermateriaal is, protocollen waarin wordt uitgelegd wanneer en op welke manier zorgverleners pijneducatie zouden moeten geven aan patiënten.

[77] NVA. Richtlijn Postoperatieve pijn. Uitgave van Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. 2012 [cited 23 januari 2017; Available from:

http://www.anesthesiologie.nl/uploads/kwaliteit/Def_RL_Postoperatieve_pijn.pdf/.

- ** Hiermee wordt bedoeld het scheppen van voorwaarden in organisatie en beleid met betrekking tot het digitaal registreren van pijnmetingen. Zoals het zorgen voor een adequate pijnmeetmodule in het EPD en de implementatie hiervan op de afdelingen.
- *** Hiermee wordt bedoeld het ondersteunen van afdelingen met de PDCA cyclus rondom pijndiagnostiek en pijnbehandeling.

Noemer: totaal aantal punten wordt automatisch ingevuld = 100 punten

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Bijlage 1: Methoden van meten

Zonder uitingsbeperking:

- Volwassenen:
 - De pijn wordt in principe gemeten met behulp van de Numeric Rating Scale (NRS)^[78]; vragen aan de patiënt de pijn een getal te geven tussen 0 en 10, waarbij 0 geen pijn is en 10 de ergst denkbare pijn
 - De pijn kan ook gemeten worden met de Visual Analogue Scale (VAS) in de vorm van een latje waarbij de uitkomst als NRS genoteerd wordt
 - Er kan gebruik gemaakt worden van de Verbal Rating Scale (VRS); vragen om een woord aan de pijn waarbij de patiënt bv. kan kiezen uit: geen pijn, lichte pijn, matige pijn, ernstige pijn en ergst denkbare pijn
- Kinderen:
 - Kind tussen 0 en 4 jaar: pijnobservatieschaal
 - Kind tussen 4 en 7 jaar: de gezichtschaal (smilies)
 - Kind > 7 jaar: de NRS of VAS latje

Met uitingsbeperking:

Wanneer een patiënt niet in staat is zijn pijn te uiten, wordt met behulp van een observatieschaal een inschatting gemaakt van de pijn van de patiënt. Dit levert een totaalscore op die de kans op pijn weergeeft.

- Volwassenen:
 - REPOS (Rotterdam Elderly Pain Observation Scale)^[79], ook te gebruiken bij niet-oudere patiënten en bij patiënten met lichte – tot matige dementie
 - DOLOPLUS-2, te gebruiken bij ouderen met een uitingsbeperking^[80]
 - PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)^[81] voor patiënten met ernstige dementie
 - PACSLAC-D (Pain Assessment Check List for Seniors with Severe Dementia – Dutch)^[82] voor patiënten met ernstige dementie
 - CPOT (Critical care Pain Observation Tool)^[83] voor patiënten op de Intensive Care
 - BPS (Behavioral Pain Scale)^[84] voor patiënten op de Intensive Care
- Kinderen:
 - FLACC (Faces, legs, activity, cry and consolability)^[85,86]
 - Comfort gedrag schaal^[87]
 - Pasgeborenen en neonaten: Comfort Neo schaal^[88]
 - Kinderen met een verstandelijke beperking: CPG (checklist pijngedrag)^[89,90]

[78] Breivik, E.K., G.A. Bjornsson, and E. Skovlund, A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. Clin J Pain, 2000. 16(1): p. 22-8.

[79] Herk R. van, D.M.v., Wit R. de, Baar FPM, Tibboel D, Duivenvoorden HJ, The Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS): its dimensional structure and psychometric properties. J Pain Manag, 2009. 1(4): p. 357-366.

[80] Pickering, G., et al., Reliability study in five languages of the translation of the pain behavioural scale Doloplus. Eur J Pain, 2010. 14(5): p. 545 e1-10.

[81] Warden, V., A.C. Hurley, and L. Volicer, Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc, 2003. 4(1): p. 9-15.

[82] Zwakhalen, S.M., J.P. Hamers, and M.P. Berger, Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. J Adv Nurs, 2007. 58(5): p. 493-502.

[83] Gelinas, C., et al., Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. Am J Crit Care, 2006. 15(4): p. 420-7.

[84] Payen, J.F., et al., Assessing pain in critically ill sedated patients by using a

behavioral pain scale. Crit Care Med, 2001. 29(12): p. 2258-63.

[85] Merkel, S.I., et al., The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatr Nurs, 1997. 23(3): p. 293-7.

[86] Bringuier, S., et al., A prospective comparison of post-surgical behavioral pain scales in preschoolers highlighting the risk of false evaluations. Pain, 2009. 145(1-2): p. 60-8.

[87] van Dijk, M., et al., The reliability and validity of the COMFORT scale as a post-operative pain instrument in 0 to 3-year-old infants. Pain, 2000. 84(2-3): p. 367-77.

[88] van Dijk, M., et al., Taking up the challenge of measuring prolonged pain in (premature) neonates: the COMFORTneo scale seems promising. Clin J Pain, 2009. 25(7): p. 607-16.

[89] Terstegen, C., et al., Measuring pain in children with cognitive impairment: pain response to surgical procedures. Pain, 2003. 103(1-2): p. 187-98.

[90] Duivenvoorden, H.J., et al., Pain assessment in profound cognitive impaired children using the Checklist Pain Behavior; is item reduction valid? Pain, 2006. 126(1-3): p. 147-54.

8.4 Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)

In Nederlandse ziekenhuizen worden vrijheidsbeperkende interventies (VBI) regelmatig toegepast^[91]. Het toepassen van een vrijheidsbeperkende interventie is, hoewel soms noodzakelijk, ook risicovol^[92]. Jaarlijks raken patiënten gewond en zijn er dodelijke slachtoffers te betreuren door onzorgvuldig gekozen en/of toegepaste interventies^[93]. Om de patiëntveiligheid bij de toepassing van VBI in ziekenhuizen te verbeteren, is deze indicator in multidisciplinaire samenwerking ontwikkeld.

Commitment vanuit de organisatie draagt op een cruciale manier bij aan patiëntveiligheid. Eén beleid rondom VBI dat vertaald is in één protocol, zodat er multidisciplinaire besluiten genomen kunnen worden die gericht zijn op preventie, alternatieve interventies en in het uiterste geval, het zorgvuldig toepassen van VBI. Indien het toepassen van VBI onvermijdelijk is, dan dient de interventie de minst ingrijpende keuze te zijn en daarbij het meest geschikt. Alleen in het uiterste geval, waarin een mildere interventie niet volstaat dient gekozen te worden voor een zware VBI. Inzicht in het aantal toegepaste VBI, en de verhouding tussen zware en milde interventies ontbreekt. Dit kan ertoe leiden dat kwaliteit van zorg achterblijft. De beschikbaarheid van deze cijfers is ondersteunend om bewuster, veiliger en minder zware VBI in het eigen ziekenhuis te bewerkstellingen.

Tenslotte zullen zorgprofessionals deskundig en bekwaam moeten zijn om aan goede besluitvorming te doen, en in het zorgvuldig toepassen van VBI. Dit zijn de twee aspecten waar de indicator VBI zich in 2020 op zal richten.

8.4.1 Indicator Middelen voor toepassen VBI

VBI in de zorg zijn interventies die ‘beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van patiënten’. In de meeste gevallen gaat het om de bewegingsvrijheid van de patiënt. VBI wordt in vijf scoregroepen onderverdeeld:

- VBI score 1: belmat/bedsensor, bewegingsalarm/bewegingssensor, extra laag bed, opsta alarm, verlaten kamer alarm, onvrijwillige halve bedhekken.
- VBI score 2: akoestische bewaking (in of uitluistersysteem/microfoon).
- VBI score 3: arm- en beenspalk, cameratoezicht, rolkussen/bedpositioneringskussen, veiligheidshandschoen, wigvormig kussen/kantelkussen.
- VBI score 4: onvrijwillige bedhekken, beschermhelm, tentbed, tafelblad/rolstoelblad^[94].
- VBI score 5: pols- en/of enkelbanden, onrustband, stoelfixatie, verpleegdekken.

Onder VBI score 5 wordt een zware VBI verstaan.

- **Inclusiecriteria:**
 - Alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten ≥ 16 jaar, inclusief de Spoedeisende Hulp (SEH).
 - Voor deze indicator wordt VBI in het kader van de WGBO geïnccludeerd, ongeacht de afdeling waar dit wordt toegepast.
- **Exclusiecriteria:**
 - Chemische VBI; gedragsbeïnvloeding d.m.v. medicatie.
 - VBI als dwangmaatregel binnen de BOPZ (of vervangende, vergelijkbare wetgeving) op bijvoorbeeld een PAAZ wordt geëxcludeerd

Welke type interventies zijn in uw ziekenhuis beschikbaar? Kruis aan per VBI score, indien tenminste één middel uit de scoregroep beschikbaar is in uw ziekenhuis.
Toelichting per score welke middelen dit zijn.

- ☐ VBI score 1, toelichting:
- ☐ VBI score 2, toelichting:
- ☐ VBI score 3, toelichting:
- ☐ VBI score 4, toelichting:
- ☐ VBI score 5, toelichting:

[91] Halfens R, Meesterberends E, Meijers J, et. al. Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2012. 2012:111.

[92] Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Handreiking Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij... Utrecht: V&VN, 2013.

[93] Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden, Circulaire 2008-06-IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg.

[94] Tafelblad/rolstoelblad wordt in de V&VN handreiking zowel in groep 4 als 5 ingedeeld. Voor de indicator wordt tafelblad/rolstoelblad ingedeeld in scoregroep 4.

Is bekend bij hoeveel klinisch opgenomen patiënten een VBI score 5 is toegepast?
Toelichting: U dient bij deze vraag alleen de toegepaste VBI met score 5 te registreren.

☐ ja ☐ nee ☐ n.v.t.

Gezien het geringe aantal patiënten met de VBI score 5 wordt een centraal meldpunt aangeraden. Een aanpassing van het EPD is gezien het lage aantal patiënten niet noodzakelijk. Voor de andere typen VBI hoeven geen data te worden aangeleverd.

Teller: aantal opgenomen patiënten in het verslagjaar waarbij een VBI score 5 is toegepast.

Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

8.4.2 Indicator Deskundigheid zorgprofessional

Het op een correcte en deskundige wijze toepassen van VBI vergt kennis, vaardigheden en attitude van de verzorgende/ verpleegkundige^[95], de verpleegkundig specialist en de medisch specialist/ arts-assistent. Het gaat om het signaleren van risicogedrag, inzicht hebben in preventieve en alternatieve interventies en (mildere) vormen van VBI, inzicht hebben in de risico's van het toepassen van VBI en hier adequaat en professioneel naar handelen. Wanneer voor VBI wordt gekozen is een correcte praktische toepassing essentieel om gezondheidsrisico's voor de patiënt te voorkomen^[96]. Het is belangrijk om de deskundigheid van alle betrokkenen op het gebied van VBI te onderhouden en te bevorderen, zodat op het juiste moment de best passende oplossing wordt gekozen en de veiligheid van de patiënt is gewaarborgd. Ziekenhuizen stellen verschillende eisen aan het scholen van hun professionals met betrekking tot VBI. NFU en NVZ zijn in het Convenant Veilige Toepassing Medische Technologie overeengekomen dat 'het ziekenhuis een procedure heeft die leidt tot registratie van bevoegdheid en bekwaamheid van gebruikers om met de toegepaste hulpmiddelen zelfstandig handelingen te verrichten. Uit deze registratie blijkt ook wanneer herscholing noodzakelijk is om de bevoegdheid en bekwaamheid op het vereiste niveau te houden'.^[97]

Verplicht

De term verplicht houdt in dat alle zorgprofessionals die onder de inclusiecriteria vallen deze scholing aantoonbaar hebben gevolgd. Indien dit niet het geval is, is bekend zijn wanneer deze gevolgd wordt. Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten zonder deze scholing mogen de handelingen niet uitvoeren. Het heeft gezien de lage frequentie van voorkomen in combinatie met het hoge risico bij toepassen van zwaardere vormen van vrijheidsbeperkende interventies, de voorkeur dat het praktijkgedeelte vaker geschoold wordt dan het theoretische gedeelte.

Cyclisch

Met een terugkerende frequentie per medewerker van tenminste 5 jaar zal de scholing plaats vinden.

Bed side teaching

Een manier van deskundigheidsbevordering waarbij artsen en verpleegkundigen aan het bed en in aanwezigheid van de patiënt de VBI bespreken: zowel het probleem gedrag, analyse daarvan, alternatieven en de huidige VBI. Deskundigheidsbevordering met betrekking tot het beleid, protocol en praktische werkwijze van het ziekenhuis komt eveneens aan bod.

[95] <http://www.venvn.nl/Themas/Beroepsprofielen>

[96] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Circulaire nummer 2008-06-IGZ. Utrecht: IGZ, 2008.

[97] <https://www.igi.nl/zorgsectoren/medische-technologie/documenten/convenanten/2016/08/15/veilige-toepassing-van-medische-technologie-in-de-medisch-specialistische-zorg>

- **Inclusiecriteria:**
 - Alle gediplomeerde verzorgenden/verpleegkundigen niveau 3 of hoger, alle verpleegkundig specialisten en alle artsen (medisch specialisten/A(N)IOS) die werkzaam zijn in het ziekenhuis.
- **Exclusiecriteria:**
 - Verzorgenden niveau 4, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en artsen die uitsluitend op poliklinieken of dagbehandelingen werken of uitsluitend op de afdelingen kindergeneeskunde, verloskunde en neonatologie worden geëxcludeerd.

Vindt er in uw ziekenhuis cyclisch theoretische en praktische scholing plaats voor verpleegkundigen/verzorgenden niveau 3 op het gebied van vrijheidsbeperkende interventies

- ☐ ja, zowel praktisch als theoretisch
☐ ja, alleen praktisch*
☐ ja, alleen theoretisch*
☐ nee*

Heeft deze scholing een verplichtend karakter?

- ☐ ja, zowel de theoretische als de praktische scholing zijn verplicht*
☐ ja, alleen de theoretische scholing is verplicht*
☐ ja, alleen de praktische scholing is verplicht*
☐ nee*

Welke mogelijkheden zijn er voor de artsen om deskundigheid met betrekking tot VBI te bevorderen? Meerdere opties zijn mogelijk.

- ☐ Er zijn periodieke, plenaire bijeenkomsten voor artsen in het ziekenhuis verzorgd door verpleegkundigen en/of artsen van het ziekenhuis met extra kennis en kunde met betrekking tot VBI
☐ Er is e-learning VBI voor artsen beschikbaar
☐ Artsen en verpleegkundigen met extra kennis en kunde met betrekking tot VBI verzorgen bedside teaching aan artsen
☐ Anders, toelichting
☐ Nee, er is geen deskundigheidsbevordering op gebied van VBI beschikbaar

Toelichting:

* Geef toelichting

9 Oncologie

In dit hoofdstuk komen de indicatoren aan bod die een rol spelen in het oncologisch proces. De indicatoren in dit hoofdstuk vallen allen binnen één of meer deelprocessen: diagnostiek, operatieve behandelingen en radiotherapeutische behandelprocessen. De indicator Vast aanspreekpunt in de oncologische keten is opgenomen in de basisset om de continuïteit van zorg in de oncologische keten te bevorderen.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op het oncologische proces, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

9.1 Oncologisch proces

De zorg binnen de oncologische keten is complex, waarbij vaak meerdere professionals en organisaties betrokken zijn. Om continuïteit in deze zorg te kunnen waarborgen is het van belang dat er een duidelijk aanspreekpunt is voor de oncologische patiënt. Dit aanspreekpunt of casemanager zorgt voor adequate communicatie met de patiënt over het totaal van beleid en proces. Door de structurele regie zal de overdracht verbeteren en wordt overlap en fragmentatie van zorg voorkomen, waardoor de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg toenemen. Daarnaast zal de kwaliteit van de begeleiding van de patiënt verbeteren^[98].

9.1.1 Indicator Vast aanspreekpunt in de oncologische keten

Elke patiënt gediagnosticeerd met kanker met complexe zorgvraag moet kunnen rekenen op een duidelijk aanspreekpunt of casemanager in de keten voor de oncologische zorg. Dit aanspreekpunt is in iedere periode van de zorg in het zorgpad/patiëntendossier traceerbaar. Voor de patiënt is duidelijk wie het aanspreekpunt is en hoe contact kan worden gelegd. Het aanspreekpunt is in staat om patiënten of diens vertegenwoordiger in contact te brengen met de relevante zorgverlener.^[99]

Een aanspreekpunt of casemanager kan onderscheiden worden in een logistiek casemanager (procesbewaker) en zorginhoudelijk casemanager. Met logistiek casemanager wordt een aanspreekpunt op logistiek gebied bedoeld, die de patiënt volgt in het zorgtraject, waarbij het doel is dat de patiënt het zorgpad vlot doorloopt, zonder onnodige vertragingen door logistieke oorzaken. De zorginhoudelijk casemanager is een aanspreekpunt dat zorginhoudelijke kennis heeft van het zorgpad en de patiënt zowel op lichamelijk, psychisch als op sociaal vlak kan ondersteunen. De logistieke en zorginhoudelijke taken van de casemanager kunnen door dezelfde persoon worden uitgevoerd, maar in complexere zorgpaden kunnen meerdere personen, ook hulpverleners binnen het niet-medische domein, deze taken samen invullen. De zorginhoudelijke rol past goed binnen het verpleegkundig- of medisch domein^[100]. Continuïteit van het aanspreekpunt/casemanager moet gewaarborgd zijn door vervanging te organiseren.

Voor goede en veilige ketenzorg leggen zorgverleners in het patiëntendossier vast^[101-104]:

- 1 wie de hoofdbehandelaar is of wie inhoudelijk de (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de behandeling van en zorgverlening aan de patiënt;
- 2 wie verantwoordelijk is voor de coördinatie en regie van de zorg (zorgcoördinator);
- 3 wie voor de patiënt of diens vertegenwoordiger het vaste aanspreekpunt is voor vragen.

[98] Zwarenstein M, Reeves S, Straus S, Pinfold P, Goldman J. Case management: effect on professional practice and health care outcomes (protocol). 2009:6.

[99] Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. SONCOS normeringrapport 3. Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS). 2015.

[100] Visiedocument Casemanagement in de oncologische keten. V&VN Oncologie. april 2010.

[101] Kwaliteitscriteria voor de zorg aan mensen geraakt door kanker. Nederlandse Federatie voor Kankerpatiënten-organisaties. 2012.

[102] Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG. Januari 2010.

[103] Zorgstandaard Kanker. NFK, KWF en IKNL. februari 2014
https://www.kanker.nl/uploads/file_element/content/5440/Zorgstandaard_Kanker_versie_3.0.pdf

[104] Blauwdruk vaste contactpersoon in de oncologische keten, UMC Utrecht Cancer Centrum, 2012.

- **Inclusie criterium:**
 - Alle patiënten die in het verslagjaar voor het eerst zijn gediagnosticeerd met een primaire borsttumor.
 - Registratiesuggestie: Patiënten met een initiële DBC met diagnosetyping: 318 en/of 811 en/of 105 en/of 316.
 - Alle patiënten die in het verslagjaar voor het eerst zijn gediagnosticeerd met een primaire colorectale tumor.
 - Registratiesuggestie: Patiënten met een initiële DBC met diagnosetyping: 333/334/335 en/of 927 en/of 610 en/of 102 en/of 325/326.

Indicator A Borstkanker

Is het aantal patiëntendossiers van patiënten met borstkanker waarin het zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg staat beschreven bekend?	☐ ja	☐ nee*
Heeft u een steekproef genomen?	☐ ja	☐ nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N= Selectiecriteria:		
Teller: het aantal patiëntendossiers van patiënten met borstkanker waarin het zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg is ingevuld.		
Noemer: het aantal patiëntendossiers van patiënten met borstkanker in het verslagjaar.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

Indicator B Darmkanker

Is het aantal patiëntendossiers van patiënten met darmkanker waarin het zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg staat beschreven bekend?	☐ ja	☐ nee*
Heeft u een steekproef genomen?	☐ ja	☐ nee
Indien ja, vul in: Populatiegrootte: N= Selectiecriteria:		
Teller: het aantal patiëntendossiers van patiënten met darmkanker waarin het zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncologische zorg is ingevuld.		
Noemer: het aantal patiëntendossiers van patiënten met darmkanker in het verslagjaar.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

* Geef
toelichting

9.2 Borstkanker

9.2.1 Indicator Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten

Tussen diagnose en de start van de behandeling is een wachttijd nodig om de patiënt bedenktijd te geven om de voor haar goede beslissing voor behandeling te nemen (met afweging voor wel/geen chemotherapie of eventueel behandeling in omgedraaide volgorde: eerst chirurgie, daarna chemotherapie).

In de tijd tussen PA-diagnose en neo-adjuvante chemotherapie wordt onder andere de patiënt besproken in het MDO, wordt de uitslag medegedeeld aan de patiënt, en moet de patiënt in de gelegenheid worden gesteld om een gesprek te voeren met de mammacareverpleegkundige, mamma-chirurg, medisch oncoloog en op indicatie met de radiotherapeut. Dit moet echter niet tot onnodige vertraging leiden. In navolging van de Indicatorenset NABON Mammaregistratie (versie 2011) wordt maximaal vijf weken aangehouden voor het interval tussen diagnose en de start van de behandeling. De meetperiode van de teller en de noemer mag afwijken van het verslagjaar, mits daarbij de volledige door het de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) geanalyseerde periode wordt gebruikt. Gegevens zijn door behandelend artsen in ziekenhuizen op te vragen bij de NKR.

- Definities
 - De bron van de teller en noemer is de NABON Breast Cancer Audit (NBCA). Indien een ziekenhuis zelf registreert, dient het de instructie voor de registratie van deze indicator op te vragen bij de NKR.
 - Bij verschillen tussen deze indicator en de indicator zoals die in de NABON staat, is de tekst van de NABON indicator leidend.
 - Met PA-diagnose wordt in deze indicator de datum bedoeld van het verrichten van de diagnostische procedure waarbij de eerste pathologische bevestiging van de tumor verkregen is, en niet de datum van PA-verslag of datum van mededeling van de PA-uitslag aan de patiënt.
 - Datum neo-adjuvante chemotherapie is de eerste dag waarop chemotherapie wordt gegeven.
 - 5 weken komt overeen met 35 kalenderdagen.
 - Bij overname van behandeling van een ander instituut, telt de datum van intake in het eigen ziekenhuis in plaats van de datum van de eerste PA-diagnose.
- Inclusie criterium:
 - Patiënten met een nieuw gediagnosticeerd invasief Mo mammacarcinoom met neo-adjuvante chemotherapie als initiële therapie.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een mammacarcinoom?

☐ ja ☐ nee*

Wordt er in uw ziekenhuis neo-adjuvante chemotherapie gegeven aan patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u een steekproef genomen?

☐ ja ☐ nee

Indien ja, vul in:
Populatiegrootte: N =
Selectiecriteria:

Teller: aantal patiënten in het verslagjaar met een nieuw gediagnosticeerd Mo mammacarcinoom dat binnen maximaal 5 weken na de PA-diagnose is gestart met neo-adjuvante chemotherapie.

Noemer: totaal aantal patiënten in het verslagjaar met als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie voor een nieuw gediagnosticeerd, invasief Mo mammacarcinoom.

* Geef toelichting

Percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PAdiagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

9.3 Longkanker

Longkanker is één van meest voorkomende vormen van kanker in Nederland, met een stijgende incidentie en nog immer slechte prognose. De diagnostiek en behandeling van patiënten met (een verdenking op) longkanker is multidisciplinair, waarbij de longarts de regievoerder in de zorgketen is. De laatste jaren heeft er een aanzienlijke concentratie plaats gevonden van de chirurgische behandeling van longkanker en bovendien heeft radiotherapie een belangrijke plaats in de behandeling van longkanker, waarbij het merendeel van de patiënten met longkanker moet worden verwezen naar een radiotherapie-instituut op een andere locatie dan daar waar de diagnose is gesteld.

Hierdoor is de zorgketen voor longkankerpatiënten steeds complexer geworden en is een goede samenwerking tussen de behandelaars binnen die keten en bewaking van de kwaliteit van de geleverde zorg essentieel.

9.3.1 Indicator Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren is meer inzicht in de factoren die leiden tot (on)gewenste uitkomsten van zorg noodzakelijk. Dit is een doel van diverse landelijke registraties, zoals de Dutch Lung Cancer Audit (DLCA). Sinds 2012 bestaat de Dutch Lung Surgery Audit, waarin de resultaten van longoperaties verricht door longchirurgen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) worden geëvalueerd. In 2015 hebben de Cardiothoracaal chirurgen van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) zich hierbij aangesloten. Daarnaast is in 2013 de Dutch Lung Radiotherapy Audit (DLRA) gestart vanuit de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie (NVRO) door het Landelijk Platform voor Radiotherapie bij Longtumoren (LPRL). In de DLRA worden de resultaten van de curatieve radiotherapeutische behandeling van longcarcinoom in Nederland geregistreerd. Voor een compleet zicht op de keten van diagnostiek en behandeling van patiënten met longkanker heeft de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) de registratie van de kwaliteit van het diagnostische traject en de systemische behandelingen hieraan toegevoegd zodat er in Nederland één multidisciplinaire ketenregistratie voor patiënten met longkanker is ontstaan, de DLC.

