



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Basisset  
Medisch Specialistische Zorg  
Kwaliteitsindicatoren**




2017

voor ziekenhuizen en particuliere klinieken



Voor algemene informatie over kwaliteitsindicatoren en een digitale set indicatoren verwijzen wij u naar de websites [www.igz.nl](http://www.igz.nl) en [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl). Bij verschil tussen deze publicatie en de website [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.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.

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



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

---

















Utrecht, juli 2016

# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>Basisfilosofie</b>	<b>16</b>
<b>Gebruikershandleiding</b>	<b>17</b>
<b>Indicatoren</b>	<b>19</b>
<b>1 Operatief proces</b>	<b>20</b>
<b>1.1 Preoperatief en infrastructuur</b>	<b>20</b>
 1.1.1 Indicator Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg	20
 1.1.2 Indicator Kwalificatie behandelruimte	21
 1.1.3 Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV	22
<b>1.2 Peroperatief</b>	<b>23</b>
 1.2.1 Indicator Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	23
 1.2.2 Indicator Procedurele sedatie	24
<b>1.3 Postoperatief</b>	<b>27</b>
 1.3.1 Indicator Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten inclusief kinderen	27
 1.3.2 Indicator Postoperatieve pijn bij dagbehandeling	28
<b>1.4 Traumatologische en orthopedische chirurgie</b>	<b>29</b>
 1.4.1 Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	29
 1.4.2 Indicator Certificering voor Orthopedisch Chirurg-Traumatoloog	30
 1.4.3 Indicator Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)	31
 1.4.4 Indicator Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe	32
 1.4.5 Indicator Medicamenteuze tromboseprofylaxe bij een totale heupprothese	32
 1.4.6 Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese	33
 1.4.7 Indicator Aantal arthroscopieën van de knie	33
 1.4.8 Indicator Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden	34
<b>1.5 Oogheelkundige chirurgie</b>	<b>34</b>
 1.5.1 Indicator Visuswinst	34
 1.5.2 Indicator Infectie na refractiechirurgie	35
 1.5.3 Indicator Cataractregistratie	36
 1.5.4 Indicator Infectie na cataractoperatie	36
<b>1.6 Neurochirurgie</b>	<b>36</b>
 1.6.1 Indicator Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)	36
<b>1.7 KNO chirurgie</b>	<b>38</b>
 1.7.1 Indicator Implementatie ZATT richtlijn	38
<b>1.8 Bariatrische chirurgie en ingrepen</b>	<b>39</b>
 1.8.1 Indicator Aantal bariatrische ingrepen	39
 1.8.2 Indicator Samenstelling multidisciplinair team	40
 1.8.3 Indicator Percentage postoperatieve controles	41
 1.8.4 Indicator Infectie na een bariatrische ingreep	41

	<b>1.9</b>	<b>Plastische en/of reconstructieve chirurgie</b>	<b>41</b>
	PK	1.9.1 Indicator Implantatenregister	41
	Z-PK	1.9.2 Indicator Borstimplantaten	42
	Z-PK	1.9.3 Indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)	44
	<b>1.10</b>	<b>Cosmetische chirurgie</b>	<b>45</b>
	PK	1.10.1 Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie	45
	PK	1.10.2 Indicator Resultaat van de cosmetische ingreep	46
	PK	1.10.3 Indicator Ongeplande heroperaties	46
	PK	1.10.4 Indicator Infectie na een cosmetische ingreep	47
	PK	1.10.5 Indicator Registratie rimpelvullers	47
	<b>1.11</b>	<b>Dermatologische chirurgie / dermatologie</b>	<b>47</b>
	PK	1.11.1 Indicator Dermatologische behandelingen	48
	<b>2</b>	<b>Spoedprocessen</b>	<b>49</b>
	<b>3</b>	<b>Intensive care</b>	<b>50</b>
	<b>3.1</b>	<b>Beademingsuren</b>	<b>50</b>
	Z	3.1.1 Indicator Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling	50
	<b>3.2</b>	<b>Kwaliteitsregistratie NICE</b>	<b>50</b>
	Z	3.2.1 Indicator Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE	50
	Z	3.2.2 Indicator Hypoglycemie	51
	<b>4</b>	<b>Polikliniek</b>	<b>53</b>
	<b>5</b>	<b>Diagnostiek</b>	<b>54</b>
	<b>5.1</b>	<b>Diagnostisch onderzoek</b>	<b>54</b>
	PK	5.1.1 Indicator Diagnostisch onderzoek	54
	PK	5.1.2 Indicator Totaal aantal patiënten en diagnostisch onderzoek	54
	PK	5.1.3 Indicator Invasieve onderzoeken	55
	<b>6</b>	<b>Interventies</b>	<b>56</b>
	<b>6.1</b>	<b>Interventies radiologie</b>	<b>56</b>
	Z	6.1.1 Indicator Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies	56
	<b>7</b>	<b>Medicatieproces</b>	<b>58</b>
	<b>7.1</b>	<b>Elektronisch voorschrijven</b>	<b>58</b>
	Z-PK	7.1.1 Indicator Elektronisch voorschrijven	58
	<b>7.2</b>	<b>Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen</b>	<b>59</b>
	Z	7.2.1 Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	60

<b>8</b>	<b>Verpleegkundige zorg en screening</b>	<b>63</b>
	<b>8.1 Wondzorg</b>	<b>63</b>
	8.1.1 Indicator Uitkomst behandeling diabetische voetwonden	63
	<b>8.2 Ondervoeding</b>	<b>64</b>
	8.2.1 Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	65
	8.2.2 Indicator Behandeling van ondervoeding	66
	8.2.3 Indicator Screening op ondervoeding op de polikliniek	68
	<b>8.3 Delirium</b>	<b>69</b>
	8.3.1 Indicator Deliriumbeleid	69
	8.3.2 Indicator Risico op delirium	70
	8.3.3 Indicator Screening op en observatie van delirium	71
	<b>8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting</b>	<b>72</b>
	8.4.1 Indicator Ziekenhuisbrede pijnmeting	72
<b>9</b>	<b>Oncologie</b>	<b>74</b>
	<b>9.1 Oncologisch proces</b>	<b>74</b>
	9.1.1 Indicator Vast aanspreekpunt in de oncologische keten	74
	<b>9.2 Borstkanker</b>	<b>76</b>
	9.2.1 Indicator Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	76
	<b>9.3 Longkanker</b>	<b>77</b>
	9.3.1 Indicator Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA	77
	<b>9.4 Gastro-intestinale tumoren</b>	<b>79</b>
	9.4.1 Indicator Failure to Rescue	79
	<b>9.5 Urologische tumoren</b>	<b>80</b>
	9.5.1 Indicator MDO spierinvasief blaascarcinoom	80
	9.5.2 Indicator Deelname aan de registratie prostatectomie	81
	<b>9.6 Ovariumcarcinoom</b>	<b>82</b>
	9.6.1 Indicator Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom	82
	<b>9.7 Botkanker</b>	<b>83</b>
	9.7.1 Indicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen	83
<b>10</b>	<b>Hart en vaten</b>	<b>85</b>
	<b>10.1 STEMI</b>	<b>85</b>
	10.1.1 Indicator Behandeling patiënten met een STEMI	85
	<b>10.2 Pacemakers en ICD's</b>	<b>87</b>
	10.2.1 Indicator Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens	87
	10.2.2 Indicator Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's	88

	<b>10.3 Carotischirurgie</b>	<b>89</b>
	10.3.1 Indicator Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct	89
	10.3.2 Indicator Percentage complicaties	90
	<b>10.4 Thoraxchirurgie</b>	<b>91</b>
	10.4.1 Indicator Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis	91
	10.4.2 Indicator Stroke, met restletsel, na hartchirurgie	92
	<b>10.5 Atriumfibrilleren</b>	<b>93</b>
	10.5.1 Indicator Atriumfibrilleren	93
	<b>11 Bewegingsapparaat</b>	<b>95</b>
	<b>12 Infectieziekten</b>	<b>96</b>
	<b>12.1 Ziekenhuisinfecties</b>	<b>96</b>
	12.1.1 Indicator Sepsis	96
	<b>12.2 Infecties na behandeling</b>	<b>97</b>
	12.2.1 Indicator Surveillance van postoperatieve infecties	97
	12.2.2 Indicator Ingrepen met infectie	98
	<b>13 Longen</b>	<b>99</b>
	<b>14 Maag-darm-lever (MDL)</b>	<b>100</b>
	<b>14.1 Endoscopische verrichtingen</b>	<b>100</b>
	14.1.1 Indicator Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen	100
	14.1.2 Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie	101
	14.1.3 Indicator Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd	101
	<b>15 Zenuwstelsel</b>	<b>103</b>
	<b>15.1 Parkinson</b>	<b>103</b>
	15.1.1 Indicator ParkinsonInzicht (DPIA)	103
	<b>16 Perinatale zorg</b>	<b>105</b>
	<b>16.1 Spontane bevalling</b>	<b>105</b>
	16.1.1 Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	105
	<b>17 Kwetsbare groepen</b>	<b>107</b>
	<b>17.1 Ondervoeding geriatrische patiënten</b>	<b>107</b>
	17.1.1 Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten	107

	<b>17.2</b>	<b>Colonchirurgie bij ouderen</b>	<b>109</b>
		17.2.1 Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	109
		17.2.2 Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid	110
	<b>17.3</b>	<b>Heupfractuur bij kwetsbare ouderen</b>	<b>110</b>
		17.3.1 Indicator Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur	110
		17.3.2 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur	112
	<b>17.4</b>	<b>Medebehandeling bij kinderen</b>	<b>114</b>
		17.4.1 Indicator Bij klinische opnames van kinderen met niet-interne problematiek	114
		17.4.2 Indicator Hoofdbehandelaarschap kinderarts bij interne problematiek	115
	<b>17.5</b>	<b>Stralingsbelasting bij kinderen</b>	<b>116</b>
		17.5.1 Indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen	116
	<b>18</b>	<b>Algemeen kwaliteitsbeleid</b>	<b>117</b>
	<b>18.1</b>	<b>Functioneren medisch specialisten</b>	<b>117</b>
		18.1.1 Indicator IFMS	117
		18.1.2 Indicator Functioneringsgesprekken in particuliere klinieken	119
		18.1.3 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten	120
	<b>18.2</b>	<b>Patiënttevredenheid</b>	<b>120</b>
		18.2.1 Indicator Klachten	120
		18.2.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek	121
	<b>18.3</b>	<b>Kwaliteitskeurmerk</b>	<b>122</b>
		18.3.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk	122
	<b>18.4</b>	<b>Meldcode</b>	<b>122</b>
		18.4.1 Indicator Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling	123
	<b>18.5</b>	<b>Visitaties door wetenschappelijke verenigingen</b>	<b>124</b>
		18.5.1 Indicator Visitatie door NVA	124
		18.5.2 Indicator Visitatie door NVKNO	124
		18.5.3 Indicator Visitatie door NOG	125
		18.5.4 Indicator Visitatie door NVVC	126
		18.5.5 Indicator Visitatie door NVDV	127
		18.5.6 Indicator Visitatie door NVPC	128
		18.5.7 Indicator Visitatie door NOV	129
		18.5.8 Indicator Visitatie door NVMDL	129
	<b>19</b>	<b>Volume</b>	<b>131</b>
	<b>20</b>	<b>Onverwacht lange opnameduur en heropnamen</b>	<b>132</b>
	<b>20.1</b>	<b>Onverwacht lange opnameduur</b>	<b>132</b>
		20.1.1 Indicator Onverwacht lange opnameduur	133
	<b>20.2</b>	<b>Heropnamen</b>	<b>133</b>
		20.2.1 Indicator Heropnamen	134

<b>PK 21</b>	<b>Inventarisatievragen particuliere klinieken</b>	<b>135</b>
	<b>Algemene organisatie</b>	<b>135</b>
	Inventarisatievraag: Organisatie	135
	<b>Personeel</b>	<b>136</b>
	Inventarisatievraag: Percentage BIG-geregistreeerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE	136
	Inventarisatievraag: Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in FTE)	137
	Inventarisatievraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)	138
	Inventarisatievraag: Bereikbaarheid	138
	<b>Behandelingen</b>	<b>138</b>
	Inventarisatievraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen	139
	Inventarisatievraag: Invasieve behandelingen	140
	Inventarisatievraag: Specifieke ingrepen	140
	Inventarisatievraag: Zorgzwaarte van de patiënten	141
	Inventarisatievraag: Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35	141
	Inventarisatievraag: Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder	141
	<b>Wijzigingentabel</b>	<b>143</b>






# Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) gebruikt kwaliteitsindicatoren om te bepalen welke thema's in ziekenhuizen en particuliere klinieken<sup>[1]</sup> extra aandacht behoeven of om nader onderzoek vragen. Hiertoe brengt de inspectie jaarlijks de Basisset kwaliteitsindicatoren uit.