De DLCA stelt elk ziekenhuis in Nederland in staat kwaliteitsgegevens ten aanzien van de behandeling van longkanker patiënten landelijk te registreren. Behalve informatie over de uitkomsten van de behandeling voor longcarcinoom wordt ook gedetailleerde informatie verkregen over de kwaliteit van het zorgproces. Deze informatie wordt in een snelle feedback module (mijn DLCA) teruggekoppeld aan de individuele ziekenhuizen en behandelaars, gecombineerd met een landelijke benchmark. Zij worden daardoor in staat gesteld de eigen prestaties te vergelijken met andere ziekenhuizen en collega's met een vergelijkbare patiëntengroep (spiegelinformatie). Het is hierbij uitdrukkelijk de bedoeling dat geïndividualiseerde kwaliteitsinformatie aangewend wordt om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren, maar daarnaast ook het functioneren van de zorgketen te optimaliseren.

Inclusiecriteria voor indicator in basisset:

- Patiënten met een primair niet-kleincellig longcarcinoom (C34, maligniteit vanuit bronchus/ longparenchym).

In- en exclusiecriteria volgens DICA:

- **Inclusiecriteria:**
 - Stadium I-IV.
 - Behandeling met één of meerdere vormen van therapie: systemisch, radiotherapie, chirurgie of 'best supportive care'.
 - DBC diagnosetypering: 1303/1304 (long) 621/622 (interne).
 - ICD-10 diagnosecode: C34.
- **Exclusiecriteria:**
 - Maligniteit uitgaande van pleura of thoraxwand.
 - Sarcomen van de long.

A Worden in uw ziekenhuis patiënten gediagnosticeerd met en/of behandeld aan een primair niet-kleincellig longcarcinoom?

☐ ja

☐ nee

B Heeft u in het verslagjaar informatie over de patiënten gediagnosticeerd met primair niet-kleincellig longcarcinoom ingevoerd in de Dutch Lung Cancer Audit?

☐ ja

☐ nee*

Indien **ja** bij B:

Teller: aantal patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom waarvan gegevens in de registratie zijn ingevuld.

Noemer: totaal aantal patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom en behandeld in het ziekenhuis.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

C Worden in uw ziekenhuis patiënten met primair niet-kleincellig longcarcinoom behandeld met in opzet curatieve radiotherapie of chemoradiatie?

☐ ja

☐ nee

Indien **ja** bij C:

Teller: aantal patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom dat hieraan is behandeld met in opzet curatieve radiotherapie of chemoradiatie van wie minimaal de verplichte gegevens in de registratie zijn ingevuld.

Noemer: totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar in uw ziekenhuis/centrum in opzet curatief bestraald is in verband met een niet-kleincellig longcarcinoom.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

D Worden in uw ziekenhuis longchirurgische ingrepen uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee

Indien **ja** bij D:

Teller: aantal patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom, dat een resectie onderging voor een niet-kleincellig longcarcinoom waarvan de gegevens in de registratie zijn ingevuld.

Noemer: totaal aantal patiënten dat een resectie onderging voor een niet-kleincellig longcarcinoom in het verslagjaar in uw ziekenhuis/centrum.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

* Geef
toelichting

Toelichting:

9.4 Gastro-intestinale tumoren

9.4.1 Indicator Failure to rescue

Er is gekozen om de indicator 'failure to rescue' voor de chirurgische behandeling van het colorectaal carcinoom in te voeren. 'Failure to rescue' beschrijft het overlijden van patiënten, door mogelijk niet tijdig ingrijpen na het optreden van een complicatie. Deze indicator dient inzicht te geven in hoeverre ziekenhuizen in staat zijn om complicaties op een adequate manier op te vangen. De enige manier om deze gegevens aan te leveren is door de data over te nemen uit de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)^[105].

De tot nu toe uitgevraagde indicator 'on geplande re-interventies' gaf, wanneer deze niet in combinatie gezien werd met het percentage complicaties en mortaliteit, onvoldoende informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg aan patiënten met een colon of een rectum carcinoom. Wanneer er een complicatie optreedt, is de patiënt vaak gebaat bij een snelle reïnterventie, en kan het uiteindelijke resultaat ten goede komen.

De indicator failure to rescue beschrijft in hoeverre ziekenhuizen in staat zijn om complicaties op een adequate manier op te vangen, zodat de patiënt niet komt te overlijden aan deze complicatie.

- Inlusiecriteria:
 - Alle primaire rectumtumoren, waarvoor een wait-and-see strategie is afgesproken (ook zonder resectie). Indien de tumor na meer dan zes maanden na diagnose recidiveert bij een wait-and-see beleid, en hiervoor een resectie plaatsvindt, dient deze resectie niet in de DSCA te worden geregistreerd.
- Exclusiecriteria:
 - Endoscopische 'resecties', dysplastische poliepen, sarcomen, carcinoïden, melanomen, GISTen en lymfomen.
 - Loco-regionale of afstandrecidieven van een colorectaal carcinoom.

De in- en exclusiecriteria van DSCA zijn leidend. Deze indicator is identiek aan indicator failure to rescue nr. 15 van het indicatoren-document colorectaal carcinoom DSCA versie 2016.1 8-10-2015.

Teller: aantal patiënten binnen de groep van de noemer dat binnen 30 dagen na de ingreep, of tijdens de opname is overleden.

Noemer: aantal patiënten dat een electieve resectie heeft ondergaan vanwege een colorectaal carcinoom, waarbij een gecompliceerd beloop is opgetreden (transanale procedures worden geëxcludeerd).

Percentage (patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie failure to rescue optreedt) (wordt automatisch berekend): %

Gecorrigeerd^[106] percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie failure to rescue optreedt (over registratiejaar). %

Toelichting:

[105] Dutch Surgical Colorectal Audit (<http://dsc.a.clinicalaudit.nl>)

[106] Gecorrigeerd voor geslacht, BMI, leeftijd, Charlson co-morbiditeit score, ASA classificatie, preoperatieve tumor- complicaties, tumorlocatie,

uitgebreide resectie in verband met tumordoorgroei/metastasen, pT stadium, pM stadium.

9.5 Botmetastasen

9.5.1 Indicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen

Behandeling van (pijnlijke) botmetastasen maakt een belangrijk onderdeel uit van de (palliatieve) radiotherapie. Voor de kwaliteit van leven van de patiënt is het van belang dat de behandeling binnen korte tijd na aanmelding plaatsvindt.

Bij palliatie staat de kwaliteit van leven voorop. Pijnklachten door botmetastasen kunnen vaak goed gepallieerd worden met radiotherapie. Dit betreft in het algemeen 1 of 2 bestralingen of een korte serie. Bij ongeveer 20% van alle verwijzingen voor radiotherapie gaat het om botmetastasen.

Door de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NvRO) zijn normen opgesteld voor wachttijden (www.nvro.nl > richtlijnen)^[107]. De wachttijd is gedefinieerd als de tijd tussen de aanmelddatum en de start van de bestraling. Voor subacute bestralingen is de norm gesteld op 80% patiënten behandeld uiterlijk 7 dagen na aanmelding. De maximum wachttijd is gesteld op 10 dagen. Palliatieve radiotherapie van botmetastasen wordt beschouwd als een subacute behandeling. Met deze indicator zal inzichtelijk gemaakt worden in hoeverre aan deze norm wordt voldaan.

- **Definities:**
 - **Aanmelding:** Datum waarop patiënt telefonisch, dan wel via multidisciplinair oncologische bespreking dan wel schriftelijk voor het eerst is aangemeld bij de radiotherapeut, dan wel het instituut voor radiotherapie. De tijd die het instituut vervolgens nodig heeft voor het verzamelen van de benodigde gegevens is onderdeel van de wachttijd voor de patiënt.
 - **Bestraling:** De start van de bestraling. De datum waarop de patiënt voor het eerst bestraald wordt.
 - **Wachttijd:** Wachttijd tussen aanmelddatum (=A) en datum start van de bestraling (=B), dus A-B. Dus als de bestraling op dezelfde dag als de aanmelding plaatsvindt is de wachttijd 0 dagen.
- **Inclusiecriteria:**
 - Alle patiënten die palliatief bestraald worden voor een botmetastase. Het aantal fracties kan variëren tussen 1 en 6.
 - ICD-10 code: ICD-code voor botmetastasen kan worden geregistreerd als C41, met hier aan gekoppeld de code van de primaire tumor. Ook kan de code geregistreerd worden als C79.5.
- **Exclusiecriteria:**
 - Alle patiënten met botmetastasen die behandeld worden met meer dan 6 fracties of met stereotactische bestraling.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten met botmetastasen behandeld met (palliatieve) radiotherapie?

☐ ja ☐ nee

Zijn de wachttijden van de palliatieve radiotherapeutische behandelingen bekend?

☐ ja ☐ nee*

Hoe is de aanmelddatum bepaald?

- ☐ Datum waarop de patiënt (via brief, fax, telefoon, MDO, website) voor het eerst is aangemeld bij de radiotherapeut
- ☐ Anders, namelijk

Teller: aantal palliatieve radiotherapeutische behandelingen van botmetastasen dat tot en met 7 dagen na aanmelding (wachttijd) bestraald wordt.

Noemer: totaal aantal palliatieve radiotherapeutische behandelingen van botmetastasen.

Percentage patiënten dat tot en met 7 dagen na aanmelding is bestraald (wordt automatisch berekend):

%

* Geef toelichting

[107] <http://www.nvro.nl/kwaliteit/indicatoren>

Percentage patiënten dat na 7 dagen is bestraald
(wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

10 Hart en vaten

Hart- en vaatziekten zijn vanuit het oogpunt van de volksgezondheid belangrijke oorzaken van sterfte en invaliditeit. In de afgelopen decennia waren zij steeds doodsoorzaak nummer één in Nederland. Door de toegenomen medisch technologische mogelijkheden en bijvoorbeeld het dalen van het aantal rokers is de absolute sterfte aan een myocardinfarct van 1980 naar 2012 gedaald van 24.536 naar 9720^[108], maar er zijn nog meer verbeteringen mogelijk. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe. Op basis van huisartsenregistraties leven er naar schatting op dit moment tussen de 100.000 en 150.000 mensen met hartfalen in Nederland (puntschatting prevalentie voor 2008: 127.000)^[109]. Gezien het belang voor de volksgezondheid en de grote verschillen die nog bestaan in de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten zijn meerdere indicatoren opgenomen.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op hart en vaten, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

10.1 STEMI

10.1.1 Indicator Behandeling patiënten met een STEMI

Uitgangspunt bij de behandeling van patiënten met een acuut infarct is dat een Percutane Coronair Interventieprocedure (PCI) de voorkeur verdient boven de behandeling met thrombolytica indien het mogelijk is om een PCI uit te voeren binnen 120 minuten na het eerste contact (<90 minuten bij patiënten <75 jaar met een groot anterior infarct) en <12 uur na ontstaan van de klachten. Indien de delay naar verwachting groter is dan 120 minuten (of >90 minuten bij patiënten <75 jaar met een groot anterior infarct) kan met thrombolysen worden gestart moet de patiënt alsnog naar een PCI centrum worden vervoerd.

Het is bekend dat na opvang op een SEH of CCU van een STElevatie acuut infarct patiënt er onnodige delay kan ontstaan in het initiëren van de behandeling. Het is daarom belangrijk dat hierover ook binnen het ziekenhuis afspraken zijn gemaakt.

De zorg voor patiënten met een acuut myocardinfarct (<12 uur na ontstaan klachten) kan sterk worden verbeterd door een aantal punten in acht te nemen en om te zetten in regionale zorgafspraken.^[110,111]

Uitgangspunten regionale acuut infarct zorg:

- 1 Voor iedere patiënt met een STElevatie acuut infarct (<12 uur na ontstaan klachten) is het van belang om zo snel als mogelijk in een ervaren PCI centrum te worden gepresenteerd.
- 2 Dit kan slechts door op regionaal niveau de zorg voor deze patiënten te organiseren, waarbij afspraken worden gemaakt met onder andere regionale ambulancediensten, huisartsenposten, PCI centra en niet PCI centra. De implementatie van een regionaal netwerk gebaseerd op prehospital diagnose, transport naar PCI centrum en start behandeling in de ambulance heeft een klasse I, level of evidence A, gekregen in de nieuwe ESC/EACTS guideline.
- 3 Ook voor patiënten die zich melden in een niet PCI centrum is het belangrijk dat diagnose en vervoer naar een PCI centrum goed zijn geregeld.

Uit recent onderzoek is gebleken dat patiënten met een STElevatie myocardinfarct (STEMI) gebaat zijn bij adequate hartrevalidatie en dat in Nederland hieraan te weinig patiënten deelnemen^[112]. Derhalve wordt met deze indicator vastgesteld of mensen met een STEMI nu deelnemen aan revalidatie, conform de richtlijn Hartrevalidatie. Het meetpunt in de indicator is de intake van het hartrevalidatieprogramma. Voor deze indicator geldt dat alle patiënten met een STEMI die vanuit het bevestigde centrum zijn ontslagen naar huis of het (verzorgings)/verpleeghuis dienen te worden meegenomen in de telling. Patiënten met een STEMI vormen reeds een onderdeel van de andere indicatoren die gerelateerd zijn aan de evaluatie van de acute infarct zorg in Nederland.

[108] Statline.cbs.nl. Geraadpleegd op 22 juni 2015: http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=7052_95&D1=43&D2=0&D3=0&D4=0,10,20,30,40,50,60,62-63&HDR=G1,G2,G3&STB=T&VW=G.

[109] Engelfriet PM, Hoogenveen RT, Poos MJ, Blokstra A, van Baal PHM, Verschuren WMM. Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en de toekomst. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2012.

[110] Volgens de (meest recente) European Society of Cardiology (ESC)/European Association for Cardio-Thoracic surgery (EACTS) guideline voor myocardiale revascularisatie.

[111] Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2010 Oct;31(20):2501-55. Epub 2010 Aug 29.

[112] Revalidatiecommissie NVVC / NHS en projectgroep PAAHR, Multi-disciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie 2011.

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | Verricht uw ziekenhuis PCI procedures? | ☐ nee
☐ ja, maar niet bij patiënten met een STEMI
☐ ja, en ook bij patiënten met een STEMI |
| 2 | Wanneer worden deze procedures uitgevoerd? | ☐ Alleen tijdens kantooruren
☐ 7x24 uur per week |
| 3 | Teller: aantal patiënten dat binnen 30 dagen na PCI voor STEMI is gestorven (exclusief patiënten die in een reanimatiesetting zijn binnengekomen) | |
| 4 | Noemer: totaal aantal patiënten met een PCI voor STEMI | |
| 5 | Percentage (wordt automatisch berekend): | % |

Vragen voor alle ziekenhuizen

De vragen over hartrevalidatie gelden voor alle ziekenhuizen waar de ‘behandelend cardioloog’ de patiënt ontslaat naar huis of het verzorgings-/verpleeghuis. Dit kunnen ziekenhuizen zijn die zelf PCI-procedures uitvoeren, maar ook ziekenhuizen die PCI procedures elders laten uitvoeren. De behandelend cardioloog is degene die voor hartrevalidatie doorverwijst.

- | | |
|---|--|
| Speelt uw ziekenhuis een rol in het zorgproces (bijv. diagnostiek, behandeling of nazorg) van PCI-patiënten? | ☐ ja ☐ nee |
| 6 Biedt uw ziekenhuis patiënten na een STEMI zelf een op maat gemaakt programma voor hartrevalidatie aan? | ☐ ja
☐ nee, wij verwijzen de patiënten naar programma voor hartrevalidatiecentrum*
☐ nee* |
| 7 Is bekend bij hoeveel patiënten na een STEMI hartrevalidatie is verzorgd? | ☐ ja ☐ nee |
| 8 Teller: aantal patiënten dat na een STEMI is ontslagen naar huis of verzorgings/verpleegtehuis en minimaal een intake voor hartrevalidatie hebben gehad (DBC code 821). | |
| 9 Noemer: totaal aantal patiënten met een STEMI (DBC code 204, ST-elevatie myocardinfarct) dat is ontslagen naar huis of verzorgings/verpleegtehuis | |
| 10 Percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad (wordt automatisch berekend): | % |

Toelichting:

* Geef toelichting

10.2 Pacemakers en ICD's

10.2.1 Indicator Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's

Conventionele pacemakers voor de behandeling van brady-aritmieën worden in vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland ingebracht. Dat geldt niet voor pacemakers in het kader van resynchronisatietherapie bij hartfalen (biventriculaire pacemakers) en ICD's met of zonder biventriculaire pacing. Mogelijke complicaties van genoemde ingrepen zijn lead-dislocaties, systeemfailures, infecties en bloedingen. Met de voorgestelde indicator wordt een poging gedaan om zicht te krijgen op het proces rondom de procedure en de follow-up hiervan. Indien een instelling een opvallend aantal re-interventies heeft doordat zij verwezen patiënten uit andere ziekenhuizen behandelen voor hun pace-maker problemen, moet dat apart in de toelichting worden vermeld. In de toelichting dienen alle instellingen te vermelden of zij vinden dat de resultaten laag, hoog of volgens de norm zijn en waarom.

- Exclusie criterium:
 - Implanteerbare devices zonder cardiostimulatiefunctie.

Teller: Hoe vaak is in het verslagjaar een interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid uitgevoerd om een device-, lead-, of proceduregerelateerd probleem op te lossen van een pacemaker of ICD ongeacht het type, waarbij de primaire ingreep lag tussen 1 oktober van het jaar voorafgaande aan het verslagjaar en 31 december van het verslagjaar zelf (ook al vond de primaire ingreep in een ander centrum plaats)?^[113]

Noemer: Totaal aantal pacemakers of ICD's ongeacht het type ingebracht in het ziekenhuis in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

10.3 Carotischirurgie

Het is aangetoond dat bij patiënten met een symptomatische carotisstenose de kans op een (nieuw) herseninfarct het kleinst is als carotisendarteriëctomie snel na een TIA of niet-invaliderend herseninfarct plaatsvindt. Bij een relatief lange tijdsduur tussen TIA/herseninfarct en interventie lopen veel patiënten het risico op een tweede ernstiger event in deze wachttijd tot operatie. De beste behandeling van deze patiënten is daarom om de wachttijd tussen eerste event en operatie zo kort mogelijk te houden. Er is echter een hoog risico op interventiegerelateerde sterfte en herseninfarct bij een operatie <72 uur beschreven^[114]. Ook al is het risico op een procedureel herseninfarct mogelijk hoger, dan moet dit complicatiepercentage worden afgewogen tegen het aantal herseninfarcten dat kan worden voorkomen als men consequent in de zeer vroege fase opereert^[115]. In de huidige klinische praktijk wordt carotisendarteriëctomie om deze reden doorgaans niet in de hyperacute fase (<48 uur) verricht, maar wel daarna zo snel mogelijk, als het kan binnen twee weken na het optreden van het ischemisch event. Echter, indien er door omstandigheden (bijvoorbeeld patiënt of doctor delay) er vertraging optreedt, dan kan een operatie nog steeds zinvol zijn tot drie maanden na de TIA of het infarct.

[113] Hierbij wordt elke hernieuwde interventie binnen 90 dagen afzonderlijk geteld, dus ook als dat er meerdere zijn geweest bij een patient. Het plaatsen van een nieuwe (of verwisselde) device of draad, meestal na een aantal jaar, moet gezien worden als een (nieuwe) primaire interventie en dan gelden de 90 dagen opnieuw.

[114] National Institute for Clinical Excellence (NICE). National clinical guideline for stroke. Fourth edition 2012. <http://www.nice.org.uk>

[115] Naylor AR. Time is Brain. The Surgeon 2007;5:23-30.

10.3.1 Indicator Tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseninfarct

Het is aangetoond dat bij patiënten met een symptomatische carotisstenose de kans op een (nieuw) herseninfarct het kleinst is als carotisendarteriëctomie op korte termijn na een TIA of niet-invaliderend herseninfarct plaatsvindt. In de richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding wordt aanbevolen de operatie bij voorkeur binnen twee weken na de eerste symptomen uit te voeren. Voor de indicator is gekozen voor het tijdstip van “presentatie in de tweede lijn” als startpunt en niet voor tijdstip van de eerste symptomen. Delay van de patiënt zelf of de huisarts ligt te ver buiten de invloedssfeer van het ziekenhuis. De delay na de oogarts en bij tertiaire verwijzing is wel de verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Verbetering lijkt vooral mogelijk bij patiënten die voor de ingreep worden doorverwezen naar een tertiair centrum^[116], en bij patiënten met oculaire verschijnselen. Om te onderzoeken of een tertiaire verwijzing meer vertraging heeft dan een interne verwijzing kan in de DACI-registratie onderscheid worden gemaakt tussen deze twee groepen patiënten. De indicator ‘tijd tot operatie’ heeft als doel het proces te optimaliseren waardoor de gemiddelde tijd tot operatie afneemt.

Probleemstelling

De laatste jaren is binnen Nederlandse centra de tijd tot operatie al behoorlijk gereduceerd. Desalniettemin werd in 2012 nog de meerderheid van de patiënten niet binnen twee weken geopereerd. Ook de resultaten uit 2015 over het onderdeel carotisstenose (Hart en Vaten) van de Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van de inspectie lieten zien dat de mediane tijd tot operatie nog altijd 11 dagen (range 6-16 dagen) was en 7% van de patiënten zelfs niet binnen 3 weken werd geopereerd. Ook in centra met specifieke focus op het carotis-behandeltraject blijkt de mediane vertraging van acht dagen work-up bij uitgebreide TIA-screening moeilijk te verbeteren^[117].

Hoewel het dus wenselijk is om de operatie binnen twee weken uit te voeren, kunnen er omstandigheden zijn (logistieke redenen, wens of comorbiditeit van de patiënt) waardoor vertraging optreedt. Ook binnen drie maanden na een TIA of niet-invaliderend infarct kan een operatie nog zinvol zijn.

- Definities
 - Definities aanhouden zoals die bij de DACI gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DACI leidend.
 - Niet-invaliderend herseninfarct: herseninfarct zonder of met lichte restverschijnselen.
 - Moment van presentatie: datum eerste consult tweede lijn, neuroloog of oogarts (bij amaurosis fugax of oculair ischemisch syndroom). De dag van presentatie telt als dag 0.
 - In de DACI worden de volgende items vastgelegd:
 - Symptomen
 - Datum eerste klachten/symptomen
 - Datum eerste consult tweede lijn
 - Specialisme eerste consult
 - Datum verwijzing vaatchirurg/MDO
 - Datum operatie
 - Tertiair of intern verwezen
 - Relevante informatie voor verwijsbrief: Om het opererende ziekenhuis in de gelegenheid te stellen de periode tussen aanmelding in het eerste ziekenhuis en verwijzing te registreren zullen er een aantal elementen in de verwijsbrief moeten worden opgenomen, namelijk:
 - Symptomen
 - Datum eerste klachten/symptomen (uitvalsverschijnselen) en dus datum ontstaan van de TIA of het niet-invaliderende herseninfarct
 - Datum eerste consult tweede lijn door neuroloog of oogarts (bij amaurosis fugax of oculair ischemisch syndroom)
 - Specialisme eerste consult
 - Datum verwijzing vaatchirurg of MDO
- Inclusiecriteria:
 - Alle patiënten met een carotisendarteriëctomie vanwege een symptomatische carotisstenose (na een TIA of niet-invaliderend herseninfarct)
 - TIA of niet-invaliderend infarct: DBC-code: 0330.11.1112 TIA (incl. amaurosis fugax) / 0330.11.1111 (onbloedige beroerte)
 - Operatie: Carotisendarteriëctomie. DBC-behandelcode: Heelkunde 0303.11/.21.402 (Carotidopathologie)
 - Zorgactiviteit: 33450: Reconstructie aan een slagader zoals arteria carotis door middel van transplantaat, endarteriectomie of patch
 - De in- en exclusiecriteria komen overeen met de DACI-registratie

[116] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2013.

[117] Rudarakanchara N, Halliday AW, Kamugasha D, et al. Current practice of carotid endarterectomy in the UK. Br J Surg. 2012;99:209-216.

- *Exclusiecriteria:*
 - *Patiënten die een stent hebben gehad*
 - *Asymptomatische patiënten*

Worden er in uw ziekenhuisorganisatie carotis-endarterectomieën uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?

☐ ja ☐ nee

Worden er in uw ziekenhuis ook patiënten geopereerd die door andere ziekenhuizen, inclusief andere locaties van uw ziekenhuisorganisatie, verwezen zijn?

☐ ja ☐ nee

Indien **ja**, rapporteer voor deze twee patiëntengroepen apart:

A: eigen ziekenhuis
B: verwezen patiënten

Indien **nee**, rapporteer alleen A

Teller A: aantal patiënten met een interval langer dan 2 weken (14 dagen) tussen het moment van presentatie bij de neuroloog/oogarts in het eigen ziekenhuis wegens een TIA of niet-invaliderend herseninfarct en de carotisendarteriëctomie.

Noemer A: totaal aantal intern verwezen patiënten met een carotisendarteriëctomie uitgevoerd in het ziekenhuis.

Teller B: aantal patiënten met een interval langer dan 2 weken (14 dagen) tussen het moment van presentatie bij de neuroloog/oogarts in het verwijzende ziekenhuis wegens een TIA of niet-invaliderend herseninfarct en de carotisendarteriëctomie.

Noemer B: totaal aantal extern verwezen patiënten met een carotisendarteriëctomie uitgevoerd in het ziekenhuis.

Teller C: Aantal patiënten met een interval langer dan 14 dagen tussen het moment van presentatie bij de neuroloog/oogarts wegens een TIA of niet-invaliderend herseninfarct en de carotisendarteriëctomie.

Noemer C: Totaal aantal patiënten met een carotisendarteriëctomie uitgevoerd in het ziekenhuis

Percentage (teller A: noemer A)
(wordt automatisch berekend):

%

Percentage (teller B: noemer B)
(wordt automatisch berekend):

%

Percentage (teller C: noemer C)
(wordt automatisch berekend):

%

* Geef
toelichting

De mediaan in aantal dagen tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog/oogarts wegens een TIA of niet-invalidiserend infarct en de carotisendarteriëctomie.

Indien u geen carotisendarteriëctomieën uitvoert:
Naar welk(e) ziekenhuis (ziekenhuizen) verwijst u deze patiëntengroep?*

Hoeveel patiënten heeft u in het verslagjaar naar deze ziekenhuizen verwezen?*

Toelichting:

10.3.2 Indicator Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie

Als een patiënt een operatie ondergaat voor de symptomatische carotisstenose is het van belang het om het procedurele risico zo laag mogelijk te maken. De operatie zelf heeft een laag maar onvermijdbaar risico op een herseninfarct of overlijden; in de postoperatieve periode kan ook een recidief herseninfarct of een hersenbloeding optreden. Sommige onderzoeken vinden een hoger risico bij vroeg opereren, andere niet. De afweging moet dus zijn of het gunstige effect van vroeg opereren opweegt tegen het mogelijk verhoogde risico op complicaties. Omdat de uitkomst van carotisendarteriëctomie dus enerzijds samenhangt met snelheid van opereren en anderzijds mogelijk met het aantal complicaties, en deze onderling ook gerelateerd zijn, is een combinatie van deze twee indicatoren logisch.

Probleemstelling

In Het Resultaat Telt 2014^[118] hebben 60 ziekenhuizen gegevens aangeleverd over het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens opname een beroerte doormaakt of overlijdt. Gemiddeld lag het percentage complicaties na een carotisingreep op 3,4% voor any stroke/death (in 2013 was dit 1,9%, dit komt doordat in 2013 alleen 'major stroke' werd gerapporteerd en in 2014 'any stroke'). Het percentage 'major stroke/death' was 1,7%. Dit is een verbetering van 0,2% ten opzichte van 2014.

In de publicatie van Tsantilas was het totale percentage beroerte of overlijden tijdens de opname 2,5%^[119]. In de International Carotid Stenting Study werd in de arm die carotisendarteriëctomie onderging 3,3% recidief stroke binnen 30 dagen gerapporteerd, en 4% recidief stroke, myocardiinfarct en overlijden^[120].

Tot weken na de ingreep kan een cerebraal hyperperfusiesyndroom ontstaan. Het cerebraal hyperperfusiesyndroom, de meest ernstige complicatie, is potentieel dodelijk. Door hyperperfusie van de hersenhelft waarin kort daarvoor ook een TIA of licht herseninfarct is opgetreden, kan er een stijging van de bloeddruk optreden, die zodanig kan zijn dat patiënten daar hoofdpijn en braken door krijgen en zelfs een hersenbloeding en een hoger risico lopen op het oplopen van een recidief herseninfarct.

Doelstelling

Doelstelling van de indicator is inzicht krijgen in het aantal complicaties, gerelateerd aan snelheid van operatie.

- Inslusiecriteria:
 - (teller) Alle oorzaken van overlijden en alle postoperatieve neurologische events binnen 30 dagen na carotisendarteriëctomie. Een neurologisch event wordt hierbij gedefinieerd als nieuwe neurologische uitval in tegenstelling tot voorbijgaande toename van pre-existente uitval (definitie DACI).
 - (noemer) Alle patiënten die **carotisendarteriëctomie** ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose (TIA of niet-invalidiserend herseninfarct).

[118] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2014.

[119] Tsantilas P, Kuehl A, König T, Breitzkreuz T, Kallmayer M, Knappich C, et al. Short time interval between neurologic event and carotid surgery is not associated with an increased procedural risk. Stroke 2016;47: 2783-2790.

[120] Doig D, Turner EL, Dobson J, Featherstone RL, de Borst GJ, Stansby G, et al.; ICSS Investigators. Risk factors for stroke, myocardial infarction, or death following carotid endarterectomy: results from the International Carotid Stenting Study. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2015;50:688-94.

* Geef
toelichting

Wordt in uw ziekenhuis carotisendarteriëctomie uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee

Teller: Aantal patiënten dat carotisendarteriëctomie ondergaat vanwege een symptomatische carotis-stenose en dat binnen 30 dagen hierna een herseninfarct of hersenbloeding doormaakt of overlijdt.

Noemer: Aantal patiënten dat carotisendarteriëctomie ondergaat vanwege een symptomatische carotis-stenose.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

10.4 Thoraxchirurgie

10.4.1 Indicator Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

Diepe sternumwondproblemen is een complicatie die op kan treden na hartchirurgie en dus een onbedoeld resultaat van een hartoperatie. Deze sternumproblemen kunnen te wijten zijn aan verschillende variabelen binnen het geheel van het zorgproces tijdens en na hartchirurgie. Het percentage van optreden van mediastinitis geeft een indicatie voor ontstane ontstekingen tijdens of na een openhartoperatie.

Diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, is een ernstige complicatie met ernstige consequenties voor de patiënt: meestal volgt een verlengd ziekenhuisverblijf en hieraan gekoppeld verhoogde kosten. Tevens is het een probleem dat op verschillende niveaus bijsturing kan vereisen.

- **Inclusiecriteria:**
 - Definities aanhouden zoals die voor de landelijke Registraties Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) gebruikt worden. Bij verschillen tussen deze indicator en de indicator zoals die in de NVT registratie staat, is de tekst van de NVT registratie leidend.
 - Alle volwassen patiënten die een openhartoperatie ondergaan hebben en als dusdanig zouden moeten worden aangeleverd aan de landelijke risicogewogen mortaliteits en complicatie registratie van de NVT.
 - Definitie diepe sternumwondproblemen, mediastinitis: omvat spier, sternum, mediastinum en is positief als er sprake is van een of meer van de onderstaande criteria:
 - Chirurgische drainage/refixatie.
 - Positieve wondkweken.
 - ABtherapie vanwege sternumwond.

Worden in uw ziekenhuis openhartoperaties uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee*

Teller: Aantal patiënten bij wie diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, zoals bovenstaand gedefinieerd, voorkwamen tijdens de ziekenhuisopname na een openhartoperatie.

Noemer: Aantal patiënten dat in het verslagjaar een openhartoperatie onderging.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

* Geef toelichting

10.4.2 Indicator Stroke, met restletsel, na hartchirurgie

Stroke is een ernstige complicatie na volwassen hartchirurgie, die te maken kan hebben met zowel pre-, per- en postoperatieve aspecten van het totale operatieve proces. Stroke kan leiden tot de dood, maar ook toch ernstige langdurige en zelfs definitieve letsels, die patiënt zorgbehoefstig maken voor langer termijn of levenslang, met uiteraard ook financiële kosten. Na uitgebreide analyse is de indicator risk adjusted permanent stroke gedefinieerd als stroke met restletsel bij ontslag met exclusie van patiënten met een preoperative voorgeschiedenis van stroke (CVA & TIA). Door de exclusie van deze laatste patiëntengroep ligt de relatie tussen stroke veel meer bij pre-, per- en postoperatieve variabelen.

Deze 'stroke indicator' is integraal overgenomen vanuit het project 'quality measurement in adult cardiac surgery' uitgaande van de Society of Thoracic Surgeons (STS), waarbij een set van 21 structuur-, proces- en outcome indicatoren werden geselecteerd die een evidence based en accurate reflectie geven van de kwaliteit van de uitgevoerde chirurgie. De stroke indicator kan gebruikt worden voor ongeveer 80% van de uitgevoerd hartchirurgie bij volwassenen.

Richtlijn/norm

De STS geeft normen voor drie verschillende zorggroepen (operatietypes), deze drie groepen vormen ongeveer 80% van de uitgevoerde hartchirurgie in Nederland. Deze drie zorggroepen worden hieronder beschreven, met de incidentie van stroke, mediaan en de Interkwartiel range (IQR):

- Geïsoleerde aortacoronaire bypass (Ann Thorac Surg 2007;83:513-26): median 1.2% , inter kwartiel range (IQR) [1.1%-1.4%]
- Geïsoleerde aortaklepchirurgie (Ann Thorac Surg 2012;94:2166-2171): Median 17.8, IQR [14.5-21.6]
- Gecombineerde aortaklep+ CABG chirurgie (Ann Thorac Surg 2014;97:1604-1609): Median 24.4 (IQR), [20.2-29.2]

Doelstelling

- 1 Evaluatie van de kwaliteit van de uitgevoerde chirurgie in het licht van deze indicator
- 2 Evaluatie van het totale operatieve proces bij een te hoog (hoger dan de bovenste IQR) percentage
- 3 Evaluatie van het totale operatieve proces bij een laag (lagere dan de onderste IQR) als evaluatie van best practice

Definities

- Voor alle belangrijke begrippen* in deze indicator is de uitgangsdefinitie te vinden in het Handboek BHN registratieproject versie 4.0.1.
- Alle data kunnen ook gevonden worden in deze voor een thoraxcentrum verplichte registratie.

* Geïsoleerde CABG, geïsoleerde aortaklepchirurgie, gecombineerde aortaklepchirurgie, Stroke met restletsel, stroke zonder restletsel, voorgeschiedenis van CVA/TIA .

Inclusiecriteria

- Geïsoleerde CABG, geïsoleerde AVR, gecombineerde AVR+CABG

Exclusiecriteria

- Patiënten die een voorgeschiedenis hebben van CVA/TIA, wat wil zeggen: patiënten waarbij voor de ingreep een CVA of TIA is opgetreden.

Teller: Aantal patiënten dat een 'zorggroep'-operatie heeft ondergaan en dat postoperatief een stroke met restletsel heeft en geen voorgeschiedenis van cva en/of TIA had.

Noemer: Totaal aantal patiënten dat een 'zorggroep'-operatie heeft ondergaan zonder voorgeschiedenis van cva en/of stroke.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

10.5 Atriumfibrilleren

Atriumfibrilleren komt regelmatig voor. Onder mensen van 25 jaar tot 45 jaar is de prevalentie 0,04% en deze loopt op tot ongeveer 6% bij mensen van 75 jaar en ouder. Ruim de helft van de patiënten met atriumfibrilleren is ouder dan 75 jaar^[121]. Uit de literatuur blijkt dat het risico bij atriumfibrilleren op een trombo-embolische complicatie varieert van minder dan 0,5 tot meer dan 10 per 100 patiënten jaren^[122]. Patiënten met een kans van meer dan twee CVA-incidenten per 100 patiënten jaren hebben een indicatie voor antistolling^[123]. Het proces van het voorschrijven van antistolling kent echter risico's. De inspectie besteedt daar dan ook regelmatig aandacht aan. Een goede indicatiestelling is belangrijk voor het beheersen van die risico's.



10.5.1 Indicator Atriumfibrilleren

Het doel van de CHA₂DS₂-VASc score is het objectiveren van het risico op een CVA bij een patiënt met atriumfibrillatie. Patiënten met een hogere CHA₂DS₂-VASc score hebben meer kans op een CVA en dus ook een zwaardere indicatie voor het gebruik van antistolling^[124]. De Nederlandse vereniging voor cardiologie (Nvvc) heeft het besluit genomen dat bij elke patiënt met de diagnose atriumfibrilleren de CHA₂DS₂-VASc score vastgelegd moet zijn in het patiëntendossier.

Deze indicator is van toepassing voor alle organisaties waar cardiologische zorg wordt geleverd (ziekenhuizen en particuliere klinieken). Bij een CHA₂DS₂-VASc score ≥ 1 bij patiënten met atriumfibrilleren wordt geadviseerd een DOAC of vitamine K antagonist te geven of te continueren. Het doel van de indicator is om te kijken of cardiologen de richtlijnen volgen waarin dit wordt geadviseerd. Uitzondering is als de score van 1 alleen komt door het vrouw zijn van de patiënt. Verder kunnen er redenen zijn om bewust af te zien van DOAC of vitamine K antagonist omdat er bijkomende ziekte is.

Het verdient de aanbeveling om voor de start van de registratie met de in de instelling werkzame cardioloog te overleggen over de door hen gebruikte DBC-codering voor de aandoening atriumfibrilleren. De registratiesuggestie is initiële DBC met DBC diagnosetypering: 401 en 106.

- **Inclusiecriteria:**
 - Een patiënt die in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch is gediagnosticeerd met atriumfibrilleren/atriumflutter.

Levert uw instelling cardiologische zorg?

☐ ja

☐ nee

Indicator A Indicator Percentage nieuwe patiënten met atriumfibrilleren waarvan een CHA₂DS₂-VASc score werd vastgelegd^[125]

Is het aantal patiënten dat in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en waarvan een CHA₂DS₂-VASc score werd vastgelegd bekend?

☐ ja

☐ nee*

☐ n.v.t.*

Heeft u een steekproef genomen?

☐ ja

☐ nee

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N =

Selectiecriteria:

[121] NHG-Standaard Atriumfibrilleren 2013.

[122] Cage BF et al. Selecting Patients With Atrial Fibrillation for Anticoagulation Stroke Risk Stratification in Patients Taking Aspirin. *Circulation*. 2004; 110: 2287-2292 (<http://circ.ahajournals.org/content/110/16/2287.full>).

[123] 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Camm AJ et al. *European Heart Journal* (2012) 33, 2719-2747 (https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/33/2012_Guidelines_Focused_Update_Atrial_Fib_FT.pdf).

[124] Leidraad begeleide introductie van nieuwe orale antistollingsmiddelen. Werkgroep NOACs van de wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten (http://www.nvpc.nl/uploads/stand/NVPC121117_DOC-MW-Orde_Leidraad+NOAC_pdf118.pdf).

[125] Van elke patiënt waarbij als hoofddiagnose in het meetjaar atriumfibrilleren of atriumflutter volgens de DHD diagnose thesaurus referentie term oftewel de DBC codering (11)401 wordt geregistreerd (waarbij de begin datum registratie referentie term c.q. DBC in dat meetjaar valt) dient (minimaal) 1x een CHADSVASC score te zijn ingevuld.

* Geef toelichting

Teller: Aantal nieuwe patiënten dat in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en waarvan een CHA₂DS₂-VASC score werd vastgelegd.

Noemer: Aantal nieuwe patiënten dat in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Indicator B Percentage patiënten met CHA₂DS₂-VASC score ≥ 1 waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten of zijn gecontinueerd^[126]

Teller: Aantal nieuwe patiënten dat in het verslagjaar poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en een CHA₂DS₂-VASC score van ≥ 2 bij mannelijke patiënten en ≥ 3 bij vrouwelijke patiënten waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten of zijn gecontinueerd.

Noemer: Aantal nieuwe patiënten dat in het verslagjaar poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter met een CHA₂DS₂-VASC score van ≥ 1 .

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Hoe interpreteren de cardiologen de resultaten?

10.6 Doorlooptijd IAT

Intra-arteriële therapie (IAT) is sinds de Nederlandse MR CLEAN-studie¹ en een aantal internationale studies² bewezen effectief bij patiënten met een acuut herseninfarct met een arteriële occlusie in de voorste circulatie binnen 6 uur na het ontstaan van de symptomen. Deze behandeling wordt meestal gegeven na intraveneuze trombolysen (IVT). Voor zowel IVT als IAT geldt: hoe sneller hoe beter: 'time is brain'. IAT is een technisch complexe behandeling, die door een ervaren behandelteam wordt uitgevoerd. Gezien de hoog complexe, laag volume zorg is concentratie van deze zorg gewenst (zie Kwaliteitsstandaard Acuut herseninfarct). Naar schatting heeft +/- 25% van de patiënten met een acuut herseninfarct een dergelijke occlusie, waardoor bij een te grote concentratie veel (andere) patiënten kostbare tijd wordt verloren. Het is van belang dat in geval van overplaatsing van een IVT- naar een IAT-centrum door goede regionale afspraken een toegankelijke, snelle behandeling gecombineerd wordt met de juiste expertise op de juiste plaats. Deze indicator kan gelden als procesindicator om de zogenaamde deur-tot-deur-tot-lies tijd te gaan registreren, nl. de totale tijd vanaf het moment dat de patiënt in het eerste ziekenhuis de deur passeert, totdat via passeren van de tweede deur in het IAT-centrum de lies wordt aangeprikt.

[126] Van elke patiënt waarbij als hoofddiagnose in het meetjaar atriumfibrilleren of atriumflutter volgens de DHD diagnose thesaurus referentie term oftewel de DBC codering (11)401 wordt geregistreerd (waarbij de begin datum registratie referentie term c.q. DBC in dat meetjaar valt) dient (minimaal) 1x een CHADSVASC score te zijn ingevuld.

10.6.1 Indicator Doorlooptijd IAT

Voor de patiënt met een acuut herseninfarct is het van belang dat hij of zij zo snel mogelijk de optimale behandeling krijgt. Met de toevoeging van intra-arteriële therapie (IAT), uitgevoerd door ervaren behandelteams in specifieke IAT-centra, als behandeling voor het acute herseninfarct is niet alleen de werkwijze binnen een enkel ziekenhuis maar ook de regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en met de ambulancediensten van belang. Om een weerslag te geven van die samenwerking wordt de tijd geregistreerd tussen aankomst in het eerste (IVT-)ziekenhuis tot behandeling in het IAT-centrum.

- **Definities**
 - Definities aanhouden zoals die bij de DASA gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DASA leidend.
- **Herseninfarct**
 - Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
- **Inclusie**
 - Aantal patiënten met een herseninfarct dat met IAT behandeld is en dat hiervoor verwezen is vanuit een ander ziekenhuis.
- **Deur (1)**
 - Tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp van het verwijzende centrum. Indien patiënt reeds opgenomen is in het verwijzende centrum, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet.
- **Deur (2)**
 - Tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp van het IAT-centrum waarnaar verwezen is.
- **Lies**
 - Tijdstip van aanprikken van de lies voor start intra-arteriële behandeling.
- **Tijdseensheid**
 - Tijdseenheid in minuten.
- **Inclusiecriteria**
 - Herseninfarct (diagnosecode 1111)
 - Intra-arteriële trombectomie (verrichtingencode 039449 - begeleiding en interpretatie bij interventie door radioloog)
- **Exclusiecriteria**
 - Patiënten die zich primair presenteren in een IAT-centrum.

Mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd van het totaal aantal patiënten met een acuut herseninfarct dat vanuit een IVT-centrum naar een IAT-centrum verwezen is voor intra-arteriële therapie.

_____ aantal minuten

11 Bewegingsapparaat

Ziekten van het bewegingsapparaat zijn ziekten aan spieren, pezen, botten, gewrichten en bindweefsel. Nek- en rugklachten zijn de meest voorkomende ziekten van het bewegingsapparaat.

Het meest risicovol zijn heupfracturen en deze leiden tot een groot aantal ziekenhuisopnamen per jaar. De heupfractuur is onderdeel van een complex aan problemen die veel voorkomen bij kwetsbare ouderen. Het optreden van een heupfractuur bij een 'eenvoudige' val is een indicator voor kwetsbaarheid. Heupfracturen komen meestal voor bij ouderen en ongeveer een kwart van hen overlijdt binnen een jaar na het oplopen van de fractuur. Ook herstelt een kwart van de patiënten niet volledig^[127]. Gemiddeld overlijden jaarlijks zo'n 1.000 ouderen (55 jaar of ouder) aan de gevolgen van een heupfractuur en met de toename van de leeftijd neemt ook het risico toe om aan de gevolgen van een heupfractuur te overlijden.

Voor de behandeling van ziekten van het bewegingsapparaat worden vaak gewrichtsprothesen gebruikt. Het gebruik van dergelijke implantaten is risicovol door het ontstaan van infecties, bloedingen of perforaties tijdens het plaatsen van het implantaat, of het niet adequaat behandelen hiervan. Daarnaast treedt schade op door het ontstaan van ontwrichtingen (luxaties) na plaatsing van heupprothesen^[128].

Een andere groep klachten van het bewegingsapparaat zijn de gewrichtsziekten, de reumatologie. De behandeling hiervan is het laatste decennium drastisch veranderd door de invoering van monoklonale antilichamen, de zogenaamde biologicals. De behandeling met deze medicamenten heeft behalve grote voordelen ook risico's.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op het bewegingsapparaat, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

11.1 Reumatologie praktijk^[129]

In de reumatologie zijn kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie ontwikkeld en geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). Deze omvatten ondermeer een minimum norm voor het aantal werkende reumatologen en full time equivalent (fte) reumatologen per reumatologie praktijk.



11.1.1 Indicator Reumatologie praktijk

De norm voor het aantal reumatologen is dat binnen één reumatologie praktijk minimaal twee personen werken. De achterliggende reden is dat zowel intercollegiale toetsing, samenwerking, als continuïteit en toegankelijkheid suboptimaal is als een reumatoloog alleen werkt. Afgelopen decade zijn met enkele van het beperkt aantal huidige eenmans praktijken problemen geweest rondom meedoen en voldoen aan kwaliteit(her)visitatie. Dit betreft een structuur indicator, er is geen directe relatie met klinisch proces of uitkomsten, anders dan hierboven genoemd.

De norm voor het aantal fte reumatologen binnen één reumatologie praktijk is minimaal 1.6 fte en minimaal 0.4 fte per reumatoloog.

Probleemstelling

Binnen de 316 geregistreerde reumatologen in Nederland^[130] functioneren een tiental reumatologen als solo/eenmans praktijk. In de afgelopen decade is rondom visitaties van deze praktijken een aantal problemen geweest, waaronder niet meedoen aan visitatie, niet voldoen aan minimum normen, en niet voldoen aan minimum normen bij hervisitatie. Problemen betreffen met name:

[127] Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> versie 4.16, 5 juni 2014 <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/heupfractuur/>

[128] Langelan M, Broekens MA, de Bruijne MC, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Neder-

landse ziekenhuizen. Utrecht: EMGO+ instituut en NIVEL, Nederland; 2017 https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Monitor_Zorggerelateerde_Schade_2017.pdf

[129] Onder reumatologie praktijk wordt verstaan een reumatologisch samenwerkingsverband (praktijk, kliniek, maatschap, vakgroep etc.).

[130] Registratie Geneeskundige Specialisten <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/rgs/over-de-rgs.htm>.

- Ontbreken van intercollegiale toetsing op medisch handelen
- Suboptimale CANMED competenties^[131] betreffende samenwerken
- Geen goede borging continuïteit en toegankelijkheid buiten kantooruren en bij afwezigheid

Richtlijn/ norm

Kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie van de NVR.

Doelstelling

Het doel van deze indicator is om binnen 5 jaar geen reumatologie praktijken in Nederland te hebben die bestaan uit minder dan 1.6 fte reumatoloog, of – indien met 2 reumatologen werkzaam – met minder dan 0.4 fte per reumatoloog. De norm is dat er twee of meer reumatologen werkzaam zijn in een reumatologie praktijk. Dit zal de kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren.

- **Definities**
 - Reumatoloog: één RGS ge(her)registreerde medisch specialist reumatologie.
 - Een reumatologie praktijk: iedere organisatorische eenheid of rechtspersoon die medische zorg in de reumatologie verricht, daaronder begrepen solistisch werkende zorgverleners die beroepsmatig reumatologische zorg verlenen.
 - Fte: Full time equivalent, waarbij 1 fte = 1 reumatoloog die 45 uur of meer per week werkt, waarvan minimaal 16 uur patiënt-gebonden werk. In deze indicator kan één persoon niet meer dan 1.0 fte werken.
- **Inclusiecriteria:**
 - Alle reumatologie praktijken en reumatologen die patiënten behandelen in Nederland.
- **Exclusiecriteria:**
 - Reumatologen die geen patiënt gebonden werk doen (bijvoorbeeld bestuurlijk, onderzoek).

Zijn er reumatologen werkzaam in de instelling?

☐ ja ☐ nee

A Aantal reumatologen werkzaam in uw reumatologie praktijk op 31 december van het verslagjaar.

B Aantal fte reumatologen werkzaam in uw reumatologie praktijk op 31 december van het verslagjaar.

[131] CANMEDs competenties <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/competentiegericht-opleiden>.