## Basisset Medisch Specialistische Zorg

Dit is de eerste jaargang dat de basisset medisch specialistische zorg (MSZ) wordt gepubliceerd. De basisset MSZ is een samenvoeging van de kwaliteitsindicatoren uit de basisset voor ziekenhuizen en de risico-indicatoren uit de basisset particuliere klinieken. Het doel van deze samenvoeging is om als inspectie inzicht te krijgen in risico's in de gehele medisch specialistische zorg, ongeacht of deze zorg gegeven wordt in een ziekenhuis of een particuliere kliniek.

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

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

In de gebruikershandleiding 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 basissets 2016. De indicatoren die niet terugkomen in deze set zijn vervallen omdat voldoende (bijna alle) instellingen in ruime mate aan de doelstelling van de indicator voldeden waardoor de indicatoren hun doel hebben bereikt.

## Hoe gebruikt de inspectie de basisset bij het toezicht?

Een zorgproces kan om meerdere redenen opvallen, de inspectie noemt dat een 'inspectie-indicatie'. 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. Ook kunnen meerdere minimale afwijkende uitslagen samen een indicatie vormen voor nader onderzoek. Daarbij kan de inspectie ook gegevens uit andere inspectieonderzoeken betrekken, evenals gegevens van andere rijksinspecties of andere openbare bronnen. Uit het enkele feit dat er een inspectie-indicatie bestaat, mag worden afgeleid dat er een bijzondere situatie bestaat die nader onderzoek behoeft. De conclusie of sprake is van zeer goede of juist zorg die niet goed is kan alleen na aanvullend onderzoek worden getrokken. De geanalyseerde resultaten worden jaarlijks gepubliceerd in 'Het resultaat telt' (HRT).

## Hoe komen de indicatoren tot stand?

De inspectie stelt jaarlijks de indicatoren vast in overleg met de organisaties van professionals en de 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 Specialististen (de Federatie) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Het vaststellen van de indicatoren 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, 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 [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl).

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

### **Omvang van de basisset**

De basisset MSZ bestaat voor ziekenhuizen uit 225 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 ziekenhuis-koepels is een maximaal variabelenbudget voor ziekenhuizen vastgesteld. Voor particuliere klinieken zijn geen specifieke afspraken gemaakt over het aantal uit te vragen variabelen.

### **Verzamelen van data**

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

### **Aanlevering**

De kwaliteitsindicatoren over 2017 moeten door ziekenhuizen en particuliere klinieken ingevuld worden op [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl).

- Alle **ziekenhuizen** dienen de data vóór 15 april 2018 aan te leveren. Uiterlijk 1 juni 2018 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 2018 aan te leveren. Vanaf deze datum zijn de gegevens openbaar en voor iedereen toegankelijk.

### **Indeling**

De kwaliteitsindicatoren in de basisset zijn ingedeeld aan de hand van twintig zorgprocessen, wat tevens de hoofdstukken (1 t/m 20) 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	20
	Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Screening en verpleegkundige zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	MDL	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Volume	Onverwacht lange opname-duur en heropnamen
<b>1</b>	<b>Operatief proces</b>																			
<b>1.1</b>	<b>Preoperatief en infrastructuur</b>																			
1.1.1	Indicator Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg	V				X								X				X		
1.1.2	Indicator Kwalificatie behandelruimte	V																X		
1.1.3	Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV	V				X												X		
<b>1.2</b>	<b>Peroperatief</b>																			
1.2.1	Indicator Tijddige peroperatieve antibioticaprofylaxe	V					X					X								
1.2.2	Indicator Procedurele sedatie	V																X		
<b>1.3</b>	<b>Postoperatief</b>																			
1.3.1	Indicator Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten inclusief kinderen	V						X										X		
1.3.2	Indicator Postoperatieve pijn bij dagbehandeling	V						X										X		
<b>1.4</b>	<b>Traumatologische en orthopedische chirurgie</b>																			
1.4.1	Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	V									X							X		
1.4.2	Indicator Certificering voor Orthopedisch Chirurg-Traumatoloog	V									X							X		
1.4.3	Indicator Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)	V									X				X					
1.4.4	Indicator Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe	V					X											X		
1.4.5	Indicator Medicamenteuze tromboseprofylaxe bij een totale heupprothese	V					X											X		
1.4.6	Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese	V					X				X							X		
1.4.7	Indicator Aantal arthroscopieën van de knie	V				X												X		
1.4.8	Indicator Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden	V				X												X	X	
<b>1.5</b>	<b>Oogheelkundige chirurgie</b>																			
1.5.1	Indicator Visuswinst	V		X																
1.5.2	Indicator Infectie na refractiechirurgie	V									X									
1.5.3	Indicator Cataractregistratie	V																X		
1.5.4	Indicator Infectie na cataractoperatie	V									X									
<b>1.6</b>	<b>Neurochirurgie</b>																			
1.6.1	Indicator Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)	V							X	X					X		X	X		
<b>1.7</b>	<b>KNO chirurgie</b>																			
1.7.1	Indicator Implementatie ZATT richtlijn	V																X		
<b>1.8</b>	<b>Bariatrische chirurgie</b>																			
1.8.1	Indicator Aantal bariatrische ingrepen	V												X					X	
1.8.2	Indicator Samenstelling multidisciplinair team	V																X		
1.8.3	Indicator Percentage postoperatieve controles	V		X		X								X					X	
1.8.4	Indicator Infectie na een bariatrische ingreep	V									X									
<b>1.9</b>	<b>Plastische en/of reconstructieve chirurgie</b>																			
1.9.1	Indicator Implantatenregister	V																X		
1.9.2	Indicator Borstimplantaten	V							X		X									
1.9.3	Indicator: Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)	V							X											
<b>1.10</b>	<b>Cosmetische chirurgie</b>																			
1.10.1	Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie	V																X		
1.10.2	Indicator Resultaat van de cosmetische ingreep	V																X		
1.10.3	Indicator Ongeplande heroperaties	V																X		
1.10.4	Indicator Infectie na een cosmetische ingreep	V									X									
1.10.5	Indicator Registratie rimpelvullers	V																X		
<b>1.11</b>	<b>Dermatologische chirurgie / dermatologie</b>																			
1.11.1	Indicator Dermatologische behandelingen	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	20
	Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Screening en verpleegkundige zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	MDL	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Volume	Onverwacht lange opname-duur en heropnamen
<b>2</b>	<b>Spoedprocessen</b>																			
<b>3</b>	<b>Intensive care</b>																			
<b>3.1</b>	<b>Beademingsuren</b>																			
3.1.1			V					X									X			
<b>3.2</b>	<b>Kwaliteitsregistratie NICE</b>																			
3.2.1			V															X		
3.2.2			V					X												
<b>4</b>	<b>Polikliniek</b>																			
<b>5</b>	<b>Diagnostiek</b>																			
<b>5.1</b>	<b>Diagnostisch onderzoek</b>																			
5.1.1					V															
5.1.2					V													X		
5.1.3					V													X		
<b>6</b>	<b>Interventies</b>																			
<b>6.1</b>	<b>Interventies radiologie</b>																			
6.1.1					V													X		
<b>7</b>	<b>Medicatieproces</b>																			
<b>7.1</b>	<b>Elektronisch voorschrijven</b>																			
7.1.1					V													X		
<b>7.2</b>	<b>Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen</b>																			
7.2.1					V													X		
<b>8</b>	<b>Verpleegkundige zorg en screening</b>																			
<b>8.1</b>	<b>Wondzorg</b>																			
8.1.1	X				X			V		X								X		
<b>8.2</b>	<b>Ondervoeding</b>																			
8.2.1	X				X			V	X					X				X		
8.2.2	X				X			V	X					X				X		
8.2.3	X		X	X				V	X					X				X		
<b>8.3</b>	<b>Delirium</b>																			
8.3.1								V										X		
8.3.2	X							V							X			X		
8.3.3	X		X	X				V										X		
<b>8.4</b>	<b>Ziekenhuisbrede pijnmeting</b>																			
8.4.1	X	X	X					V	X	X	X		X	X		X	X			
<b>9</b>	<b>Oncologie</b>																			
<b>9.1</b>	<b>Oncologisch proces</b>																			
9.1.1								X	V									X		
<b>9.2</b>	<b>Borstkanker</b>																			
9.2.1	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	20
	Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Screening en verpleegkundige zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	MDL	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Volume	Onverwacht lange opname-duur en heropnamen
<b>9.3 Longkanker</b>																				
9.3.1 Indicator Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA	X				X		X		V				X						X	
<b>9.4 Gastro-intestinale tumoren</b>																				
9.4.1 Indicator Failure to Rescue	X								V					X				X	X	
<b>9.5 Urologische tumoren</b>																				
9.5.1 Indicator MDO spierinvasief blaascarcinoom	X			X	X				V									X		
9.5.2 Indicator Deelname aan de registratie prostatectomie	X								V									X	X	
<b>9.6 Ovariumcarcinoom</b>																				
9.6.1 Indicator Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom	X								V										X	
<b>9.7 Botkanker</b>																				
9.7.1 Indicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen		X							V											
<b>10 Hart en vaten</b>																				
<b>10.1 STEMI</b>																				
10.1.1 Indicator Behandeling patiënten met een STEMI		X				X				V										X
<b>10.2 Pacemakers en ICD's</b>																				
10.2.1 Indicator Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens	X					X				V									X	
10.2.2 Indicator Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's						X				V										X
<b>10.3 Carotischirurgie</b>																				
10.3.1 Indicator Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct	X	X		X	X					V								X	X	
10.3.2 Indicator Percentage complicaties	X									V								X		
<b>10.4 Thoraxchirurgie</b>																				
10.4.1 Indicator Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis	X									V		X								
10.4.2 Indicator Stroke, met restletsel, na hartchirurgie	X		X							V								X		
<b>10.5 Atriumfibrilleren</b>																				
10.5.1 Indicator Atriumfibrilleren				X	X					V				X						
<b>11 Bewegingsapparaat</b>																				
<b>12 Infectieziekten</b>																				
<b>12.1 Ziekenhuisinfecties</b>																				
12.1.1 Indicator Sepsis			X									V								
<b>12.2 Infecties na behandeling</b>																				
12.2.1 Indicator Surveillance van postoperatieve infecties	X											V						X		
12.2.2 Indicator Ingrepen met infectie	X											V						X		
<b>13 Longen</b>																				
<b>14 Maag-darm-lever (MDL)</b>																				
<b>14.1 Endoscopische verrichtingen</b>																				
14.1.1 Indicator Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen							X					X		V						
14.1.2 Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie						X								V				X		
14.1.3 Indicator Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd						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	20
	Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Screening en verpleegkundige zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	MDL	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Volume	Onverwacht lange opname-duur en heropnamen
<b>15 Zenuwstelsel</b>																				
<b>15.1 Parkinson</b>																				
15.1.1 Indicator Parkinsoninzicht (DPIA)					X		X				X				V		X	X		
<b>16 Perinatale zorg</b>																				
<b>16.1 Spontane bevalling</b>																				
16.1.1 Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'																V	X			
<b>17 Kwetsbare groepen</b>																				
<b>17.1 Ondervoeding geriatrische patiënten</b>																				
17.1.1 Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten				X	X			X										V		
<b>17.2 Colonchirurgie bij ouderen</b>																				
17.2.1 Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	X							X	X					X	X		V			
17.2.2 Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid	X								X					X	X		V			
<b>17.3 Heupfractuur bij kwetsbare ouderen</b>																				
17.3.1 Indicator Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur	X	X									X						V			
17.3.2 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur																V	X			
<b>17.4 Medebehandeling bij kinderen</b>																				
17.4.1 Indicator Bij klinische opnames van kinderen met niet-interne problematiek	X	X																V		
17.4.2 Indicator Hoofdbehandelaarschap kinderarts bij interne problematiek	X	X	X		X													V		
<b>17.5 Stralingsbelasting bij kinderen</b>																				
17.5.1 Indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen					X													V		
<b>18 Algemeen kwaliteitsbeleid</b>																				
<b>18.1 Functioneren medisch specialisten</b>																				
18.1.1 IFMS																			V	
18.1.2 Indicator Functioneringsgesprekken in particuliere klinieken																			V	
18.1.3 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten																			V	
<b>18.2 Patiënttevredenheid</b>																				
18.2.1 Indicator Klachten																			V	
18.2.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek																			V	
<b>18.3 Kwaliteitskeurmerk</b>																				
18.3.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk																			V	
<b>18.4 Meldcode</b>																				
18.4.1 Indicator Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling																		X	V	
<b>18.5 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen</b>																				
18.5.1 Indicator Visitatie door NVA																			V	
18.5.2 Indicator Visitatie door NVKNO																			V	
18.5.3 Indicator Visitatie door NOG																			V	
18.5.4 Indicator Visitatie door NVVC																			V	
18.5.5 Indicator Visitatie door NVDV																			V	
18.5.6 Indicator Visitatie door NVPC																			V	
18.5.7 Indicator Visitatie door NOV																			V	
18.5.8 Indicator Visitatie door NVMDL																			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	20	
	Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Screening en verpleegkundige zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	MDL	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	Volume	Onverwacht lange opnameduur en heropnamen	
<b>19</b>	<b>Volume</b>																				
<b>20</b>	<b>Onverwacht lange opnameduur en heropnamen</b>																				
<b>20.1</b>	<b>Onverwacht lange opnameduur</b>																				
20.1.1	Indicator Onverwacht lange opnameduur	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	V
<b>20.2</b>	<b>Heropnamen</b>																				
20.2.1	Indicator Heropnamen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	V

### **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 zelfresultaten 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 worden na verloop van tijd door andere indicatoren vervangen.