12 Infectieziekten

Infecties vormen een van de belangrijkste groepen van complicaties bij vele vormen van behandelingen die patiënten in een instelling ondergaan. Uit de literatuur blijkt dat het percentage infecties kan worden teruggebracht door gegevens over infecties te registreren, te analyseren en te rapporteren (surveillance). Inzicht in het aantal en de soort infecties geven de instelling een handvat om het gevoerde preventiebeleid te evalueren en te bepalen waar verbeteracties mogelijk of nodig zijn. Daarom speelt infectiepreventie een belangrijke rol bij het inrichten van een verantwoord zorgproces.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op infectieziekten, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

12.1 Infecties na behandeling

Bij het voorkómen van infecties spelen adequate maatregelen op het gebied van infectiepreventie een rol. Veel ziekenhuizen voeren een gericht beleid om ziekenhuisinfecties te reduceren. Surveillance van ziekenhuisinfecties maakt deel uit van dit beleid. Voor particuliere klinieken is dit ook van belang. Het doel is optimalisatie van het infectiepreventiebeleid, waarvan het effect middels voortgaande surveillance kan worden gemeten. Onderstreept moet worden dat surveillance veel meer is dan het feitelijk registreren van infecties. De kenmerkende activiteiten van de surveillance van infecties zijn: het ontwikkelen van een methode van aanpak, het verzamelen (het daadwerkelijk registreren), verwerken, analyseren en interpreteren van de gegevens en het terugkoppelen naar de betreffende afdelingen en professionals; zonodig gevolgd door de implementatie van interventie maatregelen.

PK 12.1.1 Indicator Surveillance van postoperatieve^[132] infecties

Werden alle patiënten in het verslagjaar systematisch gecontroleerd op een postoperatieve infectie?

☐ ja

☐ nee*

Indien **ja**, gebeurde dit door:

Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren.

☐ ja

☐ nee

Alle patiënten te adviseren om bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met de instelling.

☐ ja

☐ nee

Alle patiënten te adviseren bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met een huisarts en de huisarts te vragen hierover te rapporteren.

☐ ja

☐ nee

Er is geen beleid.

☐ ja

☐ nee

Anders, namelijk:

PK 12.1.2 Indicator Ingrepen met infectie

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met (postoperatieve) infecties na invasieve ingrepen?

☐ ja

☐ nee*

* Geef toelichting

[132] Dit betreft alle operatieve en invasieve ingrepen.

Teller: Aantal patiënten met een (postoperatieve) infectie na een invasieve ingreep in het verslagjaar.

Toelichting:

12.2 Vroege herkenning sepsis

Sepsis is een levensbedreigende orgaan dysfunctie veroorzaakt door een verstoorde respons van het lichaam op een infectie. Sepsis komt vaak voor. 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 antibioticum-gebruik, verlengde IC en ziekenhuisopname en daardoor hoge zorgkosten.

Tijdige toediening van adequate antibiotica, controle van de infectiebron, voldoende vloeistofoediening en verbetering van de circulatie zijn de hoekstenen van de behandeling. Internationaal onderzoek laat zien dat vroege geprotocolleerde opvang van septische patiënten leidt tot betere uitkomsten, waaronder minder sepsis-gerelateerde mortaliteit en morbiditeit. Vroege herkenning van sepsis is hierbij essentieel. Doordat sepsis een erg heterogeen ziektebeeld is, dat kan worden veroorzaakt door verschillende infecties in een grote diversiteit aan patiënten, waarbij het stadium van presentatie ook nog sterk kan verschillen, vormt deze vroege herkenning een belangrijke uitdaging. Verschillende medisch specialismen en andere zorgprofessionals krijgen er frequent mee te maken. Daarnaast zijn er, afhankelijk van de ernst, meerdere disciplines betrokken bij de opvang en behandeling.

12.2.1 Indicator Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis



Het doel is om de vroege herkenning van sepsis in ziekenhuizen en particuliere klinieken te bevorderen, met als gevolg 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.

In de reeds bestaande structuurindicator van het VMS thema 'vitaal bedreigde patiënt' wordt het gebruik van een single- of geaggregeerde parametersysteem ((M)EWS) aanbevolen om sepsis vroegtijdig te signaleren op verpleegafdelingen, maar er worden geen aanbevelingen gedaan voor de spoedeisende hulp. Uit de literatuur is gebleken dat de (M)EWS ook bruikbaar lijkt op de spoedeisende hulp. De prognostische accuratesse voor mortaliteit van de MEWS en NEWS zijn matig, desalniettemin vergelijkbaar met de accuratesse op de algemene verpleegafdelingen. Het primaire doel van de indicator is het aanzetten tot invoering en toepassing van een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt in combinatie met de vraag of er een verdenking is op een infectie bij een verhoogde score op alle (dag)verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp met als doel de kwaliteit van de zorg en risicodetectie rondom de septische patiënt te verbeteren.

- **Definities**

Een vroegtijdig signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt bestaat uit een single- of geaggregeerd parametersysteem. Er wordt aanbevolen om de Early Warning Score (EWS) of de Modified Early Warning Score (MEWS) te gebruiken.

De extra vraag over verdenking op een infectie in het signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt moet luiden: 'Bij een verhoogde score, denkt u aan een infectie? Overweeg dan sepsis.'

- **Inclusiecriteria:**

- Alle (dag)verpleegafdelingen en spoedeisende hulp.

- **Exclusiecriteria:**

- ICU, Kindergeneeskunde, Neonatologie.

Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem op alle (dag) verpleegafdelingen?

☐ ja

☐ nee*

Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem op de spoedeisende hulp?

☐ ja

☐ nee*

Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem op alle (dag) verpleegafdelingen inclusief vraag over verdenking op infectie?

☐ ja

☐ nee*

Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem op de spoedeisende hulp inclusief vraag over verdenking op infectie?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:



12.2.2 Indicator Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis

In deze indicator dient er een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus voor signalering en follow-up bij patiënten met verdenking op sepsis aanwezig te zijn.

Een signaleringssysteem en het afnemen van een score alleen is niet voldoende, adequate follow-up en escalatie bij verhoogde scores zijn belangrijk. Gebrek aan goede documentatie van vervolgacties bij abnormale MEWS waarden is een barrière voor implementatie van MEWS en lokale richtlijnen. De mate van implementatie van het signaleringssysteem is van belang en heeft impact op de resultaten van een dergelijk signaleringssysteem. Structurele evaluatie van de toepassing van het signaleringssysteem is een belangrijk onderdeel om de implementatie van een signaleringssysteem te bevorderen en hiermee de herkenning en een adequate follow-up en escalatie bij dreigende sepsis te verbeteren.

Het primaire doel van de indicator is het aanzetten tot de invoering van een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus over de signalering en follow-up bij verdenking op sepsis met als doel de kwaliteit van de zorg en risicodetectie rondom de septische patiënt te verbeteren. Deze evaluatie kan onderdeel zijn van een groter cyclisch evaluatie traject in het de instelling. Dit kan toegelicht worden bij de indicator.

Structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus

Minimaal jaarlijkse (structurele) multidisciplinaire evaluatie van de signalering en follow-up bij verdenking op sepsis.

Beschikt uw instelling over een minimaal jaarlijkse structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus in zake signalering en follow-up bij verdenking op sepsis?

☐ ja

☐ nee*

Zijn er verbetermaatregelen getroffen naar aanleiding van deze evaluatie?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:



12.2.3 Indicator Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis

In deze indicator dient er aantoonbaar scholing te worden aangeboden en gevolgd voor vroege herkenning en follow-up bij verdenking van patiënten op sepsis gericht op de juiste implementatie van een vroegtijdig signaleringssysteem zoals beschreven in de eerste indicator. Iedere zorgprofessional die patiënten behandelt op (dag)verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp dient geschoold te worden in het herkennen van vitaal bedreigde patiënten of patiënten met verhoogde kans op sepsis. Niet alleen nieuwe medewerkers moeten worden geschoold. (Na)scholing moet een verplichte en regelmatig terugkerende activiteit zijn voor alle zorgprofessionals werkzaam in de primaire patiëntenzorg.

* Geef toelichting

De kwaliteitsindicator scholing is bedoeld om de vroege herkenning van sepsis te bevorderen en door middel van o.a. ABCDE training de opvang van de zieke patiënt te optimaliseren. Door kennis zal de intrinsieke motivatie voor het goed meten en rapporteren van de scores toenemen en de zorg verbeteren.

Een signaleringssysteem en het afnemen van een score alleen is niet voldoende, adequate follow-up en escalatie bij abnormale scores zijn belangrijk. De mate van implementatie is van belang en heeft impact op de resultaten van een dergelijk signaleringssysteem. Scholing is een belangrijk onderdeel om de implementatie van een signaleringssysteem te bevorderen en evalueren en hiermee de herkenning en een adequate follow-up en escalatie bij dreigende sepsis te verbeteren.

Het primaire doel van de indicator is het aanzetten tot de invoering van (verplichte) scholing voor zorgprofessionals werkzaam in de primaire patiëntenzorg met als doel de kwaliteit van de zorg en risicodetectie rondom de septische patiënt te verbeteren.

Scholing

Minimaal tweejaarlijks terugkerende scholing gericht op vroegtijdige herkenning en follow-up bij verdenking van sepsis gekoppeld aan het vroegtijdige signaleringssysteem zoals beschreven in de eerste indicator. De scholing is bedoeld voor zorgprofessionals op (dag)verpleegafdelingen en spoedeisende hulp werkzaam in de primaire patiëntenzorg. De precieze invulling van de scholing kan de instelling zelf bepalen, maar dit kan bijvoorbeeld worden ingebed in de ABCDE trainingen of scholing gericht op de vitaal bedreigde patiënt.

- *Inclusiecriteria:*
 - *Alle zorgprofessionals op (dag)verpleegafdelingen en spoedeisende hulp werkzaam in de primaire patiëntenzorg.*
- *Exclusiecriteria:*
 - *ICU, kindergeneeskunde, neonatologie.*

Beschikt uw instelling 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?

☐ ja ☐ nee*

Is deze scholing verplicht?

☐ ja ☐ nee* ☐ deels*

Registreerde uw instelling het aantal medewerkers dat scholing heeft gevolgd om de bewustwording voor de vroegtijdige herkenning van sepsis te vergroten?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

12.3 *Staphylococcus aureus* bacteriëmie

Staphylococcus aureus is een belangrijke verwekker van zowel nosocomiale als community-acquired bacteriëmie. *Staphylococcus aureus* bacteriëmie leidt in een groot aantal van de gevallen tot metastatische foci, zoals endocarditis en osteomyelitis en kent een hoge mortaliteit. Adequaat focusonderzoek na vaststelling van de diagnose *Staphylococcus aureus* bacteriëmie is essentieel om onderscheid te maken in gecompliceerde *Staphylococcus aureus* bacteriëmie met metastatische foci waarbij langdurige therapie noodzakelijk is en ongecompliceerde *Staphylococcus aureus* bacteriëmie, waarbij er een laag risico is op metastatische foci en dus korter behandeld kan worden.

* Geef
toelichting



12.3.1 Indicator Melding *Staphylococcus aureus* bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar

***Staphylococcus aureus* bacteriëmie**

Staphylococcus aureus aangetoond door middel van groei van de bacterie in bloedkweek en determinatie van de bacterie als *Staphylococcus aureus* volgens de geëigende laboratoriumdiagnostiek bij volwassenen en kinderen. Dit betreft zowel determinatie op koloniegroei, als indicatie van *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek door middel van diagnostiek direct op bloedkweekmateriaal. Een kwaliteitsregistratie is in ontwikkeling rondom Antibiotic Stewardship en *Staphylococcus aureus* bacteriëmie.

- **Inclusiecriteria:**
 - Patiënten met een bloedkweek waarbij een *Staphylococcus aureus* voor de eerste maal in een infectieuze episode is aangetoond.
- **Exclusiecriteria**
 - Patiënten die overleden zijn voordat het resultaat van de bloedkweek bekend is.
 - Patiënten met behandelbeperking waarbij de *Staphylococcus aureus* bacteriëmie niet meer behandeld zal worden.

Is het aantal patiënten met een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek bekend, waarbij de bloedkweek is afgenomen in uw zorginstelling?

☐ ja ☐ nee*

Is uit het laboratorium-informatiesysteem de datum (eventueel met tijdstip) te achterhalen waarop een *Staphylococcus aureus* groeiend in een bloedkweek voor het eerst als zodanig werd geïdentificeerd? (Dit kan determinatie betreffen op koloniegroei of direct op een positieve bloedkweek.)

☐ ja ☐ nee*

Documenteert de arts-microbioloog het doorgeven van een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek bij een patiënt aan de hoofdbehandelaar (of zijn/haar vertegenwoordiger) in het elektronische patiënten dossier, laboratorium-informatiesysteem of een consultregistratiesysteem met de datum?

☐ ja ☐ nee*

Wat is het aantal patiënten bij wie een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek is aangetoond in het verslagjaar, waarbij de bloedkweek is afgenomen in uw zorginstelling.

Teller: aantal patiënten van wie de *Staphylococcus aureus* bacteriëmie op dezelfde dag werd gemeld aan de hoofdbehandelaar (of zijn/haar vertegenwoordiger).

Noemer: aantal patiënten bij wie *Staphylococcus aureus* bacteriëmie werd aangetoond.

Het percentage patiënten met een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek, waarbij de bloedkweek is afgenomen in uw zorginstelling, bij wie de arts-microbioloog de *Staphylococcus aureus* bacteriëmie aantoonbaar op dezelfde dag na determinatie van de *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek meldde aan de hoofdbehandelaar (of zijn/haar vertegenwoordiger).

%

* Geef toelichting

Toelichting:

De Nederlandse richtlijn *Staphylococcus aureus* bacteriëmie is nog in ontwikkeling. Deze indicator sluit aan op deze in ontwikkeling zijnde richtlijn.



12.3.2 Indicator Snel behandelen *Staphylococcus aureus* bacteriëmie

Deze indicator stelt vast of bij het vaststellen van een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie binnen 24 uur na determinatie gerichte antimicrobiële therapie is gestart. Het tijdig starten van gerichte antimicrobiële therapie is een essentieel onderdeel in de kwaliteit van zorg bij patiënten met *Staphylococcus aureus* bacteriëmie om het risico op complicaties en mortaliteit te reduceren.

Het primaire doel van deze indicator is het zorgproces rondom patiënten met *Staphylococcus aureus* bacteriëmie te optimaliseren met als secundair doel het verminderen van de mortaliteit en verbeteren van de prognose van patiënten met *Staphylococcus aureus* bacteriëmie.

Tijdig gerichte antimicrobiële therapie leidt tot een betere patiëntuitkomst. Het starten van gerichte antimicrobiële therapie binnen 24 uur na diagnose *Staphylococcus aureus* bacteriëmie is daarom een essentieel onderdeel van de behandeling.

***Staphylococcus aureus* bacteriëmie**

Staphylococcus aureus aangetoond door middel van groei van de bacterie in bloedkweek en determinatie van de bacterie als *Staphylococcus aureus* volgens de geëigende laboratoriumdiagnostiek bij volwassenen en kinderen. Dit betreft zowel determinatie op koloniegroei, als indicatie van *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek door middel van diagnostiek direct op bloedkweekmateriaal.

Gerichte therapie

Antibioticatherapie conform het beleid zoals gehanteerd in de zorginstelling bij de behandeling van een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie. Hier valt ook andere antibiotische therapie onder, waarbij onderbouwd is afgeweken van het beleid, maar die wel geschikt is om een *Staphylococcus aureus* bacteriëmie te behandelen. Het kan voorkomen dat patiënten al gerichte therapie krijgen en aanpassing niet nodig is.

- **Inclusiecriteria:**
 - Patiënten met een bloedkweek waarbij een *Staphylococcus aureus* voor de eerste maal in een infectieuze episode is aangetoond.
- **Exclusiecriteria:**
 - Patiënten die overleden zijn voordat het resultaat van de bloedkweek bekend is.
 - Patiënten met behandelbeperking waarbij de *Staphylococcus aureus* bacteriëmie niet meer behandeld wordt. Doorgaans zal dit gaan om een palliatieve setting.

Tijdens de voorbereiding van deze indicator is gebleken dat het eigenlijk nooit bekend is of de antimicrobiële therapie is aangepast. Toch is dit reden dat er kweken worden afgenomen, daarom is besloten dat volstaan kan worden met de resultaten van een audit of een steekproef. Het streven is natuurlijk dat dit belangrijke proces wel bewaakt kan worden, verwachting is dat in de toekomst wel data over de hele populatie kan worden geleverd.

Heeft u een audit of steekproef genomen?

☐ ja

☐ nee

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N =

Selectiecriteria:

Teller: Aantal patiënten dat binnen 24 uur na identificatie van *Staphylococcus aureus* in een bloedkweek behandeld werden met therapie gericht op *Staphylococcus aureus*.

Noemer: Aantal patiënten bij wie *Staphylococcus aureus* bacteriëmie werd aangetoond.

Het percentage patiënten met een *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek, waarbij de bloedkweek is afgenomen in uw zorginstelling, die binnen 24 uur, na identificatie van deze *Staphylococcus aureus*, behandeld worden met gerichte antimicrobiele therapie?

%

13 Longen

Longziekten zijn de derde doodsoorzaak na kanker en hart- en vaatziekten. Het longcarcinoom is van de vier meest voorkomende tumorsoorten de meest dodelijke. De chronische longaandoeningen hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven.

De groep longziekten is zeer gevarieerd. Infectieziekten spelen een belangrijke rol. Ook in het tijdperk van de toenemende antibioticaresistentie is de longontsteking, de pneumonie, zeker voor kwetsbare ouderen een gevaarlijke ziekte.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren, opgenomen in andere hoofdstukken, betrekking hebben op de longen (X).

14 Maag-darm-lever (MDL)

Aandoeningen van het spijsverteringssysteem vormen een belangrijke groep van aandoeningen, zowel qua mortaliteit als qua chronische ziektelast. Meerdere indicatoren hebben een relatie met delen van de zorg voor MDL-patiënten.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op maag-darm-lever, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

14.1 Endoscopische verrichtingen

14.1.1 Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie

In Nederland worden jaarlijks naar schatting 16.000 Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreaticografie's (ERCP) verricht^[133]. Deze procedure, waarbij vanuit het duodenum de galweg- of alvleesklierangegang gecanuleerd wordt en stenen verwijderd of endoprothesen geplaatst kunnen worden, kent een lange leercurve en kan gepaard gaan met complicaties zoals post-ERCP pancreatitis of bloeding. Daarnaast komt het voor dat de intentie van de procedure niet bereikt wordt, waardoor het onderzoek herhaald moet worden met daardoor extra belasting en risico voor de patiënt.

Het monitoren van uitkomsten van zorg en systematische terugrapportage aan de zorgverlener ('clinical auditing') is een belangrijk mechanisme voor kwaliteitsbewaking^[134]. De Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) gaat daarom de Prospectieve ERCP Kwaliteitsregistratie (PERK)-studie voortzetten in een landelijke Kwaliteitsregistratie ERCP die in de loop van 2014 is ontwikkeld. Deelname aan de kwaliteitsregistratie is onderdeel van het 'Beleidsplan MDL 2013-2018' van de NVMDL^[135].

- *Inclusiecriteria:*
 - Alle ERCP onderzoeken die in het verslagjaar verricht zijn.
 - ZA codering: 034694 Endoscopische retrograde CholangioPancreaticoscopie.

Worden er in uw instelling ERCP's uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee

Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP?

☐ ja

☐ nee*

Teller: aantal ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie in het verslagjaar.

Noemer: aantal ERCP's in instelling uitgevoerd in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

[133] Dutch Hospital Data, 2011.

[134] http://www.clinicalaudit.nl/sites/default/files/400_30_DICA_2012.pdf.

[135] Dit beleidsplan is niet publiek beschikbaar.

* Geef
toelichting

14.1.2 Indicator Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd

In Nederland wordt jaarlijks naar schatting 16.000 maal een Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreaticografie (ERCP) verricht (Dutch Hospital Data, 2012). Bij deze endoscopische procedure wordt vanuit het duodenum de galweg of alvleesklierangegang gecanuleerd en kunnen galwegstenen verwijderd of endoprothesen geplaatst worden. Dit onderzoek kent een lange leercurve en kan gepaard gaan met complicaties zoals post-ERCP pancreatitis, bloeding of perforatie. Daarnaast komt het voor dat de intentie van de procedure niet bereikt wordt, waardoor het onderzoek herhaald moet worden met daardoor extra belasting en risico voor de patiënt. De inspectie heeft in een eerder stadium de NVMDL gevraagd om voor de ERCP een volumenorm per endoscopist vast te stellen. Omdat het verband tussen uitkomst en optreden van complicaties enerzijds en volume per endoscopist niet vaststaat is in 2013 door de NVMDL een normeringsstudie gedaan waarbij deze parameters onderzocht zijn. De uitkomsten van deze PERK-studie zijn in 2015 gepubliceerd^[136]. Hierbij bleek dat er weliswaar een verband is tussen uitkomst van de ERCP en volume van de endoscopist, maar dat van de 8575 ERCP's die dat jaar geregistreerd zijn in 61 centra er een overall procedureel succes was van 85,8%. Dit hoge procedurele succespercentage was ook terug te vinden bij endoscopisten met een relatief laag volume en dit heeft de NVMDL doen besluiten geen volumenorm voor de ERCP vast te stellen, maar de PERK studie voort te zetten in de landelijke Kwaliteitsregistratie ERCP. Deelname aan deze registratie is vanaf 1 januari 2016 verplicht gesteld door NVMDL. Uit deze registratie moet voor 2017 een uitkomst indicator voor de ERCP vastgesteld worden. In de registratie wordt onder meer bijgehouden of de intentie van het onderzoek ook behaald was. Het slagen van de procedurele intentie is de belangrijkste uitkomstmaat in de registratie. Intentie van het onderzoek kan zijn: 1 volledige steen extractie, 2 plaatsen van een plastic endoprothese in de galweg bij galweg stenose, 3 plaatsen van een metalen endoprothese bij galwegstenose, 4 drainage bij galweglekkage, 5 therapie bij chronische pancreatitis, 6 overig. Indien de endoscopist tijdens de procedure besluit om de ingreep over te geven aan een tweede endoscopist (supervisor) dan dient de procedurele uitkomst in de registratie opgenomen te worden op naam van deze tweede endoscopist.

- **Definities:**
 - *Casusregistratie: vindt plaats per procedure op naam van endoscopist. Indien de endoscopist tijdens de procedure besluit om de ingreep over te geven aan een tweede endoscopist (supervisor) dan dient de procedurele uitkomst in de registratie opgenomen te worden op naam van deze tweede endoscopist.*
 - *Procedure intentie geslaagd: 1 volledige steen extractie, 2 plaatsen van een plastic endoprothese in de galweg bij galweg stenose, 3 plaatsen van een metalen endoprothese bij galwegstenose, 4 drainage bij galweglekkage, 5 therapie bij chronische pancreatitis, 6 overig.*
- **Inclusiecriteria:**
 - *Alle patiënten die een ERCP ondergaan in verslagjaar.*
 - *Verrichtingcode ERCP: 034694*

Worden er in uw instelling ERCP's uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee

Teller: som van het aantal succesvolle level 1 ERCP's.

Noemer: het totaal aantal uitgevoerde level 1 ERCP's.

Toelichting:

[136] Ekkelenkamp VE, de Man RA, Ter Borg F, Ter Borg PC, Bruno MJ, Groenen MJ, Hansen BE, v Tilburg AJ, Rauws RA, Koch AD. Prospective evaluation of ERCP performance: results of a nationwide quality registry. *Endoscopy* 2015;47(06):503-507.

15 Zenuwstelsel

Bij ziekten van het zenuwstelsel gaat het om ziekten van de hersenen, het ruggenmerg, de zenuwen en de zintuigen. Dementie was in 2011 de eerste doodsoorzaak, 9.090 mensen boven de 65 jaar overleden in dat jaar hieraan^[137]. Op dit moment zijn er nog weinig klinische behandelmogelijkheden voor dementie binnen de ziekenhuiszorg, waardoor dit nu geen indicatoronderwerp is. Beroerte is de derde doodsoorzaak, deze komt aan de orde in het hoofdstuk hart en vaten.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op het zenuwstelsel, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

[137] CBS doodoorzaken.

16 Perinatale zorg

Verloskundige zorg heeft een belangrijke plaats in het ziekenhuis. In Nederland bevallen ieder jaar ongeveer 175.000 vrouwen^[138]. Het overgrote deel van de zwangerschappen eindigt met een gezonde moeder en een gezond kind. Echter, uitgaande van een zwangerschapsduur van 28 weken of meer, stierven er in 2011 4,8 per 1.000 kinderen voor of kort na de geboorte. Uitgaande van een zwangerschapsduur van minimaal 24 weken, betrof het 5,5 per 1.000 geboren kinderen^[139]. In Nederland bestaat de perinatale sterfte uit foetale sterfte en neonatale sterfte. Nederland presteerde relatief slecht op dit gebied en daar waren verbeteringen mogelijk. Daaruit volgt dat het een toezichtonderwerp met aandacht is.

De geboorte is een belangrijk moment in het leven waarop orgaansystemen als de longen voor het eerst belangrijke functies uit gaan oefenen. Dit vraagt om een deskundige begeleiding en een goede samenwerking tussen verschillende professionals in de keten. Tegelijkertijd is het ook een normaal fysiologisch proces dat vraagt om terughoudendheid bij medisch ingrijpen.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op perinatale zorg, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

16.1 Spontane bevalling

16.1.1 Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'

De zorg voor de bevalling richt zich op het op zo veilig mogelijke wijze komen tot een zo normaal mogelijke bevalling. Zowel sectio caesarea als vaginale kunstverlossing zijn geassocieerd met een verhoogde kans op morbiditeit en mortaliteit van moeder en kind. Een spontane partus geeft de laagste kans op morbiditeit en mortaliteit voor moeder en kind, bij de huidige bevalling en bij toekomstige bevallingen.^[140] Daarom is gekozen voor een indicator die zich richt op het aantal keren dat het lukt om te komen tot een spontane partus in de tweede- en derdelijnszorg. Zoals veel indicatoren indiceert deze indicator bij een laag (of hoog) aantal spontane partussen nader onderzoek door de inspectie. Een laag aantal normale partussen kan veroorzaakt worden door het vóórkomen van veel pathologie in de groep zwangeren waarvoor het ziekenhuis zorg draagt. De indicator maakt onderscheid in twee groepen waarvan groep a geheel door de tweede of derde lijn wordt begeleid en groep b tijdens de bevalling wordt overgedragen. De indicator is geaccordeerd door de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) op 13 november 2009. NTSV staat voor 'nulliparous term singleton vertex', ook gebruikt in de internationale literatuur, een referentiegroep van à terme (37+0 - 41+6 weken) nulliparae met een éénlingzwangerschap en het kind in hoofdligging.

- **Definities:**
 - *Onder spontane partus wordt verstaan een bevalling waarbij de vrouw het kind op eigen kracht uitdrijft, eventueel geholpen met fundusexpressie. Partus waarbij een vaginale kunstverlossing of een sectio caesarea zijn toegepast zijn uitgesloten.*
- **Inclusiecriteria:**
 - *Eerste zwangerschap van de moeder (nulliparae).*
 - *Zwangerschap à terme (37+0 41+6 weken).*
 - *Eenlingzwangerschap.*
 - *Het kind in hoofdligging.*
 - *Kind niet overleden voor het begin van de bevalling.*

Vinden er in uw ziekenhuis bevallingen plaats?

☐ ja

☐ nee*

[138] Sanderse C (RIVM), Verweij A (RIVM). Geboorte samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Bevolking\Geboorte, 25 september 2013.

[139] Sanderse C (RIVM), Verweij A (RIVM). Geboorte samengevat. In: Volks-

gezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Bevolking\Geboorte, 25 september 2013.

[140] NVOG Kwaliteitsnorm 'Preventie van moedersterfte' (2003); NVOG Richtlijn 'Vaginale kunstverlossing' (2005), www.nvog.nl.

* Geef toelichting

Spontane partussen volgens definitie in de inclusiegroep

A Aantal spontane partussen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van de ontsluitingsfase) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht/verwezen zijn naar de tweede lijn.

B Aantal spontane partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.

C Totaal aantal spontane partussen in de tweede lijn (=A+B) (wordt automatisch berekend).

Partussen in de inclusiegroep

D Aantal partussen waarbij moeder en kind voor de start van de bevalling (begin van ontsluiting of geplande sectio) onder verantwoordelijkheid zijn gebracht/verwezen zijn naar de tweede lijn.

E Aantal partussen waarbij moeder en kind werden overgedragen van de eerste naar de tweede lijn tijdens de ontsluiting of de uitdrijving.

F Totaal aantal partussen in de tweede lijn (=D+E) (wordt automatisch berekend).

Percentage 1 (A/D) (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2 (B/E) (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 3 (C/F) (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

17 Kwetsbare groepen

Over veel kwetsbare groepen is geen aparte informatie beschikbaar, zoals asielzoekers of allochtonen. Patiënten die een speciale kwetsbaarheid hebben op grond van leeftijd zijn op vele plaatsen in de basisset beschreven. Het betreft dan kinderen of oudere patiënten. Aan de groep oudere patiënten wordt op vele plaatsen aandacht besteed, ook omdat nu eenmaal veel ziekten vooral op latere leeftijd voorkomen. Kinderen en ouderen hebben met elkaar gemeen dat de belastbaarheid van hun lichaam aanzienlijk kleiner is dan dat van jongere volwassenen. Dat uit zich in een hogere frequentie van aandoeningen, een relatief groot gebruik van ziekenhuisvoorzieningen en een grotere kans op complicaties bij behandelingen. Dezelfde problematiek doet zich voor bij chronisch zieken, die ook verhoogd kwetsbaar zijn voor andere aandoeningen. Hieraan zal bij de specifieke indicatoren aandacht worden besteed.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op kwetsbare groepen, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

17.1 Ondervoeding geriatrische patiënten

Ondervoeding is een belangrijke bedreiging voor de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen^[141]. De prevalentie van ondervoeding bij de geriatrische patiënt is afhankelijk van de gehanteerde definitie van ondervoeding en de onderzochte populatie. De cijfers voor ondervoeding bij geriatrische patiënten in Nederland lopen daarom uiteen van 11% tot 61%^[142-144]. Zonder adequate en systematische screening kan ondervoeding niet als zodanig opgemerkt en behandeld worden. De richtlijn 'Comprehensive geriatric assessment' en de leidraad 'Ondervoeding bij de geriatrische patiënt' bevelen het gebruik van de (short form van) MNA (Mini Nutritional Assessment) aan voor de objectivering van de voedingstoestand van geriatrische patiënten.

17.1.1 Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten

Een geriatrische patiënt is een oudere patiënt die te maken heeft met multimorbiditeit en beperkingen. Ondervoeding is in deze populatie een veel voorkomend probleem met mogelijk verstrekken gevolgen voor de kwaliteit van leven. Een eerste stap om ondervoeding bij deze patiënten aan te pakken is het screenen van iedere nieuwe geriatrische patiënt die voor het eerst een polikliniek bezoekt. Het doel van deze indicator is dan ook om ondervoeding bij deze populatie terug te dringen door het bevorderen van vroege herkenning, zodat tijdig adequate behandeling van ondervoeding ingezet kan worden. Het niet behandelen van ondervoeding kan leiden tot daling van de weerstand, toegenomen kans op vallen^[145], heupfracturen, langzamer herstel en toegenomen kans op complicaties bij ziekte en na operatie. Dit kan leiden tot een negatieve spiraal zoals langere opnameduur, grotere kans op heropname, verhoogd medicijngebruik, toename van de zorgcomplexiteit, grotere kans op opname in een verpleeghuis en afname van de kwaliteit van leven^[146]. Gevalideerde instrumenten voor het screenen op ondervoeding bij geriatrische patiënten op de poli kliniek zijn: MNA(SF)^[147] of ongewild gewichtsverlies in combinatie met BMI. Het eerste deel van de MNA (de MNASF) is een screeningsinstrument^[148]. Voor ongewild gewichtsverlies worden afkap punten van meer dan 5% gewichtsverlies in de laatste maand, of meer dan 10% gewichtsverlies in de laatste 6 maanden gebruikt; voor BMI (bij ouderen) geldt een afkappunt onder de 20 kg/m² als criterium van ondervoeding^[149].

[141] van Asselt DZB, van Bokhorst-de van der Schueren MAE en Olde Rikkert MGM. Leidraad Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht; Academic Pharmaceutical Productions 2010.

[142] Rypkema G, Adang E, Dicke H, et al. Cost-effectiveness of an interdisciplinary intervention in geriatric inpatients to prevent malnutrition. J Nutr Health Aging. 2003;8:122-7.

[143] Meijers JMM, Halfens RJG, van Bokhorst-de van der Schueren MAE, et al. Malnutrition in Dutch health care: prevalence, prevention, treatment and quality indicators. Nutrition. 2009;25:512-9.

[144] Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, van Binsbergen JJ, Deeg DJ, Visser M. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. Nutrition. 2012;28:1151-6.

[145] Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Richtlijn comprehensive geriatric assessment. 2010.

[146] Neelemaat F, Lips P, Bosmans JE, Thijs A, Seidell JC, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Short-term oral nutritional intervention with protein and vitamin D decreases falls in malnourished older adults. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4): 691-9.

[147] Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin.Nutr. 2003;22: 415-21.

[148] Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients for the clinician. Fact Res Gerontol 1994;4:15-59.

[149] Langius J, Leistra E, van Bokhorst-de van der Schueren M, Kruizenga H. Screenen van ondervoeding op de polikliniek. Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Dietetiek. In press 2013 Stuurgroep Ondervoeding.

Andere screeningsinstrumenten zoals de MUST, de SNAQ en de SNAQ65+ zijn in dit kader geen gevalideerde instrumenten voor geriatrische patiënten op de geriatrische poli of dagkliniek^[150], maar kunnen binnen het ziekenhuis wel gebruikt worden bij de overige afdelingen.

- **Definities:**
 - Geriatrische patiënt: iedere patiënt van 70 jaar of ouder verwezen naar de geriatrische poli of dagkliniek (voor deze indicator).
 - Geriatrische poli of dagkliniek: poli of dagkliniek gespecialiseerd in de ouderengeneeskunde, bemand door een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde.
 - Gevalideerd screeningsinstrument: MNA(SF)^[151] of ongewild gewichtsverlies in combinatie met BMI. De MUST, de SNAQ en de SNAQ65+ zijn in dit kader geen gevalideerde instrumenten voor geriatrische patiënten op de geriatrische poli of dagkliniek.
- **Inclusiecriteria:**
 - Geriatrische patiënten die voor het eerst (niet beperkt tot het verslagjaar) op een poli of dag kliniek geriatrie gezien worden.

Wordt op alle in het ziekenhuis aanwezige geriatrische poli- of dagklinieken een gevalideerd screeningsinstrument gebruikt voor het vaststellen van ondervoeding?

☐ ja ☐ nee* ☐ n.v.t.*

Is het aantal patiënten bekend die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding?

☐ ja ☐ nee

Welk instrument gebruikt u bij screening?

Heeft u een steekproef genomen?

☐ ja ☐ nee

Indien ja, vul in:
Populatiegrootte: N =
Selectiecriteria:

Teller: Aantal geriatrische patiënten dat voor het eerst een bezoek brengt aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding.

Noemer: Aantal geriatrische patiënten dat voor het eerst een bezoek brengt n aan de geriatrische poli- of dagkliniek

Percentage geriatrische patiënten dat voor het eerst een bezoek brengt aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

* Geef toelichting

[150] Asselt DZB van, Bokhorst-de van der Schueren MA van, Olde Rikkert M. Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2010.

[151] Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin.Nutr. 2003;22: 415-21.

17.2 Colonchirurgie bij ouderen

In het ziekenhuis zijn oudere patiënten met een indicatie voor colonchirurgie gevoelig voor perioperatieve complicaties en de nadelige gevolgen hiervan. Uit de kwaliteitsregistratie van de colonchirurgie blijkt de mortaliteit sterk toe te nemen boven het 70ste levensjaar.

17.2.1 Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie

De kans op complicaties is het hoogst bij kwetsbare ouderen. In de praktijkgids Kwetsbare ouderen van VMS wordt geadviseerd om bij alle 70 plussers in het ziekenhuis te screenen op tenminste het risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies, vier belangrijke domeinen van kwetsbaarheid. Een gevalideerd instrument voor screening op een verhoogd risico op functieverlies bij opgenomen oudere patiënten is de ISARHP of de G8. Het is van belang dat alleen die ouderen worden geopereerd, waarbij de interventie waarde zal toevoegen aan de kwaliteit van leven, de levensduur en/of verbetering van het functioneren. Daarvoor is beoordeling door een generalistische specialist met ervaring op het gebied van de geriatrie van belang. Enerzijds om (contra)indicatie te beoordelen, anderzijds om adviezen te geven voor optimale perioperatieve begeleiding.

- **Inclusiecriteria:**
 - Unieke patiënten die op de dag van opname 70 jaar of ouder waren.
 - Indicatie electieve colonchirurgie.
 - Alleen de eerste indicatie voor colonchirurgie telt mee voor de indicator.
 - **Diagnosecodes:**
 - 303.333 Maligne neoplasma colon (exclusief sigmoid / rectum).
 - 303.334 Maligne neoplasma rectosigmoid overgang.
 - 303.335 Maligne neoplasma rectum.
 - 303.347 HIPEC.
 - 303.329 Overige niet maligne gastrointestinale aandoeningen.
 - **ZA codes:** 034563, 034602, 034603, 034612, 034613, 034638, 034735, 034738, 034739, 034752, 034753, 034792, 034793, 034808, 034809, 034810, 034811, 034832, 034833, 034834, 034854, 034880, 034910, 034911, 035013, 035020, 035024, 035122, 037332, 038909, 038912, 039958.
- **Definities:**
 - Gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid: ISARHP, G8 of of VMS screeningsbundel.

Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats?

☐ ja

☐ nee

Is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder bekend dat voor electieve colonchirurgie gescreend is op kwetsbaarheid?

☐ ja

☐ nee*

Teller: aantal patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie voor de ingreep gescreend met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid.

Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.

Percentage gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

* Geef toelichting

17.2.2 Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid

- **Inclusiecriteria:**
 - Unieke patiënten die op de dag van opname 70 jaar of ouder waren.
 - Indicatie electieve colonchirurgie (zie inclusiecriteria indicator 17.2.1):
 - Met een gevalideerd instrument is geconstateerd dat de patiënt kwetsbaar is
 - Alleen de eerste indicatie voor colonchirurgie telt mee voor de indicator.
- **Definities:**
 - Kwetsbare patiënt: Een patiënt gescreend met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid en als kwetsbaar beoordeeld.
 - Verrichting van CGA (039577), beperkt CGA in het kader van een medebehandeling (039581) of Vervolgbehandeling uitgevoerd door klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde na een eerder door hen uitgevoerd CGA (039579) is verricht in de periode 2 maanden voorafgaand aan de operatie.
 - Generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie: geriater of internist ouderengeneeskunde.

Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats?

☐ ja ☐ nee

Is het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie bekend dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie?

☐ ja ☐ nee*

Teller: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie, dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie.

Noemer: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.

Percentage kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

17.3 Heupfractuur bij kwetsbare ouderen

17.3.1 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur

Oudere patiënten, die met een proximale femurfractuur worden opgenomen in het ziekenhuis zijn extra kwetsbaar. Uit literatuur blijkt dat significante comorbiditeit is geassocieerd met een slechtere gezondheidsuitkomst (iets minder dan de helft bereikt het functioneringsniveau van voor de val) en hogere mortaliteit (12% tijdens opname en 36% 1 jaar na opname^[152]).

In Nederland betreft het 18.500 patiënten met een proximale femurfractuur per jaar. De incidentie van de proximale femurfractuur in de leeftijdscategorie 65-69 jaar is voor vrouwen 2 per 1000 en voor mannen 1 per 1000; oplopend in de leeftijdscategorie > 85 jaar voor vrouwen 28 per 1000 en voor mannen 16 per 1000^[153].

* Geef toelichting

[152] Nivel, 2010.

[153] Nivel, 2010.

Voor de (hoog)bejaarde kwetsbare ouderen is de functionele uitkomst van groot belang. Daarom wordt bij het meten van uitkomsten de nadruk gelegd op het functionele domein. Bij patiënten met een proximale femurfractuur zijn de meest bestudeerde uitkomstmaten: mobiliteit en zelfredzaamheid in dagelijkse activiteiten.

Acht procent van de oudere patiënten met een proximale femurfractuur loopt in ziekenhuis schade op die potentieel vermijdbaar is^[154]. De kans op complicaties is het grootst bij kwetsbare ouderen. Zoals in de praktijkbundel VMS kwetsbare ouderen is vastgesteld, moet screening op kwetsbaarheid plaatsvinden bij opname van ouderen van 70 jaar en ouder. Het risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies wordt daarbij gescoord. Er zijn aanwijzingen dat standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrische zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op herstel tot oorspronkelijk functioneniveau en ontslag naar oorspronkelijke woonsituatie verhoogd^[155,156]. Er zijn aanwijzingen bij 70 plussers dat standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrische zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op mortaliteit na 30 dagen^[157] en na 1 jaar vermindert^[158]. Het is aannemelijk/waarschijnlijk dat bij standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrische zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op overlijden in het ziekenhuis kleiner wordt^[159,160]. Op de uitkomstmaten functionaliteit en mortaliteit is er bewijs dat geïntegreerde behandeling leidt tot betere uitkomsten. Het is aannemelijk dat discriminatie tussen goede en mindere zorg daarbij mogelijk is. Omdat voor oudere patiënten het functionele domein van groot belang is, is ervoor gekozen om van dit domein indicatoren te ontwikkelen. Deze indicatoren zijn opgenomen in de kwaliteitsregistratie heupfracturen (de Dutch Hip Fracture Audit). Voor twee domeinen (mobiliteit en ADL) is een meting gekozen. De basis voor deze indicatoren is de richtlijn Multidisciplinaire behandeling voor kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur (NVKG, 2016).

Voor het domein mobiliteit is gekozen voor de Mobility score: een semi kwantitatieve maat

- 1 Onbekend
- 2 Mobiel zonder hulpmiddel
- 3 Buitenshuis mobiel met een stok
- 4 Buitenshuis mobiel met rollator of looprek
- 5 Alleen binnenshuis mobiliserend
- 6 Geen functionele mobiliteit (gebruik van benen bij het lopen)

Deze score wordt internationaal gebruikt (is opgenomen in de standaard set van het Europese Fragility Fracture Network) zowel als casemixfactor om de pre-operatieve mobiliteit in kaart te brengen en, als uitkomstmaat voor mobiliteit. De score is gebaseerd op het werk van Parker^[161]. De lijst is relatief eenvoudig te scoren met anamnestiche informatie, waarbij gescoord wordt per item en op het totaal percentage per categorie worden berekend.

Voor het domein functionaliteit is gekozen voor de Katz-6 ADL-lijst^[162]. Deze lijst die de algemene dagelijkse activiteiten (ADL) meet, is nu voor alle 70 plussers al onderdeel van de VMS-indicator kwetsbare ouderen bij opname. Nieuw voor deze categorie wordt de score bij ontslag en drie maanden na behandeling.

- 1 Heeft u hulp nodig bij baden of douchen?
- 2 Heeft u hulp nodig bij het aankleden?
- 3 Heeft u hulp nodig bij het naar het toilet gaan?
- 4 Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal?
- 5 Heeft u hulp nodig bij een transfer van bed naar stoel?
- 6 Heeft u hulp nodig bij het eten?

[154] Nivel/Emgo+.

[155] Lundstrum, M., Edlund, A., Lundström, G., Gustafson, Y. (1998). Reorganization of nursing and medical care to reduce the incidence of postoperative delirium and improve rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci*, 13, 193-200.

[156] Stenvall, M., Olofsson, B., Nyberg, L., Lundström, M., & Gustafson, Y. (2007b). Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: randomized controlled trial with 1-year follow-up. *J. Rehabil. Med.*, 39, 232-238.

[157] Leung, A.H., Lam, T., Cheung, W., Chan, T., Sze, P., Lau, T., & Leung, K. (2011). An orthogeriatric Collaborative Intervention Program for Fragility Fractures: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 71, 5.

[158] Shyu, Y.L., Liang, J., Wu, C., Su, J., Cheng, H., Chou, S., Yang, C. (2008). Interdisciplinary Intervention for Hip Fracture in older Taiwanese: Benefits Last for 1 Year. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63a (1), 92-97.

[159] Vidan, M., Serra, J.A., Riquilme, G., & Ortiz, J. (2005). Efficacy of Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. *JAGS*, 53, 1476-1482.

[160] Fisher, A.A., Davis, M.W., Rubenach, S.E., Sivakumaran, S., Smith, P.N., & Budge, M.M. (2006). Outcomes for Older patients with hip fractures: the Impact of orthopedic and geriatric medicine co-care. *J. Orthop. Trauma*, 20, 172-180.

[161] Parker, M.J., Palmer, C.R. (1993). A new mobility score for predicting mortality after hip fracture. *J. Bone Joint Surg* 1993; 75-B: 797-798.

[162] Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.

Per positief beantwoord item wordt een 1 gescoord (met hulp) en per negatief gescoord item een 0 (onafhankelijk). De score wordt opgeteld om de mate van afhankelijkheid in het ADL-functioneren weer te geven.

Voor de pre-operatieve score wordt de score gebruikt, zoals de situatie was vóór het valincident dat tot de fractuur leidde.

Voor de score na 3 maanden geldt een tijdsinterval van 10 tot 16 weken postoperatief.

- **Definities**
 - Interval van de teller is van 1 januari tot en met 31 december. De driemaands follow up loopt dan van 1 januari tot en met 31 december. Dit houdt in dat de operatiedatum loopt van 1 oktober (registratiejaar-1) tot en met 30 september van het registratiejaar.
 - Interval van de noemer is patiënten geopereerd van 1 januari tot en met 31 december. Proximale femurfractuur: fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3).
- **Inclusiecriteria:**
 - Ouderen: patiënten van 70 jaar en ouder met een proximale femurfractuur die operatieve behandeling zullen ondergaan. Ook patiënten die binnen drie maanden overleden zijn moeten geïnccludeerd worden.
 - Patiënten die zijn overleden, worden wel geïnccludeerd maar dienen te worden gescoord in de slechtste mobiliteitsscore (Mobility-score 6) en afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6).
- **Exclusiecriteria:**
 - Contra indicatie operatie; Indicatie palliatief beleid.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd?

☐ ja

☐ nee

Teller: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, waarbij de Katz-ADL-score en de Mobilityscore beide bekend is preoperatief en drie maanden na ontslag^[163].

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in het verslagjaar^[166].

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

De verslagperiode voor deze indicator: van 1 oktober (inclusief) vóór het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar.

A Het percentage patiënten met een mobiliteitsscore 2 en 3 vóór het incident

Teller 1: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die categorie 2 van de mobiliteitsscore hebben voor het incident.

Teller 2: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die categorie 3 van de mobiliteits-score hebben voor het incident.

[163] De gegevens worden bij voorkeur geabstraheerd uit de multidisciplinaire kwaliteitsregistratie voor patiënten met een proximale femurfractuur van de wetenschappelijke verenigingen.

[166] De gegevens worden bij voorkeur geabstraheerd uit de multidisciplinaire kwaliteitsregistratie voor patiënten met een proximale femurfractuur van de wetenschappelijke verenigingen.

Noemer 1: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, waarbij de mobiliteitsscore vóór het incident is ingevuld.

Percentage 1: percentage patiënten in categorie 2 van de mobiliteitsscore vóór het incident van alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder met bekende mobiliteitsscore (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2: percentage patiënten in categorie 3 van de mobiliteitsscore voor het incident van alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder (wordt automatisch berekend):

%

B1 De gemiddelde uitkomst: de mobiliteitsscore van patiënten met een mobiliteitsscore vóór het incident van 2

Teller: de optelsom van alle mobiliteitsscore na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die vóór het incident mobiliteitsscore 2 hadden.

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die voor het incident mobiliteits-score 2 hadden en waarbij de mobiliteitsscore is ingevuld na 3 maanden.

De gemiddelde mobiliteitsscore: na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die voor het incident een mobiliteitsscore 2 hadden (wordt automatisch berekend)

B2 De gemiddelde uitkomst: de mobiliteitsscore van patiënten met een mobiliteitsscore vóór het incident van 3

Teller: de optelsom van alle mobiliteitsscore na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die vóór het incident mobiliteitsscore 3 hadden.

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die vóór het incident mobiliteitsscore 3 hadden en waarbij de mobiliteitsscore is ingevuld na 3 maanden.

De gemiddelde mobiliteitsscore na 3 maanden: bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die voor het incident een mobiliteitsscore 3 hadden (wordt automatisch berekend)

C Het percentage patiënten met een KATZ-6 ADL-score 0 en 1 vóór het incident

Teller 1: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode verslagjaar die een KATZ-6 ADL-score 0 hebben voor het incident.

Teller 2: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die een KATZ-6 ADL-score 1 hebben voor het incident.

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld voor het incident.

Percentage 1 per KATZ-6 ADL-score 0 voor het incident bij proximale femurpatiënten van 70 jaar en ouder (wordt automatisch berekend):

Percentage 2 per KATZ-6 ADL-score 1 voor het incident bij proximale femurpatiënten van 70 jaar en ouder (wordt automatisch berekend):

D1 De gemiddelde uitkomst: de KATZ-6 ADL-score van patiënten met een KATZ-6 ADL-score vóór het incident van 0

Teller: de optelsom van alle KATZ-6 ADL-scores na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die voor het incident een KATZ-6 ADL-score 0 hadden.

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die voor het incident KATZ-6 ADL-score 0 hadden en waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld na 3 maanden.

Gemiddelde KATZ-6 ADL-score na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die vóór het incident een KATZ-6 ADL-score 0 hadden (wordt automatisch berekend):

D2 De gemiddelde uitkomst: de KATZ-6 ADL-score van patiënten met een KATZ-6 ADL-score vóór het incident van 1

Teller: de optelsom van alle KATZ-6 ADL-scores na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die vóór het incident een KATZ-6 ADL-score 1 hadden .

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die vóór het incident KATZ-6 ADL-score 1 hadden en waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld na 3 maanden.

Gemiddelde KATZ-6 ADL-score na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die vóór het incident een KATZ-6 ADL-score 1 hadden (wordt automatisch berekend):

17.4 Stralingsbelasting bij kinderen

Het aantal onderzoeken met relatief hoge dosis röntgenstraling, zoals CT en doorlichting, is in Nederland de laatste tien jaar sterk toegenomen. Blootstelling aan deze straling kan het lifetime risico op maligne afwijkingen vergroten. Kinderen zijn hiervoor extra gevoelig omdat zij over meer sneldelend weefsel beschikken en een langere levensverwachting hebben.