# Gebruikershandleiding

De basisset MSZ is bedoeld voor alle algemene ziekenhuizen, universitair medische centra, radiotherapeutische centra, categorale ziekenhuizen en particuliere klinieken 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 gegevens aan voor een particuliere kliniek <sup>[2]</sup>	U levert de indicatoren aan die voor zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken gelden	
U levert de gegevens aan voor een radiotherapeutisch centra	U levert de indicatoren aan die enkel voor particuliere klinieken gelden	
	U levert de indicatoren aan die voor zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken gelden	
	De inspectie bepaalt jaarlijks met de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie welke indicatoren u moet aanleveren. U ontvangt hier bericht over van de inspectie.	Niet van toepassing

## Een indicator en zijn toelichting

Iedere indicator begint met een toelichting 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 2017, te weten de periode van 1 januari t/m 31 december 2017, tenzij in de indicator een andere definitie staat. De registratieperiodes zijn zo gekozen dat alle registraties op 31 december 2017 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.

## 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

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

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 [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.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 er van 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 11-15 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 Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg

De minimaal invasieve chirurgie (MIC) is een nog steeds relatief nieuwe techniek in het chirurgisch palet. Echter voor de implementatie van deze technisch moeilijkere ingrepen (hoogcomplexere zorg, zoals de laparoscopische hysterectomie) bestaat de eis om risico's, implementatiegraad en kwaliteit te volgen en te meten. Voor deze kwaliteitsmeting geldt dat met het uitrollen van deze techniek er een specialisme overstijgend draagvlak en controlesysteem dient te bestaan<sup>[3]</sup>. Dit houdt in dat voor medisch specialisten die de MIC-techniek toepassen, dezelfde basiscriteria zullen moeten gelden. Hierdoor kan binnen de instelling geanticipeerd worden op nieuwe ontwikkelingen en kan de veiligheid voor de patiënt, bij het toepassen van deze technologie, gegarandeerd worden. De aanwezigheid van een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg binnen de instelling kan deze risico's, implementatiegraad en kwaliteit monitoren en indien nodig bijsturen.

*Het multidisciplinaire MIC-gebruikersoverleg kan de kwaliteit van de toegepaste techniek en technologie bewaken en zo ook de eenheid van het gebruik van instrumentarium en apparatuur nastreven. Het MIC-gebruikersoverleg bevat voldoende factoren om die kwaliteit te meten (jaarverslag, complicatieregistratie, certificeringstatus, protocollen en richtlijnen). Ook zal hiermee de implementatiegraad van de techniek in de instelling naar voren komen. In 2011 is vanuit de diverse beroepsgroepen de multidisciplinaire MIC-richtlijn geaccordeerd<sup>[4]</sup>. In deze richtlijn wordt de inhoud van een 'functionerend MIC-gebruikersoverleg' toegelicht.*

Het gebruikeroverleg moet voldoen aan de volgende kenmerken:

- Regelmatige vergaderingen (tenminste 2 keer per jaar) met opvraagbare notulen.
- Samenstelling: alle vertegenwoordigers van de bij de MIC betrokken disciplines (ook instrumentele zaken, OK-assistenten etc.).
- Vaste agendapunten zijn:
  - Complicatiebespreking
  - (Nieuw te introduceren) apparatuur, instrumentarium en technieken
  - Certificeringstatus van de zorgverleners die de minimaal invasieve verrichting uitvoeren<sup>[5]</sup>
  - Richtlijnen en protocollen
  - Jaarverslag

Wordt er in de instelling minimaal invasieve chirurgie uitgevoerd?

ja  nee

Functioneert binnen de instelling een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg volgens de bovengenoemde kenmerken?

ja  nee\*

Toelichting:

\* Geef toelichting

[3] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat. Den Haag, 2007.

[4] Richtlijn Minimaal Invasieve Chirurgie. NVOG, 2011.

[5] De anesthesioloog (geen certificeringstatus) dient op de hoogte te zijn van de anesthesiologische risico's die aan een MIC ingreep verbonden zijn en zoals weergegeven in de betreffende richtlijn.

## PK 1.1.2 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<sup>[6-7]</sup>.

De classificatie van OK-complexen dient te worden aangetoond middels een (jaarlijkse) validatie waarin alle criteria uit de richtlijnen zijn beoordeeld. In 2014 is door de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) een nieuwe richtlijn ten aanzien van luchtbehandeling in de operatiekamer en opdekruimte klasse-1 opgesteld<sup>[8]</sup>. Vanaf januari 2017 handhaaft de inspectie op deze richtlijn.

- Definities
- Behandelruimten op basis van de nieuwe(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 luchtbehandelingsstelsel 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 sluisen en er is geen verkooverkamer. Er vindt geen luchtfiltering plaats middels een Hepa-filter en er is geen drukverschil met de omringende ruimten noodzakelijk. Wel is er een mechanisch ventilatiesysteem aanwezig.

Voerde u behandelingen 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?

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 behandelingen uit in een OK 1, prestatieniveau 2?

ja  nee

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

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

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

\* Geef toelichting

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 behandelingen uit in een OK klasse 2?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 behandelingen uit in een zelfstandige behandelkamer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Hoeveel zelfstandige behandelkamers behoren tot uw eigen instelling?	
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelkamers?	Benoem de instellingen*
Toelichting:	

### **PK 1.1.3 Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV**

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd en/of invasief behandeld wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid bevoegd en bekwaam personeel en materialen en bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, voor de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt<sup>[9]</sup>. De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stopmoment 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.<sup>[10]</sup>

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

[10] <http://www.anesthesiologie.nl/kwaliteit/richtlijnen/peroperatief-traject/>

\* Geef toelichting

- **Inclusie criterium:**  
Alle invasieve ingrepen vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn Peroperatief proces.

Bron teller: checklist stopmomenten OK.

Bron noemer: operatieplanning.

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

ja  nee

Teller: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd.

Noemer: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij de besproken invasieve ingreep is goedgekeurd en ingepland.

## 1.2 Peroperatief



### 1.2.1 Indicator Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Antibioticaprofylaxe draagt bij aan het verhinderen van postoperatieve wondinfecties (POWI). In de periode 2001 tot en met 2010 kreeg 3,0 procent van de patiënten die geopereerd werden een postoperatieve wondinfectie<sup>[11]</sup>. Postoperatieve wondinfecties kunnen ernstige gevolgen hebben voor de patiënt. Alle patiënten die geopereerd worden en waarvoor antibioticaprofylaxe is geïndiceerd, dienen het juiste middel, op het juiste tijdstip toegediend te krijgen. Op deze wijze is het mogelijk een optimale antibioticaspiegel tijdens de operatie te borgen en is de effectiviteit het grootst.

*Het nut van antibioticaprofylaxe is aangetoond voor een groot aantal ingrepen. In het algemeen is het gebruik geïndiceerd bij operaties bij een verhoogd infectierisico of als een infectie leidt tot ernstige patiëntschade (zoals bij implantatie van een prothese).*

*Het optimale moment van toedienen ligt rond 30 minuten voor de incisie. Zo wordt er voor gezorgd dat tijdens de operatie een goede concentratie van het antibioticum in de weefsels aanwezig is waarvan inmiddels klassiek te noemen onderzoek het belang heeft aangetoond<sup>[12,13,14]</sup>.*

*Profylaxe die langer dan een uur voor de operatie wordt gegeven, leidt tot meer wondinfecties<sup>[15]</sup> evenals profylaxe gegeven na de incisie<sup>[16,17]</sup>. Het tijdstip waarop profylaxe werd gegeven, bleek de belangrijkste determinant voor het optreden van POWI's bij implantatie van heupprothesen<sup>[18]</sup>. Herhalen van de toediening tijdens de operatie is alleen nodig bij operaties die langer dan 4 uur duren en operaties met veel bloedverlies (meer dan twee liter bij volwassenen). De vastgestelde norm voor de toediening van antibioticaprofylaxe is 15-60 minuten voor incisie (of bloedleegte).*

*In de (geautomatiseerde) OK/anesthesielijst dient volgens de richtlijn Peroperatief proces te zijn opgenomen op welk tijdstip de toediening en incisie hebben plaatsgevonden<sup>[19]</sup>. Binnen het VMS Veiligheidsprogramma is een praktijkgids Voorkomen van wondinfecties na een operatie (2009) ontwikkeld, waarin voor antibioticaprofylaxe de procedure staat beschreven.*

*Een overzicht van de mogelijk te gebruiken antibiotica en ATC codes staat op de website van het Farmaceutisch Kompas ([www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl)). Instellingen maken hieruit een eigen, beperkte keuze.*

[11] [www.prezies.nl/zkhs/powi/ref\\_cijfers](http://www.prezies.nl/zkhs/powi/ref_cijfers).

[12] Dipiro 1984.

[13] Burke 1961.

[14] Stone 1976.

[15] Galandiuk 1989.

[16] Clasen 1992.

[17] Lizan-Garcia 1997.

[18] Kasteren 2007

[19] Richtlijn Peroperatief Traject (2011).

- *Indicatoroperaties:*
  - *Cardio chirurgie: geïsoleerde coronaire bypass operatie*
  - *Algemene chirurgie: colonresectie (CTG code 34738).*
  - *Vaatchirurgie: reconstructie aorta + bloedvaten in de buik (CTG code 33520, 33554, 33559 en 33561).*
  - *Orthopedie: totale heupprothese (CTG code 38567).*
  - *Orthopedie: totale knieprothese (CTG code 38663).*

Is het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe in het verslagjaar bekend?

ja       nee\*       n.v.t.\*

Heeft u een steekproef genomen?

ja       nee

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N =

Selectiecriteria:

Teller: aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar en waarbij tussen de 15:00-59:59 minuten voor de incisie (of bloedleegte) de voorgeschreven antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt.

Noemer 1: totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar waarbij antibioticaprofylaxe gegeven is.

Noemer 2: het totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar.

Percentage tijdig toegediende antibioticaprofylaxe (wordt automatisch berekend):

%

Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

## **PK** 1.2.2 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 pijnstillende techniek bestreden wordt. Sedatie wordt gegeven om angst te verminderen of het bewustzijn zodanig te verlagen, dat de betreffende onaan- gename procedure veilig uitvoerbaar is.

\* Geef toelichting



De Richtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer<sup>[20]</sup> en het toetsingskader van de Inspectie voor de Gezondheidszorg<sup>[21]</sup> 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 o.a. uit het aanleren van screening, monitoring, basis luchtwegmanagement en Basic Life Support en, indien matige tot diepe sedatie het doel is, Advanced Life Support.

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 volwassenen die PSA krijgen toegediend voor een procedure.