Bij deze doelgroep kan stralingsbescherming worden geborgd door het gebruik van zgn. kinderprotocollen, uitgaande van lagere stralingsdoses gebaseerd op het ALARA principe ('As Low As Reasonably Achievable'). Voorbeelden van verrichtingen waarbij een kinderprotocol dringend wordt aangeraden zijn CT-scans van het hoofd, thorax en abdomen, doorlichting van de buik en röntgenfoto's van de wervelkolom of buikoverzicht.

PK 17.4.1 Indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen

Borging van stralingsbescherming door het gebruik van kinderprotocollen is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de betrokken beroepsgroepen NVvR, NVKF en NVK. Uit eerdere inventarisatie is gebleken dat nog niet alle instellingen hiervan gebruik maken.

- Definities:
 - Kinderen = patiënten met leeftijd 0-18 jaar ten tijde van het uitvoeren van het onderzoek.
 - Kinderprotocol = acquisitie protocol per type onderzoek met geoptimaliseerde instellingen voor röntgenapparatuur passend bij de leeftijd en/of gewicht van het kind. Dit protocol kan een papieren protocol zijn of een geprogrammeerd protocol in de röntgenapparatuur.
 - ALARA-principe = 'As Low As Reasonably Achievable', het gebruiken van zo weinig mogelijk straling als redelijkerwijs mogelijk is, waarbij rekening wordt gehouden met economische en sociale omstandigheden.
- Inclusie criterium:
 - Kinderen tot 18 jaar
- Exclusie criterium:
 - Volwassen (18 jaar en ouder)

Wordt in uw instelling radiologisch onderzoek bij kinderen uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee

Worden in uw instelling CT-onderzoeken bij kinderen uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee

Indien ja

Worden in uw instelling voor CT onderzoeken^[165] bij kinderen kinderprotocollen gebruikt?

☐ ja ☐ nee*

* Geef toelichting

[165] Voorbeelden van onderzoeken die van toepassing zijn voor deze indicator: CT: CT hoofd; CT cervicaal; CT thorax; CT wervelkolom; CT abdomen; CT bekken. **Doorlichting:** Doorlichting slokdarm/maag; Doorlichting colon;

Doorlichting dunne darm; Mictiecystogram. **Röntgenfoto's:** Thoraxfoto; CWK-foto; TWK-foto; LWK-foto; Buikoverzicht; Bekken/heup-foto.

Worden in uw instelling doorlichtingsonderzoeken bij kinderen uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee

Indien ja

Worden in uw instelling voor doorlichtingsonderzoeken bij kinderen kinderprotocollen gebruikt?

☐ ja

☐ nee*

Worden in uw instelling röntgenfoto's bij kinderen gemaakt?

☐ ja

☐ nee

Indien ja

Worden in uw instelling voor röntgenfoto's bij kinderen kinderprotocollen gebruikt?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

* Geef
toelichting

18 Algemeen kwaliteitsbeleid

Bij een goed beleid is een instelling beter in staat om kwaliteitsproblemen zelf op te vangen. Een cultuur waarbij open over problemen kan worden gepraat, kan voorkomen dat er risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de instelling. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

In de tabel op bladzijde 10-13 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op het algemeen kwaliteitsbeleid, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

18.1 Functioneren medisch specialisten

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist en arts. Dat leidt tot de stelling dat goede (medisch specialistische) zorg in belangrijke mate wordt bepaald door het functioneren van de medisch specialist en arts. Het feit dat de kwaliteit van de organisatie van een kliniek eveneens zeer belangrijk is voor goede zorg doet niets af aan die constatering.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg neer bij het bestuur van de instelling. Het is voor de inspectie dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de evaluatie van het functioneren van de medisch specialist of arts zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.

18.1.1 Indicator IFMS

Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) is een evaluatief systeem dat gericht is op het (verder) verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten. Nadat dit systeem in 2008 door Orde van Medisch Specialist (OMS – nu Federatie Medisch Specialist) werd gepresenteerd, is het uitgerold in de Nederlandse instellingen.

Dat IFMS een onveranderd belangrijke rol speelt in het bevorderen van het optimaal functioneren van de medisch specialist, werd ook beschreven in het visiedocument 'Optimaal Functioneren van medisch specialisten' van de OMS uit 2013. De ervaringen met IFMS en veelvoud aan verschijningsvormen die IFMS inmiddels kende was aanleiding voor de OMS om aanbevelingen ten aanzien van IFMS te herijken.

In 2014 heeft de Federatie Medisch Specialist de leidraad IFMS uitgebracht. Deze leidraad^[166] biedt handvatten om het individueel functioneren van een medisch specialist te evalueren en verder te ontwikkelen. In de uitvoering houdt de medisch specialist daartoe onder andere een portfolio bij over de mate waarin en de wijze waarop hij/zij voldoet aan de zogenaamde Can-MEDS-competenties. Daarnaast wordt de omgeving geraadpleegd, inclusief de patiënt, afhankelijk van de lokale invulling. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd, bij voorkeur met een collega medisch specialist. ZKN heeft na overleg met IHC/de Zorgmakelaar, de Federatie Medisch Specialist, een IFMS adviesbureau, Achmea en de inspectie een IFMS Handreiking^[167] opgesteld die is toegesneden op kleinere organisaties.

Onder invloed van discussies over meer openheid en transparantie in de zorg en incidenten die twijfel oproepen over het handelen van sommige individuele artsen én hun professionele attitude, is de afgelopen jaren (een hernieuwde) belangstelling ontstaan voor het professioneel functioneren van de individuele medisch specialist.

De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en de activiteiten van de medische staf dienen erop ingericht te zijn om de kwaliteit en veiligheid te bevorderen en te borgen. Echter er was (en is) een brede consensus dat de verantwoordelijkheid voor het professioneel functioneren in de eerste instantie bij de medisch specialist zelf berust en dat IFMS een instrument is dat hier aan kan bijdragen. Dit staat beschreven in de Kwaliteitskaders van de Orde van Medisch Specialist (OMS) en de KNMG uit 2010, en in het Staat van de Gezondheidszorg rapport van de inspectie uit 2009.

[166] <https://www.demedischspecialist.nl/nieuws/leidraad-helpt-medisch-specialist-bij-verder-verbeteren-functioneren>

[167] <https://www.zkn.nl/uploads/documenten/website/ZKN-IFMS-Handreiking.pdf>

- Richtlijn/ norm
De normatieve kaders waarin deze indicator is ontleend zijn:
 - Het Kwaliteitskader Medisch Specialisten (OMS, 2010)
 - Het Kwaliteitskader voor alle artsen (KNMG, 2010)
 - Het Herregistratie Besluit Specialisten (CGS, 2015)
 - De Leidraad IFMS (OMS, 2014)

In de bovenstaande kaders staat de eis tot deelname aan IFMS opgenomen, en de eisen die daaraan gesteld worden. De Leidraad IFMS bevat bovendien een tweetal checklists (bijlage 1 Leidraad) bedoeld om de lokale uitvoering van IFMS optimaal te ondersteunen. Het systematisch afwerken van deze checklists helpt lacunes in de aanpak te ontdekken en gerichte acties te benoemen. De checklists zijn daarmee ook een ijkpunt voor het beleidsmatig borgen van het onderwerp IFMS binnen de medische staf middels een procedurele beschrijving of lokaal protocol.

- Doelstelling
Alle medisch specialisten nemen één keer in de twee jaar deel aan een evaluatiecyclus conform de in de Leidraad IFMS genoemde instrumenten en randvoorwaarden.
- Definities
 - Evaluatiecyclus: Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) is een evaluatief systeem dat gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten door in een periodiek gesprek de omgevingsfeedback, het eigen portfolio en de zelfreflectie te bespreken. Dit (vertrouwelijke) gesprek wordt gebruikt als input voor een individueel ontwikkelingsplan. In een volgend gesprek (uiterlijk na twee jaar) worden, naast het bespreken van de nieuwe zelfreflectie, het bijgewerkte portfolio en de nieuwe omgevingsfeedback, de resultaten van het ontwikkelingsplan geëvalueerd en bijgesteld.
 - Instrumenten: Een IFMS-instrument is een hulpmiddel om één of meerdere aspect(en) van het functioneren te evalueren. Zo zijn 360-graden feedback (o.a. Multisource Feedback en Appraisal & Assessment), het portfolio, de zelfevaluatie, het evaluatiegesprek, het persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) op te vatten als IFMS-instrumenten.
 - Randvoorwaarden: Om bovengenoemde instrumenten goed te kunnen hanteren en tot hun recht te laten komen, moet in de instelling aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Deze randvoorwaarden zijn duidelijk geworden uit (inter)nationale ervaringen met soortgelijke (HRM-) evaluatiesystemen en uit systematisch onderzoek zoals dat hier in Nederland is verricht. De randvoorwaarden zijn nader weergegeven in de Leidraad IFMS.
- Inclusiecriteria
 - Medisch specialist werkzaam in instelling (vrij beroep en dienstverband)
- Exclusiecriteria
 - Medisch specialist niet werkzaam in instelling

Is in de instelling een IFMS systematiek^[168], zoals beschreven in de Leidraad IFMS (2014) en te checken middels de in de Leidraad opgenomen checklists, in volle omvang ingevoerd?

☐ ja ☐ nee* ☐ n.v.t.*

Zo nee: gaarne toelichting op welke aspecten het in de instelling gehanteerde systeem afwijkt van de eisen die in de Leidraad IFMS aan een IFMS systeem worden gesteld.

Sinds welk kalenderjaar voldoet de in uw instelling gehanteerde systematiek aan bovengenoemde eisen?

[168] Om te checken of de in de instelling gehanteerde systematiek voor IFMS voldoet aan de daaraan gestelde eisen in de leidraad IFMS, kunnen de checklists worden gebruikt die te vinden zijn in bijlage 1 van de Leidraad.

Indien uw systematiek (nog) niet voldoet, wanneer denkt u te voldoen aan de systematiek?

Zijn er afspraken^[169] tussen de raad van bestuur en medisch specialisten over de manier waarop deelgenomen wordt aan IFMS in de eigen instelling?

☐ ja ☐ nee* ☐ n.v.t.*

Teller: het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal een gesprek heeft deelgenomen.

Noemer: het totaal aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden verricht heeft in de instelling (ongeacht het soort dienstverband)

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

PK 18.1.2 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren^[170] zorgverleners

De kerntaak van de inspectie is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet behandeld worden door zorgverleners die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. De inspectie treft regelmatig situaties aan waarbij disfunctioneren aanwezig is zonder dat de aanwezige procedure is gebruikt. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed. De inspectie gaat er vanuit dat disfunctioneren natuurlijk ongewenst is, maar het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord. De inspectie kan en zal het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.

Heeft de instelling een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend zorgverlener?

☐ ja ☐ nee*

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een zorgverlener wordt vermoed?

☐ ja ☐ nee*

Wordt een ontslag van zorgverleners wegens disfunctioneren gemeld bij de inspectie?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

18.2 Evalueren functioneren zorgverleners

18.2.1 Indicator Functioneringsgesprekken

Bij functioneringsgesprekken voeren de raad van bestuur en de zorgverleners een gesprek voeren over onder meer het inhoudelijk functioneren.

Is er een systeem van functioneringsgesprekken tussen raad van bestuur en zorgverleners?

☐ ja ☐ nee*

[169] Het betreft hier in ieder geval schriftelijke afspraken over deelname, het feit dat evaluatiegesprek hebben plaatsgevonden, het informeren van de specialist richting de groep waartoe hij/zij behoort en – indien aanwezig – het bestuur of de leiding van de instelling of organisatievorm waarin hij/zij werkzaam is.

[170] 'Een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.'

* Geef toelichting

Teller: Het aantal zorgverleners dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal 1 functioneringsgesprek heeft deelgenomen.^[171]

Noemer: Het totaal aantal zorgverleners dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de instelling (ongeacht het soort dienstverband).

Toelichting:

18.3 Patiënttevredenheid

Om goede zorg te kunnen bieden is het van belang om de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorg, nazorg en dienstverlening te toetsen. Dit levert informatie op voor verbeteren van die zorg.

PK 18.3.1 Indicator Geschillen

Klachten en geschillen zijn uitstekende signalen voor het analyseren, controleren en reviseren van de kwaliteit van zorg in een instelling.

- *Exclusie criterium:*
- *Nog lopende klachten en geschillen uit voorgaande verslagjaren.*

Was uw instelling in het verslagjaar aangesloten bij een geschillencommissie, conform de Wkkgz?

Wat was in het verslagjaar het aantal geschillen, behandeld door de geschillencommissie?

PK 18.3.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek

In een patiënttevredenheidsonderzoek komen onderwerpen aan de orde als ontvangst, bejegening en behandeling door de arts, het verstrekken van informatie, vertrek en nazorg. Om optimale en klantgerichte zorg te kunnen leveren, is het van belang dat de instelling op de hoogte is van de tevredenheid van haar patiënten.

Hiervoor zijn gevalideerde vragenlijsten ontwikkeld, zoals de CQ-index (voor patiëntervaringen en wat zij belangrijk vinden) of de vragenlijsten van de NVZ en ZKN. Onder systematisch onderzoek naar tevredenheid van patiënten wordt verstaan: 'het minimaal eenmaal per patiënt per kalenderjaar afnemen van een vragenlijst over of interview naar de tevredenheid van de patiënt'. Een andere methode is om dit bij alle patiënten op één dag in het jaar te doen.

Voerde u in het verslagjaar patiënttevredenheids-onderzoek uit?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht?

☐ ja

☐ nee*

[171] Het gaat hier om individuele specialisten. Een specialist die in 24 maanden driemaal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn functioneren telt eenmaal. Specialist die als gespreksleider functioneren bij gesprekken over andere specialisten mogen niet meegeteld worden.

* Geef toelichting

Toelichting:

Aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft in het verslagjaar.

18.4 Kwaliteitskeurmerk

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) stelt het hebben van een kwaliteitssysteem verplicht. Volgens de wet moet kwaliteit systematisch worden gemeten, zodat kan worden bekeken of doelstellingen en resultaten worden behaald of moeten worden bijgesteld om tot goede zorgverlening te leiden. Er moet in dit kader voldaan worden aan de volgende eisen:

- het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
- deze gegevens op systematische wijze toetsen of de uitvoering leidt tot goede zorg;
- op basis van deze uitkomst zo nodig de zorgverlening aanpassen.

Een kwaliteitskeurmerk kan bijdragen aan het proces van bewaken, beheersen en verbeteren van zorg. Het maakt de processen in de organisatie transparant en helpt ze te verbeteren.

PK 18.4.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk

Beschikte uw instelling in het verslagjaar over één of meer kwaliteitscertificaten?

☐ ja ☐ nee*

Indien ja (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ ISO 9001, datum laatste afgifte
- ☐ HKZ, datum laatste afgifte
- ☐ ZKN, datum laatste afgifte
- ☐ NIAZ, datum laatste afgifte
- ☐ JCI, datum laatste afgifte
- ☐ Anders, namelijk, datum laatste afgifte

Toelichting:

18.5 Meldcode

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Sinds 1 juli 2013^[172] zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Zie voor meer informatie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>.

Sinds 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg van kracht (Wkkgz). In artikel 8 Wkkgz staat de verplichting voor de zorgaanbieder een meldcode vast te stellen.

Een meldcode beschrijft in vijf stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval deze vijf stappen:

- 1 In kaart brengen van signalen.
- 2 Overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van Veilig thuis: het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Of een deskundige op het gebied van letselduiding.
- 3 Gesprek met de betrokkene(n).
- 4 Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. En bij twijfel altijd Veilig thuis raadplegen.
- 5 Beslissen over zelf hulp organiseren en melden.

* Geef
toelichting

[172] <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>

PK 18.5.1 Indicator Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

Beschikte en gebruikte uw instelling in het verslagjaar een meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling?

☐ ja ☐ nee*

Bodde uw organisatie, in het verslagjaar opleidingen en/of trainingen aan al het personeel dat patiënten-contact heeft voor het kunnen hanteren van de meldcode Huiselijk geweld en aan kindermishandeling?

☐ ja ☐ nee*

18.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen

De wetenschappelijke vereniging toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of de praktijkvoering aan vastgestelde normen voldoet. Doel van de visitatie is het verkrijgen van een objectief oordeel over de kwaliteit van de zorgverlening in een instelling. Als een instelling door de wetenschappelijke vereniging is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor goede zorgverlening.

Tot welk medisch specialisme behoorden de in uw instelling (in het verslagjaar) werkzame artsen:

- ☐ anesthesiologen
- ☐ KNO-artsen
- ☐ oogartsen
- ☐ cardiologen
- ☐ dermatologen
- ☐ plastisch chirurgen
- ☐ orthopeden
- ☐ MDL-artsen
- ☐ internisten
- ☐ cosmetisch artsen^[173]
- ☐ anders, namelijk:

PK 18.6.1 Indicator Visitatie door NVA^[174]

Waren alle in uw instelling werkzame anesthesiologen aangesloten bij de NVA?

☐ ja ☐ nee*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVA (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVA?

Werden er aanbevelingen gedaan?

☐ ja* ☐ nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

☐ ja* ☐ nee

* Geef toelichting

[173] Cosmetisch arts is geen RGS-geregistreerd medisch specialisme. De NVCG is niet aangesloten bij de Federatie Medisch Specialististen.

[174] Anesthesiologen die hebben deelgenomen aan de kwaliteitsvisaties ontvangen na volledige afronding van de visitaties een aantekening van hun deelname in het GAIA systeem.

Werden de zwaarwegende adviezen^[175] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVA hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

☐ ja* ☐ nee

Werden de voorwaarden^[176] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVA hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

PK 18.6.2 Indicator Visitatie door NVKNO

Waren alle in uw instelling werkzame KNO artsen aangesloten bij de NVKNO?

☐ ja ☐ nee*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVKNO (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVKNO?

Werden er aanbevelingen gedaan?

☐ ja* ☐ nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

☐ ja* ☐ nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[177] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVKNO hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

☐ ja* ☐ nee

Werden de voorwaarden^[178] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

[175] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[176] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

[177] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[178] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef toelichting

Heeft u van de NVKNO hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

PK 18.6.3 Indicator Visitatie door NOG

Waren alle in uw instelling werkzame oogartsen aangesloten bij het NOG?

☐ ja

☐ nee*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NOG (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door het NOG?

____ | ____ | ____

Werden er aanbevelingen gedaan?

☐ ja*

☐ nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

☐ ja*

☐ nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[179] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee*

Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja

☐ nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

☐ ja*

☐ nee

Werden de voorwaarden^[180] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee*

Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja

☐ nee*

Verkregen alle in uw instelling werkzame refractie-chirurgen een certificaat van het NOG?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

PK 18.6.4 Indicator Visitatie door NVVC

Waren alle in uw instelling werkzame cardiologen aangesloten bij de NVVC?

☐ ja

☐ nee*

[179] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

[180] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVVC (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVVC?

____ | ____ | ____

Werden er aanbevelingen gedaan?

☐ ja* ☐ nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

☐ ja* ☐ nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[181] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVVC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

☐ ja* ☐ nee

Werden de voorwaarden^[182] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVVC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

PK 18.6.5 Indicator Visitatie door NVDV

Waren alle in uw instelling werkzame dermatologen aangesloten bij de NVDV?

☐ ja ☐ nee*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVDV (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVDV?

____ | ____ | ____

Werden er aanbevelingen gedaan?

☐ ja* ☐ nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

☐ ja* ☐ nee

[181] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

[182] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

Werden de zwaarwegende adviezen^[183] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVDV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

☐ ja* ☐ nee

Werden de voorwaarden^[184] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVDV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

PK 18.6.6 Indicator Visitatie door NVPC

Waren alle in uw instelling werkzame plastisch chirurgen aangesloten bij de NVPC?

☐ ja ☐ nee*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVPC (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVPC?

____ | ____ | ____

Werden er aanbevelingen gedaan?

☐ ja* ☐ nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

☐ ja* ☐ nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[185] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVPC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

☐ ja* ☐ nee

Werden de voorwaarden^[186] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

[183] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[184] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

[185] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[186] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef
toelichting

Heeft u van de NVPC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

PK 18.6.7 Indicator Visitatie door NOV

Waren alle in uw instelling werkzame orthopeden aangesloten bij de NOV?

☐ ja

☐ nee*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NOV (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie in uw instelling door de NOV?

Werden er aanbevelingen gedaan?

☐ ja*

☐ nee

Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?

☐ ja*

☐ nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[187] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee*

Heeft u van de NOV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja

☐ nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

☐ ja*

☐ nee

Werden de voorwaarden^[188] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja

☐ nee*

Heeft u van de NOV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

PK 18.6.8 Indicator Visitatie door NVMDL^[189]

Waren alle in uw instelling werkzame MDL-artsen aangesloten bij de NVMDL?

☐ ja

☐ nee*

[187] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[188] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen

de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

[189] Betreft visitatie van een MDL-arts of internist die endoscopieën uitvoert. Visitatie door de NVMDL van internisten betreft uitsluitend internisten die endoscopieën uitvoeren in diagnostische instellingen vallende onder de geformuleerde doelgroep van particuliere klinieken.

* Geef toelichting

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie van MDL-artsen plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja ☐ nee*

Waren alle in uw instelling werkzame internisten die endoscopieën uitvoerden aangesloten bij de NVMDL?

☐ ja ☐ nee*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie van internisten die endoscopieën uitvoerden plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVMDL?

____ | ____ | ____

Werden er aanbevelingen gedaan?

☐ ja ☐ nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

☐ ja ☐ nee*

Werden de zwaarwegende adviezen^[190] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVMDL hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

☐ ja ☐ nee*

Werden de voorwaarden^[191] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Heeft u van de NVMDL hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

PK 18.6.9 Indicator visitatie NIV

Waren alle in uw instelling werkzame internisten aangesloten bij de NIV?

☐ ja ☐ nee*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NIV (dus inclusief verslagjaar)?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

[190] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[191] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NIV?			
Werden er aanbevelingen gedaan?	☐ ja	☐ nee	
Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?	☐ ja	☐ nee*	
Werden de zwaarwegende adviezen aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	☐ ja	☐ nee*	
Heeft u van de NIV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	☐ ja	☐ nee*	
Werden er voorwaarden gesteld?	☐ ja	☐ nee*	
Werden de voorwaarden aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	☐ ja	☐ nee*	
Heeft u van de NIV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	☐ ja	☐ nee*	
Toelichting:			

PK 18.6.10 Indicator visitatie NVCG

Waren alle in uw instelling werkzame cosmetisch artsen aangesloten bij de NVCG?	☐ ja	☐ nee*
Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVCG (dus inclusief verslagjaar)?	☐ ja	☐ nee*
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVCG?		
Werden er aanbevelingen gedaan?	☐ ja	☐ nee*
Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?	☐ ja	☐ nee*
Werden de zwaarwegende adviezen aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	☐ ja	☐ nee*
Heeft u van de NVCG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	☐ ja	☐ nee*
Werden er voorwaarden gesteld?	☐ ja	☐ nee*
Werden de voorwaarden ^[192] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	☐ ja	☐ nee*

* Geef toelichting

[192] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen

de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

Heeft u van de NVCG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

☐ ja

☐ nee*

Toelichting:

18.7 Medische technologie

In Nederlandse zorginstellingen is het gebruik van medische hulpmiddelen niet meer weg te denken. Het gaat om relatief eenvoudige hulpmiddelen, maar ook zeer complexe apparatuur.

Uit dossieronderzoek van het NIVEL in 2015/2016 blijkt dat bij ongeveer eenderde deel van de vermijdbare schade, medische technologie mogelijk een rol gespeeld heeft^[193]. Deze vermijdbare schade leidt tot hoge kosten, menselijk leed en emotionele schade.



18.7.1 Indicator Veilige toepassing van infuuspompen

In de komende jaren zal steeds meer (complexe) technologie worden toegepast in de zorg. Dit maakt het beheersen van risico's die samenhangen met de inzet van technologie steeds belangrijker. Om vermijdbare schade door toepassing van risicovolle medische hulpmiddelen terug te dringen, is het nodig dat zorgverleners die medische hulpmiddelen toepassen hiertoe geschoold en getraind zijn en zich meer bewust raken van de risico's. Een eerste stap is de borging van bevoegd- en bekwaamheden voor het gebruik van infuuspompen, die in een groot deel van de klinische processen worden toegepast.

Veilig gebruik van infuuspompen is ook verbonden met andere aspecten van veilige zorg; denk aan voorbehouden handelingen als infuus prikken en medicatie toedienen. Maar bijvoorbeeld ook met een veilig werkklimaat, het veilig aanspreken van elkaar en het goed onderling samenwerken.

In de afgelopen jaren zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar de belangrijkste risico's bij toepassing van medische hulpmiddelen. Een belangrijk deel van de risico's wordt niet zozeer door de technologie zelf veroorzaakt, maar vloeit voort uit onzorgvuldigheden in het gebruik of de toepassing van de techniek.^[194]

Probleemstelling

Door verkeerd gebruik van medische hulpmiddelen kunnen patiënten schade oplopen. Uit dossieronderzoek van het NIVEL in 2015/2016 blijkt dat bij ongeveer eenderde deel van de vermijdbare schade, medische technologie mogelijk een rol gespeeld heeft in het ontstaan van de schade^[195]. De oorzaken van deze gebeurtenissen waren voornamelijk gerelateerd aan menselijke factoren^[196].