- |                                      |                             |                              |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Paste u een vorm van anesthesie toe? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Paste u lokale anesthesie toe?       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Paste u algehele anesthesie toe?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Paste u procedurele sedatie toe?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Indien u procedurele sedatie toepaste:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Werkte u in uw instelling in het verslagjaar volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee* |
| Was er in het verslagjaar in uw instelling een lokale PSA commissie actief?                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee  |

Indien er geen lokale PSA commissie actief was:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA commissie?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee* |
| Noemer 1: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?             |                             |                               |
| Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee* |

\* Geef toelichting

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

[21] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer; 2012.

Teller 1: Wat was in het verslagjaar het aantal gescreende patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?

Kunt u onderscheid maken in het aantal patiënten waarbij in het verslagjaar lichte sedatie<sup>[22]</sup> of matig/diepe sedatie<sup>[23]</sup> werd toegepast?

ja  nee\*

Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?

ja  nee\*

Teller 2: Wat is het aantal gescreende patiënten met lichte sedatie?

Noemer 2: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast?

Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij matige/diepe sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?

ja  nee\*

Teller 3: Wat is het aantal gescreende patiënten met matige/diepe sedatie?

Noemer 3: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij matig/diepe sedatie werd toegepast?

Nam u in het verslagjaar een informed consent af bij patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?

ja  nee\*

Teller: Wat is het totaal aantal patiënten met een informed consent?

Was er in uw kliniek dagelijks iemand met een advanced live support (ALS) deskundigheid beschikbaar?

ja  nee\*

Voldoen de personen, die procedurele sedatie toepasten, aan de bekwaamheidseisen?

ja  nee\*

Werd in het verslagjaar bij matige/diepe sedatie personeel uitsluitend voor bewaking van de patiënt ingezet?

ja  nee\*

Had u in het verslagjaar een PSA-praktijkspecialist in dienst?

ja  nee\*

[22] Lichte sedatie: door enteraal toegediende of lage dosis parenteraal toegediende farmaca enigszins verlaging van het bewustzijn van de patiënt. De patiënt reageert adequaat en consistent op verbale prikkels, verbale communicatie blijft mogelijk. Cognitieve functies en de coördinatie kunnen verminderd zijn, de respiratoire en cardiovasculaire functies zijn onaangedaan.

[23] Matige sedatie: Matige sedatie: door farmaca veroorzaakte depressie van het bewustzijn, waarin de patiënt nog steeds reageert op aanspreken of geringe tactiele prikkels. In dit stadium zijn geen interventies nodig om de luchtweg open te houden, de lucht- wegreflexen zijn intact en de ventilatie is adequaat.  
Diepe sedatie: een door farmaca veroorzaakte bewustzijnsdaling, waarbij de patiënt niet reageert op aanspreken, maar wel reageert op herhaalde of pijnlijke prikkels. De luchtwegreflexen en de ventilatie kunnen verminderd zijn; er kan gemakke lijk een luchtwegobstructie ontstaan.

\* Geef toelichting

Werd de PSA-praktijkspecialist altijd gesuperviseerd door een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog)?

ja  nee\*

Indien nee:

Was een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog) altijd direct beschikbaar voor overleg en assistentie?

ja  nee\*

Toelichting:

## 1.3 Postoperatief

### 1.3.1 Indicator Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten inclusief kinderen

Pijnbestrijding is van belang voor zowel het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in de pijnvaring van patiënten en daardoor tot een effectievere pijnbestrijding.

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft een richtlijn opgesteld voor postoperatieve pijnbestrijding, waarin naast medicatieadviezen ook pijnmeting aan de orde komt. Op basis hiervan kunnen ziekenhuizen beleid ontwikkelen met betrekking tot het te gebruiken meetinstrument en de tijdstippen en condities van de patiënt waarbij pijnmetingen gedaan worden. Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen is postoperatieve pijn ongewenst, pijn belemmert ook een spoedig herstel. Daarnaast lijkt het zo te zijn dat ernstige postoperatieve pijn in relatie staat tot het ontwikkelen van chronische pijn na een operatie.

Het structureel meten van pijnintensiteit (pijnscore) met een Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) of Verbal Rating Scale (VRS) draagt bij aan de effectiviteit van de pijnbehandeling. Een pijnscore van minder dan 4 (op een schaal van 1 tot 10) geeft acceptabele pijn aan, een pijnscore van 4 tot en met 7 matig ernstige pijn en een pijnscore van boven de 7 ernstige pijn.

Patiënten waarbij de score is uitgevoerd, maar waarbij deze om communicatieve redenen mislukt is (bijvoorbeeld omdat de patiënt een delier heeft), mogen meegeteld worden bij de teller, mits de reden voor de mislukking is gedocumenteerd in de patiëntendocumentatie.

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft de "Richtlijn Pijnmeting en Behandeling van pijn bij kinderen" opgesteld. Niet alleen postoperatieve pijn, maar ook chronische pijn en acute nietpostoperatieve pijn kunnen nadelige gevolgen hebben voor groei en ontwikkeling van kinderen. Voor pasgeborenen en zuigelingen zijn de gestandaardiseerde meetinstrumenten de COMFORTneo gedragschaal, NIPS en PIPP voor het aantonen van acute en postoperatieve pijn. Voor kinderen tot 7 jaar kunnen de COMFORT gedragschaal, de CHIPPS, de POKIS en de FLACC en de CHEOPS gebruikt worden voor het gestandaardiseerd meten van pijn. De VAS en numerieke schalen zijn bruikbaar bij kinderen ouder dan 7 jaar<sup>[24]</sup>.

Patiënten waarbij de score is uitgevoerd, maar waarbij deze om communicatieve redenen is mislukt, mogen meegeteld worden bij de teller, mits de reden voor de mislukking is gedocumenteerd in het patiëntendossier.

- Inslusiecraterium:
  - Postoperatieve patiënten.
- Exslusiecraterium:
  - Patiënten in de dagopname.

\* Geef toelichting

[24] Richtlijn 'Pijnmeting en Behandeling van pijn bij kinderen': De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), 2007.

Beschikt u over een registratiesysteem voor pijnmeting bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling?

ja  nee

Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling in het verslagjaar bekend?

ja  nee\*  n.v.t.\*

Heeft u een steekproef genomen op de verpleegafdeling?

ja  nee

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

Teller: aantal postoperatieve patiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd.

Noemer: totaal aantal postoperatieve patiënten op de verpleegafdelingen.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

### PK 1.3.2 Indicator Postoperatieve pijn bij dagbehandeling

Postoperatieve pijn is een te verwachten maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen om humanitaire redenen is pijn ongewenst, maar ook een voorspoedig herstel wordt negatief beïnvloed door postoperatieve pijn. In de dagen na de ingreep kunnen patiënten hinder ondervinden ten gevolge van pijn. Pijnstilling draagt bij aan een voorspoedig herstel.

De VAS die voor de klinische patiënten gebruikt wordt, is niet geschikt voor gebruik via de telefoon. Er zijn andere schalen die pijnintensiteit meten, zonder face-to-face contact met de patiënt. Bijvoorbeeld de Numeric Rating Scale (NRS), die wel in een telefonisch consult toegepast kan worden.

#### Afstemming met indicatorenset Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

De indicator 'Postoperatieve pijnmeting' is gebaseerd op de indicator 'postoperatieve pijnintensiteit' van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. In deze set is de indicator aangepast voor patiënten met chirurgische ingrepen in dagbehandeling.

Onder dagbehandelingen worden alle ingrepen verstaan, waarbij de patiënt dezelfde dag (van behandeling) wordt ontslagen. Zowel *poliklinische ingrepen* als ingrepen waarbij de patiënt *maximaal een dag* wordt opgenomen, vallen hieronder.

- **Inclusie criterium:**
  - *Alle patiënten die, in dagbehandeling/ poliklinisch een chirurgische ingreep hebben ondergaan.*

Deed u in het verslagjaar navraag naar de pijnintensiteit bij patiënten in dagbehandeling op de dag na een ingreep?

ja  nee\*

Teller: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten in dagbehandeling dat werd gebeld en waarmee contact is geweest op de dag na een chirurgische ingreep om navraag te doen naar de pijnintensiteit?

\* Geef toelichting

Noemer: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten in dagbehandeling dat een chirurgische ingreep heeft ondergaan?

Toelichting:

## 1.4 Traumatologische en orthopedische chirurgie

### 1.4.1 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.
- **Inclusie criterium teller:**
  - Heroperaties uitgevoerd in het registratiejaar waarvan de primaire operatie (die voldoet aan het inclusie criterium voor de noemer) minder dan 60 dagen voor de start van het registratiejaar is uitgevoerd.
- **Inclusie criterium noemer:**
  - Patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur ongeacht het type behandeling.
- **Exclusie criterium:**
  - 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)

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

#### 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 petrochantere fractuur

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

Noemer: aantal petrochantere fracturen met interne fixatie.

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

### 1.4.2 Indicator Certificering voor Orthopedisch Chirurg-Traumatoloog

De Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) heeft het register orthopedisch chirurg, gecertificeerd in traumatologie geopend. Orthopedisch chirurgen die zich extra hebben bekwaamd in het deelgebied traumatologie kunnen zich in dit register laten opnemen. De voorwaarden om hierin opgenomen te worden zijn in de reglementen vastgelegd. Met de voorwaarden die aan deze registratie worden gesteld beoogt de NOV de kwaliteit van zorg van de betreffende deelgebieden van de orthopedisch chirurg te bevorderen.

*De NOV heeft per specifiek deelgebied regels opgesteld in één of meerdere specifiek(e) reglement(en). Het eerste deelgebied waar een specifiek reglement voor is vastgesteld is voor Orthopedisch Chirurg Traumatoloog. In algemene zin wordt de persoon die is ingeschreven in het Register bekwaam geacht om werkzaam te zijn in dit deelgebied van de orthopedie en ook de daarvoor benodigde kennis te bezitten. Meer specifiek wordt de persoon deskundig en bekwaam geacht voor de:*

- Diagnostiek en behandeling van acute letsels (en eventuele late complicaties daarvan) van het steun en bewegingsapparaat in zijn volle omvang.
- Opvang en orthopedischchirurgische behandeling van traumapatiënten.

*De registratie is officieel 1 januari 2013 van start gegaan.*

*De indicator is een structuur indicator die bedoeld is om inzicht te krijgen in de mate van registratie bij werkzaamheden in het deelgebied traumatologie zoals boven beschreven.*

#### • Inclusie en exclusiecriteria:

- Doelgroep: Alle orthopeden die werkzaam zijn in het deelgebied traumatologie. De brongegevens bestaan uit een eigen registratie van inschrijving in het register orthopedisch chirurg, gecertificeerd in traumatologie.

Wordt in uw instelling door orthopedisch chirurgen traumatologie bedreven?

ja  nee\*

Hoeveel orthopedisch chirurgen zijn werkzaam in het deelgebied traumatologie per 1 januari van het verslagjaar?

\_\_\_ personen

\* Geef toelichting

Hoeveel van de orthopedisch chirurgen werkzaam in het deelgebied traumatologie waren per 1 januari van het verslagjaar ingeschreven in het NOV register orthopedisch chirurg, gecertificeerd in traumatologie?

\_\_\_\_\_personen

Toelichting:



### 1.4.3 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 (Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)) voor de wervelkolomchirurgie (rug en nek chirurgie) opgezet<sup>[25]</sup>. 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 operateurs 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 geïnstumenteerde chirurgie (alle chirurgie waarbij een vorm van implantaat wordt ingebracht in/of vastgemaakt aan de wervel kolom).
- 2 Degeneratieve wervelkolom pathologie **zonder** indicatie voor geïnstumenteerde chirurgie.
- 3 Vergroeiingen aan de rug.
- 4 Wervelbreuken.
- 5 Infecties wervelkolom.
- 6 Wervelkolom tumoren.

*In dit register staan 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 geïnstumenteerde 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 (nietgeïnstumenteerde wervelkolom chirurgie) met als doelstelling inzicht in de doelmatigheid van hoogvolume laagcomplexe 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 DBCcodering voor geïnstumenteerde wervelkolomchirurgie.*

- Inslusie criterium:
  - Doelgroep: Alle instellingen waar geïnstumenteerde 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 geïnstumenteed. 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.

Werden in het verslagjaar in uw instelling geïnstumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen verricht?

ja  nee

\* Geef toelichting

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

### Vragen bestemd voor instellingen waar geïnstrumenteerde chirurgie voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen worden verricht

Neemt uw instelling deel aan het Dutch Spine Surgery Registry?

ja  nee\*

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

ja  nee\*  n.v.t.\*

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

#### **PK** 1.4.4 Indicator Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe

Diepe veneuze trombose komt veelvuldig voor na electieve ingrepen aan het steun- en bewegingsapparaat. Preventieve maatregelen met tromboseprofylaxe (antistollingsmiddelen) zijn gericht op het voorkomen van diepe veneuze trombose: (dodelijke) longembolie en posttrombotische veneuze insufficiëntie.

Bood uw instelling in het verslagjaar heupoperaties aan?

ja  nee

Was er in het verslagjaar een richtlijn aantoonbaar aanwezig voor trombose- profylaxe bij een operatie voor een totale heupprothese?

ja  nee\*

Toelichting:

#### **PK** 1.4.5 Indicator Medicamenteuze tromboseprofylaxe bij een totale heupprothese

Bood uw instelling in het verslagjaar heupoperaties aan?

ja  nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat medicamenteuze tromboseprofylaxe heeft gehad?

ja  nee\*

Teller: Wat is het aantal patiënten in het verslagjaar dat medicamenteuze tromboseprofylaxe kreeg gedurende 4-5 weken na de operatie<sup>[26]</sup> in geval van een totale heupprothese?

[26] NOV. Richtlijn Totale Heupprothese. 2010. [http://richtlijnen database.nl/richtlijn/totale\\_heupprothese/perioperatieve\\_zorg\\_van\\_totale\\_heupprothese/preventie\\_veneuze\\_trombose\\_bij\\_heupprothese.html](http://richtlijnen database.nl/richtlijn/totale_heupprothese/perioperatieve_zorg_van_totale_heupprothese/preventie_veneuze_trombose_bij_heupprothese.html)

\* Geef toelichting



Noemer: Wat is het aantal patiënten in het verslagjaar dat een initiële operatie onderging voor een totale heupprothese?

Toelichting:

#### **PK 1.4.6 Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese**

##### **Indicator A Infectie na een totale heupprothese**

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

ja  nee

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

ja  nee\*

Teller: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een totale heupprothese?

Noemer: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten dat een operatie onderging voor een totale heupprothese?

Toelichting:

##### **Indicator B Infectie na een totale knieprothese**

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

ja  nee

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

ja  nee\*

Teller: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een totale knieprothese?

Noemer: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten dat een operatie onderging voor een totale knieprothese?

Toelichting:

#### **PK 1.4.7 Indicator Aantal arthroscopieën van de knie**

Registreerde u in het verslagjaar het aantal uitgevoerde arthroscopieën in uw instelling?

ja  nee\*

Hoeveel arthroscopieën werden er in uw instelling uitgevoerd in het verslagjaar?

Toelichting:

\* Geef toelichting

## PK 1.4.8 Indicator Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden

Inzicht in hoe vaak heroperaties voorkomen, kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Het registreren en evalueren van heroperaties helpt de kwaliteit van zorg te verbeteren, bij het leren van gemaakte fouten en het ondernemen van actie om vermijdbare complicaties te voorkomen.

In onderstaande indicator zijn de patiëntengroepen niet identiek. De noemer vraagt naar de initiële operaties van januari tot en met december en de teller vraagt naar de heroperaties binnen twaalf maanden.

- Exclusiecriteria:
  - Geplande heroperaties.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten met een arthroscopie?

ja  nee\*

Teller: Wat is het totaal aantal ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden in het verslagjaar?

Noemer: Wat is het totaal aantal patiënten dat een initiële operatie onderging voor een arthroscopie in het verslagjaar?

Toelichting:

## 1.5 Oogheelkundige chirurgie

### Z+PK 1.5.1 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), uveïtis (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 (b.v. bij patiënten met een matuur cataract, refractiechirurgie, fors corneaal litteken of cornea troebelingen).

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 cataractoperatie 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 m.b.v. niet standaard materialen, of uitgevoerd in amblyogene leeftijd).
    - 31242 Cataractoperatie extracapsulair, met inbrengen van kunststoflens, m.b.v. niet standaard materialen of technieken, of uitgevoerd in de amblyogene leeftijd.

\* Geef toelichting

- 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, bijv. 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 2e operatieve verrichting, is dit een combi operatie en is het een exclusie, **uitzondering:** de combinatie met 31293 Voorsegmentvitrectomie is **geen** exclusie criterium). De lijst met operatieve oogheelkundige verrichtingen is opgenomen in de bijlage.
  - Complicerende comorbiditeit zoals matuurcataract, pseudoexfoliatie, corneatroebeling, kleine pupil, eerdere corneale refractie-chirurgie, eerdere vitrectomie.
  - Ten aanzien van 1a: Visusbeperkende comorbiditeit: diabetische retinopathie (755, 757 en 759), glaucoom (904, 907, 909), leeftijd-gebonden 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.

Worden in uw instelling patiënten aan cataract geopereerd?

ja  nee

#### 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 hebben 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 hebben ondergaan.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

### PK 1.5.2 Indicator Infectie na refractiechirurgie

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

ja  nee\*

Teller: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na refractiechirurgie?

Noemer: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij refractie chirurgische ingrepen werd uitgevoerd?

Toelichting:

\* Geef toelichting

### PK 1.5.3 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. Immers niet wenselijk is de situatie dat door een individuele beroepsbeoefenaar niet gekeken wordt hoe een nog beter resultaat kan worden bereikt en niet gekeken wordt wat bepalend is bij anderen voor tevredenheid van patiënten na een staaroperatie.*

*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.*

- Inlusie criterium:
  - Alle cataractoperaties.

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

ja  nee\*

Teller: Wat is in het verslagjaar het aantal cataract-operaties, dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?

Noemer: Wat is in het verslagjaar het aantal cataract-operaties?

### 1.5.4 Indicator Infectie na cataractoperatie

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cataract-operatie?

ja  nee\*

Teller: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cataract-operatie?

Noemer: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een cataractoperatie werd uitgevoerd?

Toelichting:

## 1.6 Neurochirurgie

### Z 1.6.1 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

\* Geef toelichting

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 NVN 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 de eerste, essentiële stap voor kwaliteitsverbetering, zo ook in de neurochirurgie<sup>[27]</sup>. 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 chirurgisch behandeld zijn voor een maligne glioom (ICD9: 191.x, ICD10: C71.x).  
Diagnose 1115 Hersentumor intraaxiaal of diagnose 1110 Hersentumor omschreven met OKpluscode 330165E Zorgactiviteits(ZA)code 030114 operatieve behandeling intraparenchymale aandoening supratentorieel oppervlakkig (oa tumor) zonder betrokkenheid ventrikel, basale kernen, thalamus (zwaarteklasse 4).
    - Geeft met verpleegdagen (15) in DOT de Zorgproduct(ZP)code 972802091 en met neuro monitoring 972802090.
    - Geeft met verpleegdagen (628) in DOT ZPcode 972802093 en met neuromonitoring 972802092.
  - Alle patiënten die behandeld (chirurgisch, endovasculair en expectatief) zijn voor een subarachnoïdale bloeding (ICD9: 430, ICD10: I60.9).
    - 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 AMCode 381028D of E (on)geruptureerd = ZACode 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 ZACode 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 ZACode 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 A Maligne glioom

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

ja  nee

Heeft u in het verslagjaar informatie over chirurgische behandeling van maligne glioom aan QRNS geleverd?

ja  nee\*

[27] 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

Teller: aantal chirurgische behandelingen van een maligne glioom waarvan gegevens geleverd aan QRNS<sup>[28]</sup>.

Noemer: totaal aantal chirurgische behandelingen van een maligne glioom in uw ziekenhuis.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

### Indicator B 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<sup>[2]</sup>.

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

## 1.7 KNO chirurgie

### 1.7.1 Indicator Implementatie ZATT richtlijn<sup>[30]</sup>

Per jaar worden in Nederland ruim 40.000 patiënten geopereerd aan tonsillen en ruim 20.000 aan het adenoïd. Dit is ongeveer 25 procent van een geboorte-cohort. Het merendeel van deze ingrepen wordt bij kinderen verricht. Er is internationaal en nationaal een grote spreiding ten aanzien van de incidentie van ingrepen aan adenoïd en tonsillen. Het verschijnen van de resultaten van de NATAN-trial (Netherlands Adenotonsillectomy Tonsillectomie Adenotomie Nederland) heeft in de landelijke media veel discussie veroorzaakt over dit onderwerp. Hierdoor is er onrust ontstaan in de spreekkamer van de huisarts, KNO (Keel-, Neus- en Oorheelkunde)-arts en kinderarts rondom de indicatiestelling van deze ingreep.

Bovengenoemde overwegingen waren voor de Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) aanleiding een multidisciplinaire, 'evidence-based' richtlijn te ontwikkelen voor het beleid bij ziekten van adenoïd en tonsillen in de tweede lijn.

Deze richtlijn kwam uit in 2007 en is in 2014 herzien, en er is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering opgesteld. De richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en

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

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

[30] Ziekten Adenoïd en Tonsillen in de Tweede lijn

\* Geef toelichting

aansluitende meningsvorming, gericht op het vaststellen van goed medisch handelen. Hiermee geeft de richtlijn de KNO-arts handvatten om die patiënten te identificeren die in aanmerking komen voor een (adeno) tonsillectomie.

Deze ontwikkeling illustreert dat wanneer er meer wetenschappelijk onderzoek voor handen is de richtlijnen, op basis van dit onderzoek, een beter gedefinieerd indicatiegebied voorschrijven. Wanneer dit indicatiegebied smaller is dan voorheen dan zal, zoals bij de tonsillectomie, het aantal verrichtingen afnemen.

- *Inclusiecriteria*
- *Kinderen <18 jaar.*

#### **Indicator A: Registratie infecties voor indicatiestelling**

*Volgens de aanbeveling in de richtlijn is bij kinderen met zeer frequent recidiverende tonsillitiden (7 of meer tonsillitiden per jaar of 5 tonsillitiden per jaar in de afgelopen twee jaar) (adeno)tonsillectomie geïndiceerd.*

*Bij kinderen met frequent recidiverende tonsillitiden (4 tot 6 tonsillitiden per jaar) met ernstige morbiditeit kan een (adeno)tonsillectomie worden overwogen.*

*Bij kinderen met minder ernstige of minder frequente klachten is een afwachtend beleid geïndiceerd.*

Registreert u het aantal infecties dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling?  ja  nee\*  n.v.t.\*

Toelichting:

#### **Indicator B: Registratie apneu's voor indicatiestelling**

*Volgens de aanbevelingen in de richtlijn is bij kinderen met verdenking op OSAS een (adeno) tonsillectomie geïndiceerd.*

Registreert u of het kind wel of geen apneu's heeft voorafgaande aan de indicatiestelling?  ja  nee\*  n.v.t.\*

Toelichting:

## 1.8 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 in aanmerking voor chirurgische behandeling bij extreme obesitas en obesitasgerelateerde comorbiditeit.

### **PK 1.8.1 Indicator Aantal bariatrische ingrepen**

Bood uw instelling het plaatsen van een maagballon aan?  ja  nee

Waar werd het plaatsen van de maagballon uitgevoerd?  in de eigen instelling  
 in een ziekenhuis, namelijk *Lijst van ziekenhuizen*

Wat is het totaal aantal patiënten waarbij een maagballon is geplaatst in het verslagjaar?

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?  ja  nee\*

\* Geef toelichting

Waar werd de bariatrische chirurgie uitgevoerd?

- in de eigen instelling  
 in een ziekenhuis, namelijk  
Lijst van ziekenhuizen

Teller 1: Wat is het totaal aantal patiënten  $\geq 18$  jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?

Teller 2: Wat is het totaal aantal patiënten  $\geq 14$  jaar maar  $< 18$  jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?

Teller 3: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een maagband werd geplaatst (alle leeftijden)?

Teller 4: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een gastric bypass werd uitgevoerd (alle leeftijden)?

Teller 5: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een sleeve resectie werd uitgevoerd (alle leeftijden)?

Noemer: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie werd uitgevoerd (exclusief maagballonnen)?

## PK 1.8.2 Indicator Samenstelling multidisciplinair team

*Chirurgie bij obesitas wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team. Dit team kan zorgen voor preoperatieve risico-inventarisatie, informatie over verschillende procedures, waaronder mogelijk gewichtverlies en bijkomende risico's, regelmatige postoperatieve controles, psychologische begeleiding voor en na de operatie en plastische chirurgie.*

Welke disciplines waren in uw team vertegenwoordigd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

Chirurg  ja  nee\*

Anesthesioloog  ja  nee\*

Diëtist  ja  nee\*

Psycholoog  ja  nee\*

Internist  ja  nee\*

MDL-arts  ja  nee\*

Praktijkverpleegkundige  ja  nee\*

Anders, namelijk:

Toelichting:

\* Geef toelichting





### 1.8.3 Indicator Percentage postoperatieve controles

Followup 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 het verslagjaar zijn geopereerd en in het verslagjaar nog voor follow-up kwamen).