Om medische hulpmiddelen veilig te kunnen toepassen, dient iedereen die medische hulpmiddelen toepast in de patiëntenzorg hiertoe bevoegd en bekwaam te zijn. De bevoegdheid en bekwaamheid om specifieke hulpmiddelen toe te passen, is gebaseerd op scholing en training en dient geregistreerd te worden.

Op dit moment is de registratie en borging van bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners die medische hulpmiddelen toepassen nog onvoldoende^[197]. De mate waarin is vastgelegd welke kennis en vaardigheden nodig zijn en de borging daarvan, verschilt per ziekenhuis en per beroepsgroep. Trainingen zijn veelal op basis van ervaring en train-de-trainer en er wordt beperkt herschoold.^[198]

Infuustechnologie wordt binnen veel behandelingen toegepast door veel verschillende personen, met daardoor een groot risico op schade voor de patiënt. Ook voor tijdelijke medewerkers, stagiairs en leerlingen dient vastgelegd te zijn welke kennis en vaardigheden nodig zijn voor het bedienen van infuuspompen. Hierbij dient niet alleen aandacht te zijn voor het bedienen van de pomp, maar ook voor het kunnen omgaan met infusie in bredere zin. Denk daarbij aan het doen van een dubbel check en rekenen omtrent pompstanden.

[193] Nivel, EMGO+ Instituut/VUmc (2013). Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel.

[194] Expertgroep Medische Technologie (2011). Medische Technologie at risk? Onderzoeksrapportage in opdracht van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

[195] Langelan M, Broekens MA, de Bruijne MC, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse

ziekenhuizen. Utrecht: EMGO+ instituut en NIVEL, Nederland; 2017.

[196] Schippers, E.I. (2015). Kamerbrief veiligheid medische hulpmiddelen. 4 februari 2015.

[197] IGZ (2014). Veilig gebruik van medische technologie krijgt onvoldoende bestuurlijke aandacht in ziekenhuizen. Utrecht: IGZ.

[198] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). Risicovolle medische technologie en specifieke eisen aan bekwaamheid. Bilthoven: RIVM.

* Geef toelichting

Richtlijn/norm

In een aantal normen en leidraden wordt aandacht besteed aan scholing voor gebruik van medische hulpmiddelen en de borging daarvan:

- Convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in de medisch specialistische zorg'.
- Leidraad 'Verantwoordelijkheid medisch specialist bij aanschaf, ingebruikname en gebruik van medische apparatuur'^[199].
- Besluit 'Vaststelling van nadere regels ter uitvoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg'^[200].
- Leidraad 'Nieuwe interventies in de klinisch praktijk'^[201].

Doelstelling

Het doel is om potentieel vermijdbare schade te voorkomen door ervoor te zorgen dat iedereen die infuuspompen bedient in de patiëntenzorg, hiervoor bevoegd en bekwaam is. Instellingen dienen eind 2018 te hebben vastgesteld aan welke bevoegd- en bekwaamheidseisen met betrekking tot infuuspompen de zorgverleners dienen te voldoen en geregistreerd te hebben wie bevoegd en bekwaam zijn voor de toepassing hiervan.

- Definities
 - **Infuuspomp:** een pomp waarmee oplossingen intraveneus, subcutaan of epiduraal toegediend worden. Hiermee worden volumetrische infuuspompen, spuitpompjes en elastomeerpompen bedoeld. De toegediende oplossingen zijn bijvoorbeeld medicatie, fysiologisch zout, glucose, transfusiebloed of plasma.
 - **Medisch hulpmiddel**^[202]: elk instrument, toestel of apparaat, elke software of stof of elk ander artikel dat of die alleen of in combinatie wordt gebruikt, met inbegrip van elk hulpstuk en de software die voor de goede werking ervan benodigd is, dat of die door de fabrikant speciaal is bestemd om te worden gebruikt voor diagnostische of therapeutische doeleinden, en door de fabrikant is bestemd om bij de mens te worden aangewend voor:
 - diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van ziekten,
 - diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van verwondingen of een handicap,
 - onderzoek naar of vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces,
 - beheersing van de bevruchting, waarbij de belangrijkste beoogde werking in of aan het menselijk lichaam niet met farmacologische of immunologische middelen of door metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund;
 - **Bedienen:** met het bedienen van een infuuspomp wordt bedoeld het instellen, aansluiten, en/of controleren van de infuuspomp.
 - **Bevoegd:** de zorgverlener heeft een diploma of scholingscertificaat behaald of scholing gevolgd op grond waarvan hij/zij in staat wordt geacht bepaalde deskundigheden te bezitten. De belangrijkste voorwaarde waaraan daarnaast voldaan moet worden voordat een handeling uitgevoerd wordt, is de bekwaamheid van de uitvoerder: onbekwaam maakt onbevoegd.
 - **Bekwaam:** de zorgverlener beschikt over de (actuele) kennis en vaardigheid om in een bepaalde situatie verantwoord een handeling uit te kunnen voeren. Het spreekt vanzelf dat het volgen van een opleiding een belangrijke en voor de hand liggende manier is om deskundigheid en bekwaamheid voor het uitvoeren van handelingen te verwerven. Die bekwaamheid kan echter ook op een andere manier worden verkregen, bijvoorbeeld door bij- en nascholing, vaardigheidstraining of het meerdere malen onder toezicht uitvoeren van de handeling.^[203,204]
- **Bekwaamheidseisen:** de zorginstelling dient vast te leggen aan welke bevoegd- en bekwaamheidseisen zorgverleners die medische hulpmiddelen bedienen moeten voldoen. Ook wordt vastgesteld hoe de bevoegd- en bekwaamheid wordt vastgesteld. Hierbij dient ook aandacht besteed te worden aan eventuele herhalingsfrequentie van scholingen of toetsen en nieuwe scholing en toetsing bij de situatie van een nieuw type pomp.
- Inclusiecriteria:
 - Elke zorgverlener die een infuuspomp bedient.

[199] Orde van Medisch Specialisten en Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (2014). Leidraad 'Verantwoordelijkheid medisch specialist bij aanschaf, ingebruikname en gebruik van medische apparatuur'. Utrecht: OMS en NVA.

[200] Schippers, E.I. (2015). Besluit van 13 november 2015, houdende vaststelling van nadere regels ter uitvoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Jaargang 2015, Nr. 447.

[201] Orde van Medisch Specialisten en Zorginstituut Nederland (2014). Leidraad 'Nieuwe interventies in de klinische praktijk'. Utrecht: KIMS.

[202] Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (1970). Wet op de medische hulpmiddelen.

[203] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1996). Onder Voorbehoud; Informatie over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG.

[204] Op het moment van het vaststellen van de indicator zijn er geen landelijk vastgestelde bekwaamheidseisen voor gebruik van infuuspompen aanwezig. Dat betekent dat zorginstellingen zelf de bekwaamheidseisen dienen vast te leggen. Indien landelijk criteria worden vastgesteld, kan deze indicator doorontwikkeld worden.

Beschikt uw zorginstelling over instellingsbreed beleid dat beschrijft welke bevoegd- en bekwaamheidseisen gelden voor zorgverleners die medische hulpmiddelen toepassen in zorgprocessen, en hoe de bevoegd- en bekwaamheid wordt vastgesteld (peildatum 31 december van het verslagjaar)?

☐ ja ☐ nee*

Bij het invullen kunt u in de noemer ook het aantal te volgen opleidingen voor het bedienen van infuuspompen opnemen, en in de teller het aantal gevolgde en geregistreerde opleidingen. Geef dan wel in de toelichtende tekst aan dat u op deze manier gerapporteerd hebt.

Teller: Aantal zorgverleners met een functie die het bedienen van infuuspompen omvat, voldoet op de peildatum (31 december van het verslagjaar) getoetst en geregistreerd aan uw instellingsbreed beleid met de vastgestelde eisen voor kennis en vaardigheden ten aanzien van het bedienen van infuuspompen.

Noemer: Aantal zorgverleners in uw instelling met een functie die het bedienen van infuuspompen omvat (peildatum 31 december van het verslagjaar).
Invulinstructie: denk hierbij o.a. aan verpleegkundigen, artsen, stagiairs, leerlingen.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

18.8 Continuïteit van zorg



18.8.1 Verbeterdoel Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten

Waarom is overdracht belangrijk voor continuïteit van zorg en waarom zal dat belang toenemen?

Een goede overdracht na ontslag of overplaatsing is tijdig, kent duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheden, is compleet en correct. De overdracht is noodzakelijk om goede zorg te kunnen leveren voor de opvolgend zorgverlener, zoals huisarts of specialist ouderengeneeskunde. In de eerste twee weken na ontslag bezoeken veel patiënten de huisarts met vragen of problemen. Als de huisarts niet op de hoogte is van wat er in het ziekenhuis is gebeurd, of als geen actueel medicatieoverzicht is, kunnen onveilige situaties ontstaan. Door de toenemende specialisatie van zorgverleners en de concentratie van zorg neemt het aantal overdrachtssituaties toe. Ook worden steeds meer behandelingen uitgevoerd in een kortdurend verblijf in een instelling, waarna de huisarts of de thuiszorg verder verantwoordelijk is voor de opvang.

Wat zijn de risico's, wat gaat er mis?

De consequenties van een niet-tijdige en onvolledige overdracht kunnen groot zijn: 7% van de volwassen patiënten wordt binnen 30 dagen na ontslag heropgenomen en dit gebeurt vooral in de eerste twee weken na ontslag. Bij kwetsbare groepen ligt het aantal heropnames zelfs rond de 12%. Heropnames kunnen het gevolg zijn van medicatiefouten of onvolledige informatie aan de patiënt die daardoor bepaalde complicaties niet tijdig herkent. Ook het niet uitvoeren van acties voortkomend uit de overdracht zoals onvoldoende nazorg kunnen tot heropname leiden. Bepaalde groepen hebben ook een grotere kans te worden heropgenomen: een eerdere acute opname in het ziekenhuis, de aanwezigheid van co-morbiditeit, depressiviteit, cognitieve problemen en polyfarmacie vergroten de kans op een heropname. Uit het onderzoek van IGJ blijken de overdrachten van arts, verpleegkundige en apotheek vaak nog niet goed op elkaar afgestemd en overlap (en dus dubbel werk) bevatten. Ook is er veel aandacht voor het beschrijven wat er allemaal aan diagnostiek en behandeling is uitgevoerd. Terwijl de opvolgend zorgverlener graag wil weten wat er thuis moet gebeuren, of er specifieke leefregels zijn, welke nazorg is ingezet, bij welke complicaties contact gezocht moet worden met het ziekenhuis en wie dan de contactpersoon is.

* Geef
toelichting

Hoe kan een instelling zorgen voor continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten?

De instelling moet aantoonbaar goed beleid voeren om de juiste informatie zo snel bij de opvolgende verantwoordelijke zorgverlener af te leveren zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd is. Het doel van een overdracht is om de juiste informatie zo snel mogelijk bij de juiste verantwoordelijke persoon af te leveren. De indicator is een hulpmiddel om kwaliteitsverbetering in dit traject te bewerkstelligen. Tegelijkertijd moet duidelijk zijn dat de minimale kwaliteit van de overdracht ook nu al op elk moment gewaarborgd is.

Hoe laat de instelling zien dat er aantoonbaar goed beleid is en uitgevoerd wordt bij overdracht?

Deze indicator heeft als doel om te verzekeren dat er tijdig een overdracht plaatsvindt met daarin een set minimale vereiste informatie. Op deze manier kunnen problemen na ontslag uit de instelling worden voorkomen.

In de overdracht moeten tenminste de volgende zaken worden verwoord:

- actuele aandoeningen en interventies tijdens opname
- behandelplan met acties die de eerste week moeten plaatsvinden
- het actueel medicatieoverzicht
- contactgegevens (naam en telefoonnummer) van de persoon/collega, waar men extra informatie kan opvragen of waarmee te overleggen
- het reanimeer- en behandelbeperkingenbeleid

Instellingen kunnen er voor zorg dragen dat minimaal de bovenstaande gegevens in de overdracht zijn opgenomen. Indien de overdracht digitaal verstuurd kan worden is de tijdsindicatie van versturen binnen 24 uur na ontslag realistisch. De indicator is onderdeel van de Leidraad Zorgpad Kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en over de keten heen van de NVKG (2018) en gebaseerd op de Richtlijn Informatie-uitwisseling van Huisarts en medisch specialist (HASP) van de NHG (2017).

- *Inclusiecriteria:*
 - *Alle ouderen van 70 of ouder op het moment van opname, die langer dan één dag (24 uur) in de instelling zijn opgenomen.*
- *Exclusie criterium:*
 - *Patiënten die doorgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis.*
 - *Patiënten die in het ziekenhuis overlijden.*

Toelichting: ook bij patiënten die van het ene ziekenhuis naar het andere worden overgeplaatst is het van belang dat de overdracht adequaat is. Dat is echter een doelgroep waar deze indicator niet over gaat.

1 Beschrijf op welke wijze overdracht van kwetsbare groepen aandacht krijgt binnen uw ziekenhuis/instelling en beschrijf op welke wijze beleid wordt ingezet t.b.v. kwaliteitsverbetering.

2 Beschrijf hoe dit beleid wordt geëvalueerd.

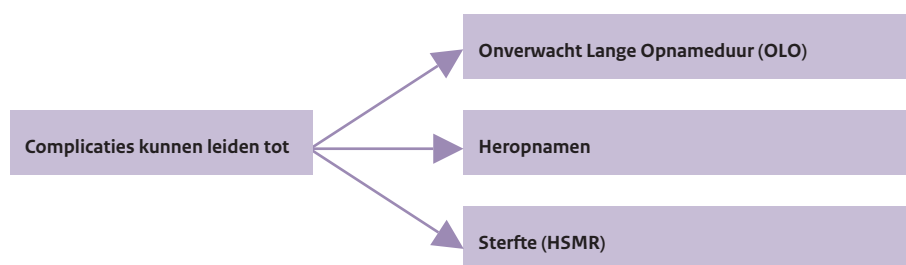
19 Onverwacht lange opnameduur en heropnamen

In Nederland is vanaf 2006 gewerkt aan de ontwikkeling van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Dit is een deels gecorrigeerde maat voor ziekenhuissterfte bij 157 diagnosegroepen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft alle ziekenhuizen vanaf 2013 verplicht de HSMR en de SMR's per patiëntencategorie openbaar te maken. Deze indicatoren verkrijgt de inspectie via de NZa.

Een indicator die alleen gebaseerd is op ziekenhuissterfte, toont – als het om het in beeld brengen van complicaties gaat – in feite slechts 'het topje van de ijsberg' van complicaties. De meeste complicaties leiden niet tot sterfte, maar tot andere vormen van schade die kunnen leiden tot een verlengde opnameduur of tot heropnamen.

Figuur 1 geeft drie samenhangende uitkomstindicatoren weer voor mogelijk negatieve uitkomsten van klinische ziekenhuiszorg: onverwacht lange opnameduur (OLO), heropnamen en sterfte.

Figuur 1
Samenhangende uitkomstindicatoren



Het is belangrijk om deze indicatoren niet geïsoleerd te beoordelen maar in samenhang, omdat er substitutie tussen deze indicatoren kan optreden. Deze indicatoren kunnen ziekenhuizen inzetten om het dossieronderzoek efficiënter uit te voeren. Een aselechte steekproef van dossiers geeft een goed inzicht in het landelijke beeld van onbedoelde schade, terwijl een selectie van dossiers op basis van OLO, Heropnamen en HSMR de kans op het vinden van dossiers met adverse events vergroot. De brancheorganisatie DHD is één van de partijen die ziekenhuizen instrumenten biedt waarmee ziekenhuizen dossieronderzoek op basis van deze indicatoren efficiënter kunnen uitvoeren.

19.1 Onverwacht lange opnameduur

Uit onderzoek van EMGO en NIVEL naar zorggerelateerde schade in Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat 1,6% van alle in 2011/2012 in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken kreeg met potentieel vermijdbare schade. Dat is 30% minder dan in 2004 en 45% minder dan in 2008^[205].

Het onderzoek benoemt een aantal triggers in ziekenhuisdossiers die helpen bij het opsporen van onbedoelde en vermijdbare gebeurtenissen die tot schade bij patiënten kunnen leiden. Inmiddels doen vele ziekenhuizen dossieronderzoek voor het monitoren en waar mogelijk verminderen van vermijdbare schade. Hiertoe traint onder andere de brancheorganisatie DHD, de medewerkers uit het ziekenhuis, om triggers te signaleren en vervolgens in de geïdentificeerde dossiers systematisch te zoeken naar onbedoelde gebeurtenissen. Uit het EMGO/NIVEL onderzoek blijkt dat een veel langere opnameduur dan verwacht een goed meetbare en belangrijke trigger is. Deze onverwacht lange opnameduur wordt vrijwel altijd veroorzaakt door onverwachte complicaties die al dan niet aan de zorgverlening gerelateerd

[205] Langelaan M, Broekens MA, de Bruijne MC, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: EMGO+ instituut en NIVEL, Nederland; 2017.

zijn. Ook recent onderzoek laat zien dat het selecteren op basis van onverwacht lange opnameduur voor het dossieronderzoek de kans op het vinden van onbedoelde schade vergroot en een belangrijk handvat biedt om de zorg te verbeteren^[206]. Omdat ziekenhuizen opnameduur al standaard in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) registreren, is de onverwacht lange opnameduur een makkelijk meetbare indicator zonder extra registratielast^[207].

19.1.1 Indicator Onverwacht lange opnameduur

Onder 'onverwacht lange opnameduur' verstaat de inspectie een opnameduur die langer is dan verwacht mag worden op basis van kenmerken van de patiënt. Voor een uitgebreide toelichting over de berekening van de verwachte opnameduur wordt verwezen naar het Rapport LBZ-indicatoren over het betreffende registratiejaar dat uitgebracht wordt door DHD. Voor de berekening van de OLO wordt het aantal onverwacht lange opnamen gedeeld door het aantal opnamen in het ziekenhuis. Bij de berekening van de verwachte opnameduur wordt rekening gehouden met de relevante casemixvariabelen, waaronder hoofddiagnose, leeftijd, geslacht, urgentie, verrichting en comorbiditeiten.

DHD maakt voor elk ziekenhuis dat aan de LBZ deelneemt een rapportage waarin deze indicator is uitgewerkt. Naast de indicatorgegevens bevat de rapportage ook een overzicht per specialisme en een bestand met gegevens op patiëntniveau dat het ziekenhuis kan gebruiken voor dossieronderzoek.

De gegevens van deze indicator vult DHD, indien van toepassing voor uw ziekenhuis, reeds vooraf in. U hoeft de gegevens bij de invoer-module op de website alleen te accorderen.

- Inlusiecriteria:
 - Klinische opnamen.
- Exclusiecriteria:
 - Dagopnamen.
 - Opnamen waarbij de patiënt in het ziekenhuis is overleden.

Voor de volledige exclusiecriteria en casemixcorrectie wordt verwezen naar de methodologische verantwoording in het Rapport LBZ-indicatoren over het betreffende registratiejaar dat uitgebracht wordt door DHD.

Heeft DHD voor uw ziekenhuis de onverwacht lange opnameduur kunnen berekenen?

☐ ja ☐ nee*

Teller: aantal opnamen in het verslagjaar waarbij de gerealiseerde opnameduur langer was dan verwacht.

Noemer: totaal aantal opnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Ratio (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

19.2 Heropnamen

Heropnamen kunnen een indicatie geven over de patiëntveiligheid. Hiervoor is het nodig voor zover mogelijk onderscheid te maken tussen heropnamen die het gevolg zijn van verminderde patiëntveiligheid en kwaliteit en heropnamen die voortkomen uit het ziekte- of behandelproces dat een patiënt doorloopt. Op basis van een administratieve database (LBZ) valt dit onderscheid nooit met 100% zekerheid te maken. De heropnamenratio is een indicator die een signaal kan geven dat een ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen weinig/gemiddeld/veel heropnamen heeft. Een afwijkende heropnamenratio moet leiden tot nader onderzoek: wat zijn onderliggende oorzaken voor de gevonden heropnamenratio?

* Geef toelichting

[206] Cihangir S, Borghans I, Hekkert K, et al. A pilot study on record reviewing with a priori patient selection. *BMJ Open* 2013;3:e003034. doi:10.1136/bmjopen-2013-003034.

[207] Borghans I, Hekkert KD, den Ouden L, et al. Unexpectedly long hospital stays as an indicator of risk of unsafe care: an exploratory study. *BMJ Open* 2014;4:e004773. doi:10.1136/bmjopen-2013-004773.

Heropnamen is een indicator in ontwikkeling, waarbij de definitie en berekening zo gekozen is dat het zo goed mogelijk onderscheid maakt tussen heropnamen als gevolg van verminderde patiëntveiligheid en kwaliteit en heropnamen vanwege overige redenen, waaronder de heropnamen die standaard onderdeel van de zorg uitmaken.

19.2.1 Indicator Heropnamen

Onder 'heropname' verstaat de inspectie een opname binnen 30 dagen na de ontslagdatum van de indexopname van de patiënt. De indexopname is de opname vóór de heropname. Voor de berekening van de heropnamenratio wordt het werkelijke aantal heropnamen gedeeld door het verwachte aantal heropnamen. Het verwachte aantal heropnamen wordt bepaald door rekening te houden met de relevante casemixvariabelen, waaronder leeftijd, geslacht, urgentie van de indexopname en comorbiditeiten.

- **Inclusiecriteria:** Klinische opnamen.
- **Exclusiecriteria:** De diagnosegroepen oncologie, obstetrie en psychiatrie worden momenteel uitgesloten in zowel index- als heropname en teller als noemer. Daarnaast worden de opnamen waarin een patiënt is overleden niet meegenomen in de noemer van de indicator.

Voor de volledige exclusiecriteria en casemixcorrectie wordt verwezen naar de methodologische verantwoording in het Rapport LBZ-indicatoren over het betreffende registratiejaar dat uitgebracht wordt door DHD.

De gegevens ten behoeve van deze indicator zijn beschikbaar in de LBZ. DHD stelt voor elk ziekenhuis dat volledig aan de LBZ deelneemt een rapportage op waarin de indicator heropnamenratio is uitgewerkt. De gegevens voor deze indicator vult DHD, indien uw ziekenhuis volledig deelneemt aan de LBZ, reeds vooraf in op <https://omniq.dhd.nl>. U hoeft de gegevens bij de invoermodule op de website alleen over te nemen.

Werkelijk aantal heropnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Verwacht aantal heropnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Ratio (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

20 Inventarisatievragen particuliere klinieken

In dit hoofdstuk vindt u inventarisatievragen specifiek voor de particuliere klinieken. Dit zijn vragen die de inspectie meer inzicht geven in de organisatie van de particuliere kliniek. De inventarisatievragen zijn onderverdeeld in algemene organisatorische vragen, vragen over het personeel en vragen over de behandelingen die een instelling aanbiedt. Bij enkele inventarisatievragen is het diagnostisch onderzoek^[208] geëxcludeerd. Dit is expliciet aangegeven en indien dit niet is benoemd, dan moeten deze aantallen dus worden geïnccludeerd.

De inventarisatievragen moet elke particuliere kliniek beantwoorden voordat de resultaten op de indicatoren digitaal aangeleverd kunnen worden.

Algemene organisatie

Inventarisatievraag: Organisatie

Naam instelling

Aantal locaties

Naam locatie (indien van toepassing)

KvK-nummer

Vestigingsnummer^[209]

Straatnaam en huisnummer

Postcode

Woonplaats

Correspondentie emailadres

Beschikt u over een openbare website?

☐ ja, het internetadres is http://

☐ nee

Werd er in uw instelling behandeling en/of onderzoek uitgevoerd in het verslagjaar?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting

Had uw instelling afspraken met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties, die niet in de instelling behandelbaar zijn terecht kan (gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week)?

☐ ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen

☐ ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen

☐ nee *

[208] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, bio-metrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

[209] Elke vestiging van een onderneming of rechtspersoon in het Handelsregister heeft een uniek vestigingsnummer van 12 cijfers. Het vestigingsnummer is zichtbaar in het uittreksel, de adresseselectie, het mutatieabonnement en de bestandsvergelijking.

* Geef toelichting

Toelichting

Had uw instelling afspraken met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van het ziekenhuis?

- ☐ ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
- ☐ ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
- ☐ nee*

Toelichting

Is het mogelijk in uw instelling te overnachten na een behandeling?

- ☐ ja ☐ nee

Personeel

Basisartsen spelen een belangrijke rol en hebben veel verantwoordelijkheid binnen particuliere klinieken. Soms volgen zij aanvullende cursussen in andere Europese landen of in de VS, bijvoorbeeld voor laserbehandeling of liposuctie. De kwaliteit hiervan kan niet worden beoordeeld en de inhoud van een dergelijke cursus is soms strijdig met de Nederlandse opvattingen.

De raad van bestuur/directie blijkt soms onbekend met de risico's van de behandeling en met de organisatorische voorwaarden daarvoor. Niet altijd is de kennis aanwezig die nodig is om te bepalen welke personele kwalificaties nodig zijn voor een behandeling.