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%



### 1.8.4 Indicator Infectie na een bariatrische ingreep

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een bariatrische ingreep?

ja  nee\*

Teller: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een bariatrische ingreep?

Noemer: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een bariatrische ingreep werd uitgevoerd?

Toelichting:

## 1.9 Plastische en/of reconstructieve chirurgie



### 1.9.1 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
- Gynaecologische implantaten
- Oogheelkundige implantaten
- Orthopedisch implantaat, namelijk
- Anders, namelijk:\*

\* Geef toelichting

Indien uw instelling orthopedische implantaten gebruikte, beschikte u in uw instelling over de mogelijkheid om tijdens of kort na het plaatsen van een implantaat in de instelling een röntgenfoto te maken?

ja  nee\*

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?

ja  nee\*

Indien ja, welke?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

- LROI  
 Een landelijk registratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging  
 Een eigen elektronisch registratiesysteem  
 Een eigen papieren registratiesysteem  
 Anders, namelijk:\*

Toelichting:

## 1.9.2 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<sup>[31]</sup> en rond 2 procent in het geval van esthetische augmentaties<sup>[32]</sup>.

*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 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.

[31] 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.

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

\* Geef toelichting

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.

**z** **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):

%

**Z+PK** **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 geëxpandeerde 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):

%

**Z+PK** **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 wat 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):

%



### 1.9.3 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 hete 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 particuliere klinieken en ziekenhuizen. De inspectie beschouwd deelname aan het register als veldnorm.

- Inlusiecriteria:
  - Alle geïmplanteerde borstprothesen in de mamma in het verslagjaar.
  - Alle geëxplanteerde borstprothesen in de mamma in het verslagjaar.
  - Alle gewisselde borstprothesen in de mamma in het verslagjaar.
  - Bij verschillen in definities is de DBIR leidend.
  - Zorgactiviteit: 38983, 39029, 39041, 39042 (DBC boom plastische chirurgie)

Registreert uw instelling in de DBIR in het verslagjaar?

ja

nee\*

Teller: het aantal volledig geregistreerde borstprothesen en expanders in de DBIR in het verslagjaar.

Noemer: het aantal ingebrachte borstprothesen en expanders in het verslagjaar.

Percentage: geïmplanteerde borstprothesen en expanders geregistreerd in de DBIR (wordt automatisch berekend):

%

Teller: het aantal volledig geregistreerde explantaties van alle borstprothesen en expanders voor chirurgie in de mamma in het verslagjaar.

Noemer: het aantal explantaties van borstprothesen en expanders in het verslagjaar.

Percentage: geëxplanteerde borstprothesen en expanders geregistreerd in de DBIR (wordt automatisch berekend):

%

\* Geef toelichting

Toelichting:

## 1.10 Cosmetische chirurgie

### PK 1.10.1 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 3 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 OK, 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: 39041, 39042 (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: Wat was het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar?

Noemer: Wat was het aantal geplaatste borstprothesen voor borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar?

Toelichting:

\* Geef toelichting

### PK 1.10.2 Indicator Resultaat van de cosmetische ingreep

Eén van de veldnormen die is ontwikkeld, stelt dat bij cosmetische ingrepen het resultaat kan worden vergeleken met de uitgangssituatie. Door de uitgangssituatie en het resultaat vast te leggen met een foto kan hieraan worden voldaan. De foto wordt digitaal opgeslagen.

Voerde u in het verslagjaar borstvergrotingen uit?  ja  nee

Was er in het verslagjaar sprake van een digitale foto-opslag van patiënten voorafgaand aan een borstvergroting?  ja  nee\*

Voerde u in het verslagjaar ooglidcorrecties uit?  ja  nee

Was er in het verslagjaar sprake van een digitale foto-opslag van patiënten voorafgaand aan een ooglidcorrectie?  ja  nee\*

Teller 1: Wat was het aantal patiënten met een borstvergroting en een digitaal opgeslagen foto gemaakt voorafgaand aan de ingreep in het verslagjaar?

Teller 2: Wat is het aantal patiënten met een ooglidcorrectie en een digitaal opgeslagen foto gemaakt voorafgaand aan de ingreep in het verslagjaar?

Noemer 1: Wat was het totaal aantal patiënten met een borstvergroting in het verslagjaar?

Noemer 2: wat is het totaal aantal patiënten met een ooglidcorrectie in het verslagjaar?

Toelichting:

### PK 1.10.3 Indicator Ongeplande heroperaties

Een ongeplande heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie 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 operatietechniek bij de primaire operatie, suboptimale heroperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

- **Inclusie criterium:**  
Indien de patiënt ontevreden is en op grond daarvan tot heroperatie wordt besloten.
- **Exclusie criterium:**  
Patiënten die om een heroperatie vragen, waarbij de primaire operatie langer dan twaalf maanden geleden is.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten die een cosmetische ingreep ondergingen?  ja  nee\*

Teller: Wat is, in het verslagjaar, het aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie plaatsvond bij patiënten die een cosmetische ingreep hebben ondergaan?

\* Geef toelichting

Noemer: Wat is, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten dat een initiële operatie onderging voor een cosmetische ingreep?

Toelichting:

#### PK 1.10.4 Indicator Infectie na een cosmetische ingreep

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep?

ja  nee

Teller: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep?

Noemer: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een cosmetische ingreep werd uitgevoerd?

Toelichting:

#### PK 1.10.5 Indicator Registratie rimpelvullers

*Door een register bij te houden kunnen 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\*

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

Niet permanente rimpelvullers  
 Permanente rimpelvullers  
 Anders, namelijk\*

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem (track en 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:

## 1.11 Dermatologische chirurgie / dermatologie

Een dermatoloog behandelt mensen met aandoeningen van de huid en de daaraan grenzende slijmvliezen. De behandeling kan bestaan uit steeds meer chirurgische ingrepen en specifiek dermatologische behandelingstechnieken. Hiertoe worden de cryochirurgie ("bevrozingstherapie"), de elektrochirurgie, de lichttherapie en lasertherapie van de huid gerekend.

\* Geef toelichting

Naast algemene dermatologie zijn in particuliere klinieken ook de volgende deelgebieden relevant.

- Dermato-oncologie: het vakgebied dat zich richt op de preventie en behandeling van huidkanker, alsook beoordeling en eventueel verwijderen van moedervlekken.
- Allergologie: het onderzoek en de behandeling van huidziekten bij patiënten met overgevoeligheid voor allerlei materialen.
- Cosmetische dermatologie: alles wat te maken heeft met verfraaiing van de huid en de contouren van het lichaam. Behalve het verwijderen van ongerechtigheden op de huid, zoals steelwratten en pigmentvlekken, omvat dit in toenemende mate ook het opvullen van rimpels, behandeling van storende bloedvaatjes in het aangezicht, het behandelen van littekens (bijvoorbeeld door acne), het verwijderen van overmatige beharing met laser/flitslampen en het verwijderen van overtollig vet.
- Proctologie: de behandeling van aambeien en andere aandoeningen in en rond de anus.
- Flebologie: de verbetering van de veneuze hemodynamiek staat centraal. Dit uit zich onder andere in de behandeling van spataderen, oedeem en het 'open been'.

### PK 1.11.1 Indicator Dermatologische behandelingen

Welke behandelingen werden in het verslagjaar in uw instelling uitgevoerd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

Algemene dermatologie (zoals psoriasis, eczeem)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Dermato-oncologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Werkt u daarbij samen met een ziekenhuis met oncologische expertise?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Dermatochirurgie (medisch)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Cosmetische dermatochirurgie	<input type="checkbox"/> ja, namelijk liposculpture	
	<input type="checkbox"/> ja, namelijk liposuctie	
	<input type="checkbox"/> ja, anders*	
	<input type="checkbox"/> nee	
Proctologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Flebologie C1- C2**	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
C3- C6**	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Anders*		
Toelichting:		

\* Geef toelichting  
\*\* CEAP-classificatie



## 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 11-15 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 11-15 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 Beademingsuren

#### 3.1.1 Indicator Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling

- *Definities:*
- **Beademingsuur:** Een kalenderuur waarop op enig moment sprake is van invasieve of noninvasieve mechanische beademing van een patiënt binnen een intensive careafdeling, of indien de beademing elders is gerealiseerd, minimaal onder medische eindverantwoordelijkheid van een intensivist is uitgevoerd.
- **Kinderen:** Patiënten jonger dan 18 jaar. Uitgezonderd de kinderen op de pediatrie en de neonatologie IC.

Worden er in uw ziekenhuis kinderen (<18 jaar) op een IC voor volwassenen beademd?  ja  nee  geen IC aanwezig

Beschikt uw ziekenhuis over een registratie beademingsuren op de IC?  ja  nee\*

Toelichting:

	Beademingsuren					
	<72 uur		72-120 uur		>120 uur	
	Aantal patiënten	Totaal aantal beademings-uren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademings-uren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademings-uren
Kinderen (<18 jaar)						

### 3.2 Kwaliteitsregistratie NICE

#### 3.2.1 Indicator Deelname en 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

\* Geef toelichting

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 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 worden 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: <http://www.stichtingnice.nl/dd/?o>.

Levert uw IC-afdeling data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd?  ja  nee\*  n.v.t.\*

Zo ja, betreft dit data voor de MDS?  ja  nee

Betreft dit data voor de NVIC-kwaliteitsindicatoren?  ja  nee

Registreert de IC-afdeling complicaties in NICE?  ja  nee

Toelichting:

### 3.2.2 Indicator Hypoglycemie

Uit onderzoek<sup>[33,34]</sup> 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 glucose spiegel 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

Teller: aantal bloedglucose metingen onder 2,2 mmol/l.

\* Geef toelichting

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

[34] 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.

Noemer: totaal aantal bloedglucose metingen in het verslagjaar.	
Percentage (wordt automatisch berekend):	%
Toelichting:	
Mediane tijdsduur na vaststellen hypo-uur glycemie tot hernieuwde meting:	uur
Mediane tijdsduur na vaststellen hypo-uur glycemie tot bloedglucose boven 2,2 mmol/l:	uur

## 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 11-15 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<sup>[35]</sup>.

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<sup>[36]</sup>.

In de tabel op bladzijde 11-15 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 Diagnostisch onderzoek

De indicatoren in dit hoofdstuk richten zich op instellingen die diagnostiek uitvoeren. Risico's zijn gemiste diagnose(n) en als gevolg daarvan onderbehandeling of niet verwijzen naar de tweede lijn.

- Definitie diagnostisch onderzoek:  
alle beeldvormende, biometrische, klinisch chemische en/of pathologische onderzoeken.

### PK 5.1.1 Indicator Diagnostisch onderzoek

Verrichtte uw instelling in het verslagjaar diagnostisch onderzoek?<sup>[37]</sup>

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:

### PK 5.1.2 Indicator Totaal aantal patiënten en diagnostisch onderzoek

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij binnen uw instelling diagnostisch onderzoek<sup>[38]</sup> plaats vond?

ja  nee\*

Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar?

[35] Nivel. 2011/2012. Monitor zorggerelateerde schade. Geraadpleegd op 22 juni 2015: [http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/monitor\\_zorggerelateerde\\_schade\\_2011\\_2012.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/monitor_zorggerelateerde_schade_2011_2012.pdf)

[36] Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., Broekens, M.A., Hammink, K., Schilp, J., Verweij, L., Asscheman, H., Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam, Utrecht; EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL, 2013.

[37] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek

[38] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek

\* Geef toelichting

Registreerde u in het verslagjaar het aantal diagnostische onderzoeken dat in uw instelling werd uitgevoerd?

ja

nee\*

Wat is het totaal aantal diagnostische onderzoeken in het verslagjaar?

Toelichting:

### **PK** 5.1.3 Indicator Invasieve onderzoeken

*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\*

Wat is het totaal aantal invasieve onderzoeken in het verslagjaar?

Toelichting:

\* Geef toelichting

# 6 Interventies

Elke behandeling in het ziekenhuis kan worden gezien als een interventie. In dit hoofdstuk zijn de interventie 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 11-15 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 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.*

A Worden er op uw afdeling vasculaire interventies uitgevoerd?

ja  nee

B 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** bij B:

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

Noemer C: aantal uitgevoerde vasculaire interventies gedurende het verslagjaar.

Percentage C: 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<sup>[39]</sup>. 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 11-15 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

voor te schrijven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijk heden om onveilige situaties te bewaken<sup>[40]</sup>.

- *Definities:*
- **Elektronisch voorschrijven:** Het voorschrijven van geneesmiddelen door middel van een elektronisch voorschrijfsysteem. Een elektronisch voorschrijfsysteem is een geautomatiseerd systeem waarmee langs elektronische weg recepten kunnen worden uitgeschreven en waarmee tegelijkertijd onveilige situaties kunnen worden gesignaleerd tijdens het voorschrijven van geneesmiddelen. 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 overgevoeligheidsreacties.

Het proces rond elektronisch voorschrijven kan worden onderverdeeld in verschillende deelprocessen:

- 1 Opvragen van een medicatieoverzicht bij de vorige schakel in de zorg.
- 2 Vaststellen van het actuele medicatiegebruik met de patiënt.
- 3 Elektronisch voorschrijven.
- 4 Medicatieoverdracht naar huisarts en/of andere zorgaanbieders (indien van toepassing).

Voor de klinische situatie is een koppeling met het apotheeksysteem zeer gewenst.

Het elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten:

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

[39] Langelan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., Broekens, M.A., Hammink, K., Schilp, J., Verweij, L., Asscheman, H., Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam, Utrecht; EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL, 2013.

[40] Richtlijn Elektronisch Voorschrijven. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht, september 2013.

Het doel van deze indicator is om na te gaan of het ziekenhuis/kliniek werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven. Tevens wordt de mate van implementatie in het ziekenhuis bevraagd. De indicator betreft voor ziekenhuizen het gehele ziekenhuis maar om de registratielast te beperken is gekozen voor een aantal afdelingen en een combinatie van snijdende en beschouwende specialismen.

- **Inclusiecriteria:**
  - Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten.
- **Structuur indicator:**
  - De optie ‘gedeeltelijk’ kan worden aangekruist indien bijvoorbeeld een deel van de vakgroep/behandelaars wel via een elektronisch voorschrijfsysteem voorschrijft, maar de overige dit niet doen.
  - Er kan pas “ja” worden ingevuld als de genoemde deelprocessen doorlopen worden.
- **Exclusiecriteria:**
  - Indien wel elektronisch wordt voorgeschreven maar er geen medicatiebewaking plaatsvindt op het moment van voorschrijven, dan is er geen sprake van elektronisch voorschrijven.

Wordt op dit moment in uw instelling volledig elektronisch voorgeschreven (voor ziekenhuizen geldt: zowel poliklinisch als klinisch op alle afdelingen door alle voorschrijvers)?

- ja  
 gedeeltelijk (enkel mogelijk voor ziekenhuizen)  
 nee\*

Toelichting:

Indien gedeeltelijk bij ziekenhuizen:

Wordt op dit moment in het ziekenhuis elektronisch voorgeschreven door alle voorschrijvers op één van de volgende klinische afdelingen?

Cardiologie

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Interne geneeskunde

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Kinderafdeling

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Orthopedie

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Urologie

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Wordt op dit moment in het ziekenhuis elektronisch voorgeschreven door alle voorschrijvers op de poliklinieken door één van de volgende specialismen?

Cardiologie

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Interne geneeskunde

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Kinderafdeling

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Orthopedie

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Urologie

- ja                       nee\*                       n.v.t.\*

Toelichting:

## 7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

Er zijn verschillende kwetsbare groepen wanneer het gaat om medicatie: ouderen met polyfarmacie en kinderen (1 mnd – 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.

\* Geef toelichting

## 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 geneesmiddelen. 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 22-70 procent van de klinische opnames van patiënten jonger dan 18 jaar voorkomen. Het risico hierop wordt groter als een kind leidt aan een medisch complexe aandoening (kwaadaardige ziekten, handicap, taaislijmziekte), meer dan 4 middelen gebruikt en als er antiepileptica worden gebruikt<sup>[41,42,43]</sup>.

- De medicatieverificatie bij **opname** is compleet uitgevoerd als:
  - Een medicatieopnamegesprek heeft plaats gevonden door een geschoold medewerker<sup>[44]</sup>.
  - 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 thuisituatie 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<sup>[45]</sup>.
  - 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).

[41] 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.

[42] 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.

[43] 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.

[44] 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.

[45] 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.

**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.\*

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:

\* Geef 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.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

\* Geef toelichting

## 8 Verpleegkundige zorg en screening

Het verplegen in ziekenhuizen 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 11-15 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op screening en verpleegkundige zorg, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

### 8.1 Wondzorg

Kennis en ervaring ten aanzien van wondzorg is thans verspreid over meerdere (para)medische specialisaties. In de zorgketen is onderlinge communicatie over wondbehandeling gering. Wondbehandeling is daardoor versnipperd en veelal inefficiënt. In snelle opvolging van zorgverleners worden verschillende therapieën met verscheidene doelstellingen ten aanzien van een zelfde cliënt voorgeschreven. Dit kan leiden tot uitstel van de meest effectieve behandeling of tot opname in een ziekenhuis c.q. een verpleeghuis. De cliënt blijkt vaak langer dan nodig geconfronteerd te zijn met zijn lijden aan een (chronische) wond, evenals de gerelateerde pijnklachten en de resulterende beperkingen in zijn dagelijkse leven.

De impact die de komst van 'leg ulcerclinics' in Groot-Brittannië hadden op wondgenezing en kwaliteit van leven van cliënten met een wond, is goed gedocumenteerd<sup>[46,47,48]</sup>. Frequente consultatie, toezicht en begeleiding door gespecialiseerde verpleegkundigen, evenals een 'laagdrempeligheid' bij het voorkomen van een recidief, zijn factoren die patiënten en hun wondgenezing ten goede komen<sup>[49]</sup>.

De patiënt heeft recht op goede wondzorg waarbij een efficiënte aanpak dient te leiden tot een snelle wondgenezing, onafhankelijk van waar de patiënt zich bevindt. In navolging van Groot-Brittannië zien we ook in Nederland de opkomst van multidisciplinaire wondexpertisecentra met als kerntaken evidence based wondzorg, coördinatie in de keten en het verspreiden van expertise. Om de kwaliteit van nieuw op te richten en bestaande wondexpertisecentra te borgen is door V&VN Wondconsulenten en Woundcare Consultant Society (WCS) het initiatief genomen om kwaliteitscriteria te ontwikkelen.



#### 8.1.1 Indicator Uitkomst behandeling diabetische voetwonden

*Bij 3% van de patiënten met diabetes ontstaat een voetulcus. Meer dan 15% van deze patiënten heeft vroeg of laat te maken met een amputatie van (een deel van) de voet, onderbeen of bovenbeen. Bij het ontstaan van een diabetisch voetulcus spelen vele factoren een rol. Een systematisch onderzoek is daarom belangrijk en zal als leidraad dienen bij de behandeling. Een belangrijk aspect is de mate van weefselperfusie. Bij ernstige ischemie zal er geen genezing optreden, matige ischemie gaat gepaard met vertraagde wondgenezing en een slechtere prognose bij infectie.*

*Instellingen in Nederland kunnen de (effecten van de) behandeling van patiënten met een diabetisch voetwond met elkaar vergelijken indien ze eenduidig classificeren. Ook biedt dit de mogelijkheid om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren. Op landelijk niveau worden met een eenduidige classificatie beroepsverenigingen in staat gesteld vroegtijdig kwaliteitsproblemen te signaleren en verbetertrajecten in te zetten. Eenduidige classificatie is een voorwaarde voor een succesvolle landelijke registratie en voor verder gebruik van indicatoren. Internationaal bestaan er verschillende classificatiesystemen. De Wagner en Texasclassificatie zijn de meest bekende. In de consensusstekst uit 1998 wordt ook de Nederlandse classificatie beschreven. Omdat de Texasclassificatie internationaal is gevalideerd wordt in de basisset de Texasclassificatie als standaard gebruikt.*

[46] Moffatt CJ, Franks PJ, Oldroyd M, Bosanquet N, Brown P, Greenhalgh, McCollum CN. Community clinics for leg ulcers and impact on healing. 1992. BMJ; 305(5):1389-1392.

[47] Liew IH, Law KA, Sinha SN. Do leg ulcer clinics improve patients' quality of life? 2000. J Wound Care 9(9):423-6.

[48] Gottrup F, Holstein P, Jorgensen B, Lohman M, Karlsmark T. A new concept of a multidisciplinary wound healing centre and national expert function of wound healing. 2001. Archives of Surgery 136: 765-72.

[49] Ruckley CV. Caring for patients with chronic leg ulcer. 1998. Br Med J 316: 407-8.

- *Inclusiecriteria:*
- *Patiënten geclassificeerd met de Texasclassificatie.*
- *Per patiënt wordt de wond met de ernstigste graad aan enig been geteld, mocht er sprake zijn van een recidief nadat de wond volledig gesloten was, telt dit als een nieuwe wond.*

A Behandelt u patiënten met voetwonden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
B Is de uitkomst van patiënten met diabetische voetwond(en) geregistreerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Indien 'ja' bij B: Aantal binnen het verslagjaar nieuwe patiënten waarbij de ernstigste voetwond is geclassificeerd in classificatie ≥D waarbij:

Teller 1: volledige wondgenezing heeft plaatsgevonden.	
Teller 2: een andere uitkomst heeft plaatsgevonden.	
Teller 3: er is nog steeds een wond aanwezig, dus geen eindpunt bereikt.	
Noemer: aantal binnen het verslagjaar nieuwe patiënten waarbij de ernstigste voetwond aan enig been is geclassificeerd in klasse 'Graad 2 Wond penetreert tot op kapsel of pees'.	
Percentage 1 = percentage patiënten waarbij volledige wondgenezing heeft opgetreden (wordt automatisch berekend):	%
Percentage 2 = percentage patiënten waarbij een andere uitkomst heeft plaatsgevonden (wordt automatisch berekend):	%
Percentage 3 = percentage patiënten waar nog steeds een wond aanwezig is, dus zonder eindpunt in het verslagjaar (wordt automatisch berekend):	%
(percentage 1 tot en met 3 is samen 100%)	

## 8.2 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

\* Geef toelichting



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.

## 8.2.1 Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen

- Definitie acute ondervoeding:
  - Kinderen (28 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<sup>[50,51]</sup>.

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  $\geq 1$  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  $\geq 1$  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<sup>[52-53]</sup>.

### 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

[50] Zie voor groeicurves [www.growthanalyser.org](http://www.growthanalyser.org).

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

[52] Zie voor meer informatie [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl).

[53] 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

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:

## 8.2.2 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<sup>[54]</sup>. 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 ( $\geq 18$  jaar) met een screeningsuitslag bij opname van SNAQ  $\geq 3$  punten of MUST  $\geq 2$  punten

B bij alle acuut ondervoede kinderen ( $> 1$  jaar)<sup>[55]</sup>.

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.

[54] 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.

[55] O.b.v. gewicht naar lengte  $< -2$  SD.

### Definities

Eiwitbehoefte voor volwassenen en kinderen > 1 jaar: 1,2 tot 1,5 gram per kg lichaamsgewicht<sup>[56]</sup>. Minimale energiebehoefte voor kinderen: Rustmetabolisme volgens Schofield<sup>[57]</sup> + 30% toeslag.

### Indicator A Behandeling van ondervoeding bij volwassenen

Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Is er een continue meting uitgevoerd? <sup>[58]</sup>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Teller: aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag.		
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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Is er een continue meting uitgevoerd? <sup>[59]</sup>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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:		

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

[57] De Schofield-formule is een bekende maat om de energiebehoefte voor kinderen te berekenen. Meer informatie is hierover te vinden op [www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl).

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

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

\* Geef toelichting

### 8.2.3 Indicator Screening op ondervoeding op de polikliniek

Ondervoeding is een veelvoorkomend probleem met belangrijke fysiologische, psychologische, sociale en economische gevolgen. Om ondervoede patiënten tijdig te kunnen behandelen is vroege herkenning gewenst. In drie richtlijnen is vroege herkenning van ondervoeding opgenomen als onderdeel van de (verpleegkundige) anamnese en/of de medische behandeling. Deze richtlijnen zijn de 'Richtlijn perioperatief voedingsbeleid', de 'Richtlijn ondervoeding bij patiënten met kanker' van het Integraal Kankercentrum Nederland en de 'Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding'.