Inventarisatievraag: Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE

De Wet BIG spreekt zich uitdrukkelijk uit over de bevoegdheid en de bekwaamheid van beroeps-beoefenaren. Ook al is een beroeps-beoefenaar bevoegd tot het uitvoeren van een bepaalde behandeling, indien hij niet bekwaam is mag hij de behandeling toch niet uitvoeren. De norm is dus dat een behandeling wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die bevoegd en bekwaam is om dergelijke handelingen of verrichtingen te doen. Het is een taak van de raad van bestuur/directie om de BIG-registratie, maar ook de bekwaamheid van de zorgverleners te controleren, bewaken en vast te leggen. Dit vanwege de risico's die een behandeling door een onbekwaam arts met zich meebrengt, ook bij de indicatiestelling voor de ingreep en het inschatten van de resultaten van de behandeling bij een patiënt.

De volgende vragen gaan over de samenstelling, de deskundigheid en de bekwaamheid van de zorgverleners.

- Inslusiecriteria:
 - Onder medisch specialisten worden ook in het buitenland opgeleide artsen die een BIG en RGS-registratie hebben, bedoeld.
 - Ingehuurd (ziekenhuis)personeel.

Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde basisartsen werkzaam in uw instelling?

- ☐ ja ☐ nee

Het aantal BIG-geregistreerde basisartsen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkzaam in uw instelling?

- ☐ ja ☐ nee

Het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

Waren er in het verslagjaar geregistreerde anesthesie-medewerkers en OK-assistenten^[210] werkzaam in uw instelling?

- ☐ ja ☐ nee

* Geef toelichting

[210] Geregistreerd of in het bezit van een Nederlands diploma.

Het aantal geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten (in FTE) werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Waren er in het verslagjaar RGS-geregistreerde medisch specialisten werkzaam in uw instelling?

☐ ja ☐ nee

Het aantal RGS-geregistreerde medisch specialisten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Het totaal aantal personeelsleden (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Inventarisatievraag: Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in FTE)

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat er verschillen kunnen zijn tussen artsen die in Nederland zijn opgeleid en artsen die in het buitenland zijn opgeleid. Dat kan de methode van indicatiestelling betreffen of de kennis van in Nederland gehanteerde protocollen. Daarnaast kan een mogelijk minder goede beheersing van de Nederlandse taal problemen opleveren in de communicatie. Dit kan zowel in de samenwerking met andere zorgverleners als in de communicatie met de patiënt, bijvoorbeeld bij het informed consent.

- Definitie:
Buitenlandse artsen zijn gedefinieerd als artsen die hun medische basisopleiding en/of hun medisch specialistische opleiding buiten Nederland hebben gevolgd. Ook buitenlandse artsen met een tijdelijk contract, buitenlandse artsen die hun vervolgopleiding nog niet hebben afgemaakt of freelance werkende buitenlandse artsen vallen hieronder.

Waren er in het verslagjaar (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding werkzaam in uw instelling?

☐ ja ☐ nee

Het aantal (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding in het verslagjaar (NIET in FTE)?

Het aantal (RGS-geregistreerde) medisch specialisten in het verslagjaar (NIET in FTE).

Het aantal BIG-geregistreerde basisartsen in het verslagjaar (NIET in FTE).

Indien u één of meer (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding in dienst had in het verslagjaar: Is één of meer van de (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding medisch eindverantwoordelijk?

☐ ja ☐ nee*

Toelichting:

Inventarisatievraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen veelal meer mogelijkheden hebben om deel te nemen aan kwaliteitsbevorderende activiteiten.

Waren er in het verslagjaar in uw instelling werkzame medisch specialisten ook werkzaam bij een ziekenhuis?

☐ ja ☐ nee*

* Geef
toelichting

Het aantal in uw instelling werkzame medisch specialisten, dat ook werkzaam was bij een ziekenhuis (**NIET** in FTE).

Toelichting

Inventarisatievraag: Bereikbaarheid

- Definitie 24 uur per dag oproepbaar:
24 uur per dag telefonisch bereikbaar en in staat om binnen afzienbare tijd in de instelling aanwezig te zijn.

Hoe was de 24-uurs continuïteit van zorg in het verslagjaar gewaarborgd?

- ☐ De behandelend arts was 24 uur per dag oproepbaar
☐ De dienstdoende arts was 24 uur per dag oproepbaar
☐ De instelling levert zelf geen 24-uurs continuïteit*
☐ Anders, licht toe*

Konden patiënten telefonisch contact krijgen met de behandelend arts in geval van vragen (eventueel met tussenkomst van een verpleegkundige)?

- ☐ ja ☐ nee*

Toelichting

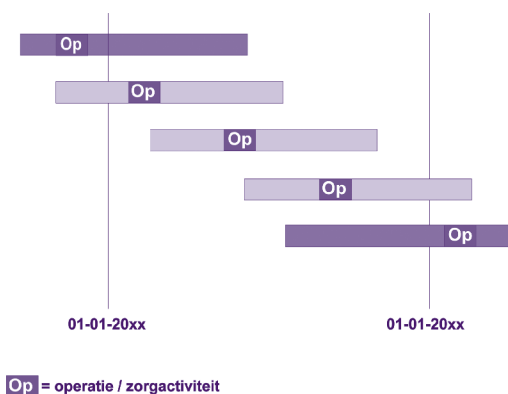
Behandelingen

Om een beeld te krijgen van het aantal patiënten dat behandeld wordt en het aantal behandelingen dat wordt uitgevoerd door instellingen wordt het totaal aantal patiënten en behandelingen gevraagd.

- Definitie behandelingen:
Een behandeling betreft een in het verslagjaar nieuw gestart behandeltraject van medische (specialistische) of gedragwetenschappelijke aard, maar hoeft niet een afgesloten (DOT)traject te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt. Verrichtingen die voortvloeien uit één diagnose/behandelindicatie zoals een consult en de daarna volgende behandeling en nacontrole dienen als één behandeling te worden beschouwd. Dat geldt ook voor een serie behandelingen in het kader van bijvoorbeeld natte maculadegeneratie of obesitas. Niet ieder afzonderlijk contactmoment in een serie wordt geteld.

In figuur 3.1 staat schematisch weergegeven welke behandelingen meegeteld kunnen worden voor het verslagjaar. Elk balkje staat voor een zorgtraject met een voorbereiding, zorgactiviteit of operatie en nazorg. De drie middelste zorgtrajecten worden geselecteerd omdat de zorgactiviteiten of operaties binnen het verslagjaar vallen.

Figuur 3.1. Schematische toelichting op de selectie van de behandelingen^[211]



* Geef
toelichting

[211] Bron figuur: indicatorenset Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, deel cataract.

Inventarisatievraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen

- Definitie diagnostisch onderzoek:
Alle beeldvormende, biometrische, klinisch chemische en/of pathologische onderzoeken.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat binnen uw instelling werd behandeld en/of waar diagnostisch onderzoek^[212] werd uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Indien ja:

Voerde uw instelling diagnostisch onderzoek^[213] uit in het verslagjaar?

ja ☐ nee ☐

Indien ja, was dat (meerdere antwoorden mogelijk):

- ☐ Cardiologisch onderzoek
- ☐ Maag-, darm-, leveronderzoek
- ☐ Spirometrie
- ☐ (Histamine)provocatietest
- ☐ Inspanningstest
- ☐ Bronchoscopie
- ☐ Klinisch chemisch onderzoek
- ☐ Anders, namelijk:

Toelichting:

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij binnen uw instelling diagnostisch onderzoek^[214] plaats vond?

☐ ja ☐ nee*

Totaal aantal patiënten in het verslagjaar.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal diagnostische onderzoeken dat in uw instelling werd uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Totaal aantal diagnostische onderzoeken in het verslagjaar.

Toelichting:

Binnen het totale aantal onderzoeken kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet invasieve onderzoeken.

- Definitie invasieve onderzoeken:
onderzoeken waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Hieronder vallen ook alle endoscopische onderzoeken.

Voerde uw instelling het verslagjaar invasieve onderzoeken uit?

☐ ja ☐ nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve onderzoeken dat in uw instelling werd uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

* Geef toelichting

[212] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

[213] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend,

biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

[214] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

Totaal aantal invasieve onderzoeken in het verslagjaar?

Toelichting:

Anders, namelijk:

☐ ja ☐ nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal behandelingen dat binnen uw instelling werd uitgevoerd (exclusief patiënten waarbij uitsluitend diagnostisch onderzoek is uitgevoerd)?

☐ ja ☐ nee*

Indien **ja**:

Het **totaal aantal behandelingen** in het verslagjaar (exclusief het diagnostisch onderzoek).

Toelichting:

Inventarisatievraag: Invasieve behandelingen

Binnen het totale aantal behandelingen kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet-invasieve behandelingen.

- Definitie invasieve behandelingen: behandelingen waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Dit zijn dus snijdende ingrepen, waaronder operaties, insputingen en refractiechirurgie. Daarnaast alle (endo)scopische ingrepen.

Indien invasieve behandelingen niet in de eigen instelling of in een ziekenhuis worden verricht, maar in een andere instelling, wordt gevraagd 'anders' te kiezen en toe te lichten hoe dit georganiseerd is.

Voerde uw instelling in het verslagjaar **invasieve** behandelingen uit (exclusief het diagnostisch onderzoek^[215])?

☐ ja ☐ nee*

Indien **ja**, waar werden deze verricht?

- ☐ In de eigen instelling
☐ In het ziekenhuis
☐ In de eigen instelling en in het ziekenhuis
☐ Anders*

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen (exclusief het diagnostisch onderzoek)? dat binnen uw instelling werd uitgevoerd?

☐ ja ☐ nee*

Indien **ja**:

Het **totaal aantal invasieve behandelingen** (exclusief het diagnostisch onderzoek^[216]) in het verslagjaar?

Het **totaal aantal patiënten** dat een invasieve behandeling onderging in het verslagjaar (exclusief het medisch diagnostisch onderzoek)?

Toelichting:

* Geef toelichting

[215] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

[216] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

Inventarisatievraag: Behandelaanbod

Welke behandelingen en ingrepen werden er in uw instelling in het verslagjaar uitgevoerd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

Oogheelkundige ingrepen: refractiechirurgie	☐ ja	☐ nee
Oogheelkundige ingrepen: cataract	☐ ja	☐ nee
Orthopedische ingrepen	☐ ja	☐ nee
Plastisch chirurgisch/cosmetische ingrepen	☐ ja	☐ nee
Injectables (botox/fillers)	☐ ja	☐ nee
Bariatrische chirurgie en/of ingrepen (inclusief maagballonnen)	☐ ja	☐ nee
Dermatologische behandelingen	☐ ja	☐ nee
Indien ja , was dat:		
Algemene dermatologie (zoals psoriasis, eczeem)	☐ ja	☐ nee
Dermato-oncologie	☐ ja	☐ nee
Dermatochirurgie (medisch)	☐ ja	☐ nee
Cosmetische dermatochirurgie	ja, namelijk liposculpture ja, namelijk liposuctie ja, anders* nee	
Anders*		
Toelichting:		
Keel-, neus- en oorheelkundige ingrepen	☐ ja	☐ nee

Inventarisatievraag: Zorgzwaarte van de patiënten

Om de gezondheidstoestand van de patiënt te beoordelen voor een invasieve ingreep/operatie is het gebruikelijk om patiënten voorafgaand aan de ingreep/preoperatief in te delen in vijf ASA-klassen (American Society of Anesthesiologists). ASA 1 komt overeen met een volkomen gezonde patiënt, ASA 2 betreft patiënten met een systemische aandoening die niet tot beperkingen in de dagelijkse activiteiten leidt, bij ASA 3 is dat wel het geval, ASA 4 betreft patiënten met zeer ernstige gezondheidsproblemen, bij ASA 5 patiënten is overlijden met of zonder ingreep binnen 24 uur te verwachten. Naast de ASA-klasse zijn er ook leeftijdsafhankelijke gezondheidsaspecten die van invloed zijn op de risico's van een operatie.

Registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar?	☐ ja	☐ nee
--	-----------------------------	------------------------------

Indien **ja**:

Kunt u onderscheid maken naar ASA-klasse?	☐ ja	☐ nee
---	-----------------------------	------------------------------

* Geef
toelichting

Indien **ja**:

Wat is het aantal patiënten dat de instelling in het verslagjaar heeft behandeld in:

____ ASA-klasse 1

____ ASA-klasse 2

____ ASA-klasse 3 en hoger*

____ ASA onbekend*

*Toelichting (inclusief type behandeling):

Inventarisatievraag: Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen. Invasieve behandelingen van kinderen kunnen naar het oordeel van de inspectie alleen onder duidelijke voorwaarden^[217] in een particuliere kliniek worden verricht. Voor elke invasieve behandeling, operatie of onderzoek dient de screening op het risico op delier te worden vastgelegd bij alle patiënten van 70 jaar en ouder. Indien een patiënt als risicopatiënt wordt beschouwd, kan deze patiënt niet in een particuliere kliniek worden behandeld en dient er gericht te worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar?

☐ ja*

☐ nee

Behandelde u in het verslagjaar patiënten van 70 jaar en ouder?

☐ ja

☐ nee

Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar (<18 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder (≥70 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder werden in het verslagjaar invasief behandeld?

Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?

* Toelichting

- Type behandeling
- Aantallen patiënten per type behandeling

* Geef
toelichting

[217] Richtlijn Anesthesie bij kinderen (2017), NVA. Handvest Kind en ziekenhuis.

Wijzigingentabel

Wijzigingen basisset 2020 ten opzichte van 2019

Indicatoren		Uitvoering bij ziekenhuizen Uitvoering bij particuliere klinieken Indicator nieuw voor ziekenhuizen Indicator nieuw voor particuliere klinieken Indicator vervallen voor ziekenhuizen Indicator vervallen voor particuliere klinieken Indicator aangepast							Opmerking
1	Operatief proces								
1.1	Preoperatief en infrastructuur								
1.1.1	Indicator Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg						x		
1.1.2	Indicator Kwalificatie behandelruimte		x						
1.1.3	Verbeterdoel Voorkoming onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase			x					
1.2	Peroperatief								
1.2.1	Indicator Procedurele sedatie		x					x	Groot deel vervallen.
1.3	Traumatologische en orthopedische chirurgie								
1.3.1	Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	x							
1.3.2	Indicator Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)	x	x						
1.3.3	Indicator Protocol tromboseprofylaxe						x		
1.3.4	Indicator Medicamenteuze tromboseprofylaxe bij een totale heupprothese						x		
1.3.5	Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese		x						
1.3.6	Indicator Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden						x		
1.4	Oogheelkundige chirurgie								
1.4.1	Indicator Visuswinst	x	x						
1.4.2	Indicator Cataractregistratie		x						
1.5	Neurochirurgie								
1.5.1	Indicator Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)	x						x	Deel A is komen te vervallen.
1.6	KNO chirurgie								
1.6.1	Indicator Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering	x	x						
1.7	Bariatrische chirurgie								
1.7.1	Indicator Aantal bariatrische ingrepen						x		
1.7.2	Indicator Percentage postoperatieve controles		x						
1.8	Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)								
1.8.1	Indicator Implantatenregister		x					x	Categorie gynaecologische implantaten verwijderd.
1.8.2	Indicator Borstimplantaten	x	x						
1.8.3	Indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)	x	x					x	Aanlevering vanuit de industrie verwijderd.
1.9	Cosmetische chirurgie								
1.9.1	Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie		x						
1.9.2	Indicator Ongeplande herbehandeling na cosmetische ingreep		x						
1.9.3	Indicator Infectie na een cosmetische ingreep						x		
1.9.4	Indicator Registratie rimpelvullers		x					x	Splitsing tussen permanente en tijdelijke rimpelvullers verwijderd.
1.10	Dermatologische chirurgie / dermatologie								
1.10.1	Indicator Dermatologische behandelingen		x					x	Indicator verplaatst naar hoofdstuk 21, inventarisatievraag Behandeling. Derde vraag is verwijderd.

Indicatoren		Uitvoering bij ziekenhuizen Uitvoering bij particuliere klinieken Indicator nieuw voor ziekenhuizen Indicator nieuw voor particuliere klinieken Indicator vervallen voor ziekenhuizen Indicator vervallen voor particuliere klinieken Indicator aangepast							Opmerking
2	Spiedprocessen								
3	Intensive care								
3.1	Kwaliteitsregistratie NICE								
3.1.1	Indicator Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE	x					x		Onderdeel 'deelname' vervalt.
3.1.2	Indicator Hypoglycemie	x							
4	Polikliniek								
5	Diagnostiek								
5.1	Diagnostisch onderzoek								
5.1.1	Indicator Diagnostisch onderzoek		x				x		Indicator verplaatst naar hoofdstuk 21, inventarisatievraag Behandelingen.
5.1.2	Indicator Totaal aantal patiënten en diagnostisch onderzoek		x				x		Indicator verplaatst naar hoofdstuk 21, inventarisatievraag Behandelingen.
5.1.3	Indicator Invasieve onderzoeken		x				x		Indicator verplaatst naar hoofdstuk 21, inventarisatievraag Behandelingen.
5.2	Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV								
5.2.1	Indicator Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV	x	x						
6	Interventies								
6.1	Interventies radiologie								
6.1.1	Indicator Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies	x							
7	Medicatieproces								
7.1	Elektronisch voorschrijven								
7.1.1	Indicator Elektronisch voorschrijven	x	x						
7.2	Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen								
7.2.1	Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	x							
7.3	High Risk medicatie								
7.3.1	Indicator High Risk medicatie	x	x						
8	Zorg								
8.1	Ondervoeding								
8.1.1	Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	x							
8.1.2	Indicator Behandeling van ondervoeding	x							
8.2	Delirium								
8.2.1	Indicator Risico op delirium						x		
8.2.1	Indicator Zorgplan voor delirium			x	x				
8.2.2	Indicator Indicator Screening op delirium op de SEH			x					
8.2.3	Indicator Screening op en observatie van delirium					x			
8.3	Ziekenhuisbreed pijnmanagement								
8.3.1	Indicator Pijnmeting	x					x		Teller en noemer zijn aangepast.

Indicatoren								Opmerking
	Uitvoering bij ziekenhuizen	Uitvoering bij particuliere klinieken	Indicator nieuw voor ziekenhuizen	Indicator nieuw voor particuliere klinieken	Indicator vervallen voor ziekenhuizen	Indicator vervallen voor particuliere klinieken	Indicator aangepast	
8.3.2 Indicator Pijnregistratie	x							
8.3.3 Indicator Pijnconsultatie	x							
8.4 Vrijheidsbeperkende interventies (VBI)								
8.4.1 Indicator Middelen voor toepassen VBI	x					x		Tekst is aangepast, deel van de indicator vervallen.
8.4.2 Indicator Deskundigheid zorgprofessional	x					x		Tekst is aangepast, deel van de indicator vervallen.
9 Oncologie								
9.1 Oncologisch proces								Indicator nieuw voor part
9.1.1 Indicator Vast aanspreekpunt in de oncologische keten	x							
9.2 Borstkanker								
9.2.1 Indicator Wachttime tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	x							
9.3 Longkanker								
9.3.1 Indicator Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA	x							
9.4 Gastro-intestinale tumoren								
9.4.1 Indicator Failure to Rescue	x							
9.5 Botmetastasen								
9.5.1 Indicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen	x					x		Vraag naar patiënten tussen de 7 en 10 dagen na aanmelding is komen te vervallen.
10 Hart en vaten								
10.1 STEMI								
10.1.1 Indicator Behandeling patiënten met een STEMI	x					x		Groot deel van de vragen vervallen. Keuzemogelijkheden van de definitie beperkt.
10.2 Pacemakers en ICD's								
10.2.1 Indicator Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's	x							
10.3 Carotischirurgie								
10.3.1 Indicator Tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseneninfarct	x							
10.3.2 Indicator Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie	x							
10.4 Thoraxchirurgie								
10.4.1 Indicator Percentage diepe sternumwond-problemen, mediastinitis	x							
10.4.2 Indicator Stroke, met restletsel, na hartchirurgie	x							
10.5 Atriumfibrilleren								
10.5.1 Indicator Atriumfibrilleren	x	x				x		Behandelcriteria aangepast. Vraag om interpretatie toegevoegd.
10.6 Doorlooptijd IAT								
10.6.1 Indicator Doorlooptijd IAT	x							
11 Bewegingsapparaat								
11.1 Reumatologie praktijk								

Indicatoren		Uitvoering bij ziekenhuizen Uitvoering bij particuliere klinieken Indicator nieuw voor ziekenhuizen Indicator vervallen voor ziekenhuizen Indicator vervallen voor particuliere klinieken Indicator aangepast							Opmerking
11.1.1	Indicator Reumatologie praktijk	x	x						
11.2	Subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)								
11.2.1	Indicator Verhouding operatief en conservatief behandelde patiënten met SAPS					x	x		
12	Infectieziekten								
12.1	Infecties na behandeling								
12.1.1	Indicator Surveillance van postoperatieve infecties		x						
12.1.2	Indicator Ingrepen met infectie		x						
12.2	Vroege herkenning van sepsis								
12.2.1	Indicator Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis	x	x				x		Indicator is niet langer facultatief.
12.2.2	Indicator Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis	x	x				x		Indicator is niet langer facultatief.
12.2.3	Indicator Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis	x	x				x		Indicator is niet langer facultatief.
12.3	Staphylococcus aureus bacteriëmie								
12.3.1	Indicator Melding Staphylococcus aureus bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar	x	x						
12.3.2	Indicator Binnen 24 uur Staphylococcus aureus met antimicrobiele therapie	x	x						
13	Longen								
14	Maag-darm-lever (MDL)								
14.1	Endoscopische verrichtingen								
14.1.1	Indicator Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen						x		
14.1.2	Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie	x					x		
14.1.3	Indicator Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd	x					x	x	Teller en noemer zijn aangepast.
15	Zenuwstelsel								
16	Perinatale zorg								
16.1	Spontane bevalling								
16.1.1	Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	x							
17	Kwetsbare groepen								
17.1	Ondervoeding geriatrische patiënten								
17.1.1	Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten	x							
17.2	Colonchirurgie bij ouderen								
17.2.1	Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	x							

Indicatoren	Uitvoering bij ziekenhuizen							Opmerking
	Uitvoering bij ziekenhuizen	Uitvoering bij particuliere klinieken	Indicator nieuw voor ziekenhuizen	Indicator vervallen voor ziekenhuizen	Indicator vervallen voor particuliere klinieken	Indicator vervallen voor ziekenhuizen	Indicator aangepast	
17.2.2 Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid	x							
17.3 Heupfractuur bij kwetsbare ouderen								
17.3.1 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur	x					x		Uitkomsten toegevoegd.
17.4 Stralingsbelasting bij kinderen								
17.4.1 Indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen		x		x				
18 Algemeen kwaliteitsbeleid								
18.1 Functioneren medisch specialisten								
18.1.1 Indicator IFMS		x		x				
18.1.2 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten		x		x		x		Vraag over ontslag toegevoegd.
18.2 Evalueren functioneren zorgverleners								
18.2.1 Indicator Functioneringsgesprekken		x						
18.3 Patiënttevredenheid								
18.3.1 Indicator Geschillen		x						
18.3.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek		x						
18.4 Kwaliteitskeurmerk								
18.4.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk		x						
18.5 Meldcode								
18.5.1 Indicator Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling		x						
18.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen								
18.6.1 Indicator Visitation door NVA		x						
18.6.2 Indicator Visitation door NVKNO		x						
18.6.3 Indicator Visitation door NOG		x						
18.6.4 Indicator Visitation door NVVC		x						
18.6.5 Indicator Visitation door NVDV		x						
18.6.6 Indicator Visitation door NVPC		x						
18.6.7 Indicator Visitation door NOV		x						
18.6.8 Indicator Visitation door NVMDL		x						
18.6.9 Indicator Visitation door NIV		x						
18.6.10 Indicator Visitation door NVCG		x						
18.7 Medische technologie								
18.7.1 Indicator Veilige toepassing van infuuspompen	x	x						
18.8 Continuïteit van zorg								
18.8.1 Verbeterdoel Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten			x	x				
19 Volume								Vervallen
20 Onverwacht lange opnameduur en heropnamen								
20.1 Onverwacht lange opnameduur	x							
20.1.1 Indicator Onverwacht lange opnameduur								

Indicatoren		Uitvraag bij ziekenhuizen Uitvraag bij particuliere klinieken Indicator nieuw voor ziekenhuizen Indicator nieuw voor particuliere klinieken Indicator vervallen voor ziekenhuizen Indicator vervallen voor particuliere klinieken Indicator aangepast							Opmerking
20.2	Heropnamen	x							
20.2.1	Indicator Heropnamen								
21	Inventarisatievragen Particuliere klinieken								
	Algemene organisatie								
	Inventarisatievraag: Organisatie	x							Vraag toegevoegd over overnachten.
	Personeel								
	Inventarisatievraag: Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE	x							
	Inventarisatievraag: Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in FTE)	x							
	Inventarisatievraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)	x							
	Inventarisatievraag: Bereikbaarheid	x							
	Behandelingen								
	Inventarisatievraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen	x							
	Inventarisatievraag: Invasieve behandelingen	x							
	Inventarisatievraag: Behandelaanbod	x							
	Inventarisatievraag: Zorgzwaarte van de patiënten	x							
	Inventarisatievraag: Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder	x							

www.igj.nl

Gezond
vertrouwen