Ondervoeding is een veelvoorkomend probleem bij patiënten rond een operatie. De prevalentie van ondervoeding verschilt erg per ziektebeeld en kan oplopen tot boven de 50 procent. Door de medische behandeling verslechtert de voedingstoestand vaak (verder). Gewichtsverlies en/of ondervoeding zijn geassocieerd met een slechtere kwaliteit van leven, een lagere respons op therapie, een grotere kans op complicaties, langzamer herstel en een kortere levensverwachting. Daarom is het belangrijk om ondervoede patiënten zo vroeg mogelijk, bij voorkeur voor de start van de medische behandeling, te herkennen en te behandelen.

Het heeft de voorkeur om structureel (percentage) gewichtsverlies en BMI als basiskenmerk van de patiënt te verzamelen in het eerste poliklinische consult. Ook wordt geadviseerd een van de screeningsinstrumenten te gebruiken die in de bovenstaande richtlijnen genoemd worden: voor de oudere populatie is dit de MNA, de MNA-SF of de SNAQ65+ en voor de overige volwassen patiënten de SNAQ of de MUST.

- Afkapwaarden BMI en gewichtsverlies:
  - Volwassenen (18-64 jaar)
    - BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup> en/of
    - >5% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand en/of >10% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste 6 maanden.
  - Ouderen (≥ 65 jaar)
    - BMI < 20 kg/m<sup>2</sup> en/of
    - >5% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand en/of >10% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste 6 maanden.
- Afkapwaarden screeningsinstrumenten:
  - MNA: 0-16 punten
  - MNA-SF: 0-7 punten
  - SNAQ: ≥ 3 punten
  - SNAQ65+: score rood
  - MUST: ≥ 2 punten
- Inclusiecriteria:
  - Volwassen patiënten (18 jaar en ouder).
  - Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek.
  - Pre Operatieve Screening (POS): elke keer dat een POS geïndiceerd is voor een ingreep, telt deze mee.

Is het percentage patiënten dat tijdens de preoperatieve screening in het verslagjaar is gescreend op ondervoeding bekend?

ja  nee\*

Welke screeningsmethode wordt hiervoor gebruikt?

Berekening van het percentage gewichtsverlies en de BMI of MNA of MNA-SF of SNAQ of SNAQ65+ of MUST  
 Anders, namelijk:

Zijn er schriftelijke afspraken over het behandelbeleid op de Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek als de screening de uitslag 'ondervoed' heeft?

ja  nee\*

A Aantal preoperatieve screenings (op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek).

\* Geef toelichting

B Aantal patiënten dat tijdens de pre- operatieve screening is gescreend op ondervoeding (op de polikliniek pre- operatief verpleegkundig onderzoek).

C Aantal patiënten dat is geclassificeerd als 'ondervoed'.

Percentage 1 (B/A): percentage patiënten (op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek) dat gescreend is op ondervoeding (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2 (C/B): percentage patiënten (op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek) dat geclassificeerd is als 'ondervoed' (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

## 8.3 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 langetermijngevolgen, 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 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<sup>[60]</sup>.

De eerste stap in het ontwikkelen van een beleid voor patiënten met een delirium is de aanwezigheid van een deliriumprotocol en gespecialiseerd personeel. Deze structuurindicator wordt sinds 2014 niet meer bij ziekenhuizen uitgevraagd, maar is nog wel van belang voor particuliere klinieken. De volgende stap is het screenen van patiënten op een verhoogd risico voor het optreden van delirium.

### PK 8.3.1 Indicator Deliriumbeleid

De indicator voor de basisvoorzieningen en de aanwezigheid van een deliriumprotocol vraagt naar de eerste stappen in het ontwikkelen van een beleid voor patiënten met een delirium. Kenmerken van een deliriumprotocol, conform de richtlijn delirium (NVKG 2013<sup>[61]</sup>) zijn onderstaand opgenomen. Met dit overzicht kunt u de basisvoorzieningen die in uw instelling aanwezig zijn, in kaart brengen.

[60] NVKG Richtlijn delier Volwassenen en Ouderen. 2013. <http://www.nvkg.nl/uploads/ff/w3/ffw328izjfwlVFToaQ5S8w/Richtlijn-Delir-Volwassenen-en-ouderen-2014.pdf>

[61] NVKG Richtlijn Delier Volwassenen en ouderen. 2013. <http://www.nvkg.nl/uploads/ff/w3/ffw328izjfwlVFToaQ5S8w/Richtlijn-Delir-Volwassenen-en-ouderen-2014.pdf>

### Kenmerken basisvoorzieningen

- De aanwezigheid van een deliriumprotocol bij patiënten van 70 jaar en ouder.

### Kenmerken protocol

- Het protocol is gebaseerd op de richtlijnen voor delirium.
- Het gebruik van een systematische inventarisatie voor de detectie van het risico op delirium, gericht op primaire preventie.
- Adviezen voor het consulteren van gespecialiseerd personeel.

Beschikte u in het verslagjaar over een deliriumprotocol dat voldoet aan bovenstaande beschrijving?

ja

nee\*

Toelichting:

## PK 8.3.2 Indicator Risico op delirium

De volgende stap in de indicator is het screenen van patiënten op een verhoogd risico voor het optreden van delirium. Het risico op delirium is uitgebreid in verschillende specifieke patiëntengroepen onderzocht. Voorspellende factoren voor het optreden van delirium zijn onder te verdelen in factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium (de pre-existente risicofactoren) en factoren die een directe aanleiding vormen voor delirium (de precipiterende factoren). Deze indicator richt zich op de volgende factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium: hoge leeftijd, een reeds gestoorde cognitie en de aanwezigheid van ernstige chronische ziekten die de dagelijkse activiteiten belemmeren (American Society of Anesthesiologists (ASA) III-V). Alcoholmisbruik wordt niet meegenomen omdat dit niet betrouwbaar is vast te stellen en omdat het onderscheid met andere oorzaken van delirium niet goed te maken is. Het verhoogde risico op delirium wordt vastgesteld aan de hand van drie inventariserende vragen aan patiënt of mantelzorger.

### Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

Geselecteerd worden alle patiënten van 70 jaar en ouder. Bij elke ingreep of behandeling wordt het risico op delirium vastgesteld door het stellen van de volgende vragen:

- 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?

Voor elke invasieve behandeling, operatie of onderzoek dient de screening op het risico op delirium te worden vastgelegd bij alle patiënten van 70 jaar en ouder. 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. Deze patiënten kunnen niet in een particuliere kliniek worden behandeld en dienen te worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

### Andere gronden voor vaststellen verhoogd risico

Indien alle vragen negatief zijn beantwoord, maar er op andere gronden (o.a. meerdere psychotrope medicijnen of hersenletsel) toch verdenking is op een verhoogd risico op delirium, dan moet aanvullende risico-inventarisatie plaatsvinden, bijvoorbeeld met een cognitieve screeningstest. Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd. Deze patiënten kunnen niet in een particuliere kliniek worden behandeld.

Uitkomst van deze indicator bestaat uit het percentage patiënten van 70 jaar en ouder van wie structureel de risicoscore voor delirium wordt vastgelegd. Onder structureel vastleggen wordt verstaan dat bij meer dan 80 procent van alle patiënten van 70 jaar en ouder, de antwoorden op de bovenstaande drie vragen (vanaf nu 'de risicoscore') bij opname bekend en gedocumenteerd zijn, ongeacht de uitkomst.

Screende u in het verslagjaar structureel patiënten van 70 jaar en ouder die een invasieve behandeling, operatie of onderzoek ondergingen op het risico voor delirium?

ja

nee\*

\* Geef toelichting

Wat is het totaal aantal gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico bij screening voorafgaand aan de invasieve behandeling, operatie of onderzoek?

Wat is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder waarbij screening voor elke invasieve behandeling, operatie of onderzoek een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier?

Wat is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder in het verslagjaar waar een verhoogd risico is vastgesteld en waar van behandeling in de instelling is afgezien?

Wat is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder waar een verhoogd risico is vastgesteld en dat voor de betreffende behandeling is doorverwezen?

Toelichting:

### 8.3.3 Indicator Screening op en observatie van delirium

Patiënten met een verhoogd risico op delirium dienen actief en regelmatig geobserveerd te worden met een screeningsinstrument. Twee situaties tijdens ziekenhuisbehandeling zijn bij uitstek startpunt van een op delirium gerichte observatie: een patiënt kan al bij opname in het ziekenhuis delirant zijn (prevalent delirium) of kan tijdens de ziekenhuisopname een delirium ontwikkelen (incident delirium).

De uitkomst van deze indicator bestaat uit de fractie van de patiënten met een verhoogd risico op delirium (indicator 8.3.1), bij wie met een screeningsinstrument is beoordeeld of er sprake is van een delirium, ongeacht de uitkomst. Verpleegkundigen kunnen hiervoor de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) gebruiken, artsen de Confusion Assessment Method (CAM)<sup>[62]</sup>.

#### Meetmethode

Een dag per 3 maanden vaststellen van het aantal met de DOSS- of CAM-geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder, bij wie een verhoogd risico op delirium is vastgesteld. Dit zijn bij voorkeur zowel de patiënten bij wie een delirium aanwezig was bij opname als de gescreende hoog-risico patiënten van 70 jaar en ouder. De uitslag van de indicator is het gemiddelde van de 4 metingen.

- Inslusie criterium:
  - Patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen op de 4 meetdagen.

Is het aantal geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op een delirium bekend?

ja  nee\*  n.v.t.\*

Zijn in de teller en noemer ook de patiënten opgenomen waarbij het risico op andere gronden is vastgesteld?

ja  nee\*

Teller: het aantal patiënten dan met de DOSS of CAM tenminste eenmaal is geobserveerd op aanwezigheid van delirium, ongeacht de uitkomst.

[62] DOSS: [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten\\_46pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_46pdf.pdf)  
CAM: <http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/>

\* Geef toelichting

Noemer: het aantal patiënten bij wie met de methode van indicator 'risico op delirium' is vastgesteld dat er sprake is van een verhoogd risico op delirium (teller indicator 'risico op delirium'), aangevuld met de patiënten bij wie op andere wijze een verhoogd risico op een delirium is vastgesteld.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

## 8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting

Tijdig signaleren en behandelen van pijn is een belangrijk deel van het zorgproces. Pijn kan een teken zijn van complicaties en het kan zelf ook aanleiding geven tot complicaties. Bij verschillende aandoeningen in de oncologie of bij ziekten van het bewegingsapparaat is niet zozeer chronische pijn als wel intermitterende pijn het belangrijkste symptoom.

### 8.4.1 Indicator Ziekenhuisbrede pijnmeting

*Pijnmeting rond de operatie is al een aantal jaar een indicator voor de kwaliteit van zorg. Omdat ook patiënten die niet geopereerd zijn pijn kunnen hebben en dit invloed heeft op hun welbevinden en herstel, is de indicator zorgbrede pijnmeting ontwikkeld. Door de pijn te meten kan het ziekenhuis deze effectiever bestrijden. De registratie heeft als doel analyse van pijnscores van patiëntengroepen mogelijk te maken ten behoeve van kwaliteitsverbetering.*

*Als voorbeeld: Matige tot ernstige pijn komt voor bij 30-40 procent van de patiënten met kanker ten tijde van de diagnose, bij 40-70 procent van de patiënten tijdens de behandeling en bij 70-90 procent in een vergevorderd of terminaal stadium. In meer dan de helft van de gevallen is er sprake van meerdere soorten pijn<sup>[63]</sup>.*

*De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft de "Richtlijn Pijnmeting en Behandeling van pijn bij kinderen" opgesteld. Niet alleen postoperatieve pijn, maar ook chronische pijn en acute niet-postoperatieve pijn kunnen nadelige gevolgen hebben voor groei en ontwikkeling van kinderen. Voor pasgeborenen en zuigelingen zijn de gestandaardiseerde meetinstrumenten de COMFORTneo gedragsschaal, NIPS en PIPP voor het aantonen van acute en postoperatieve pijn. Voor kinderen tot 7 jaar kunnen de COMFORT gedragsschaal, de CHIPPS, de POKIS en de FLACC en de CHEOPS gebruikt worden voor het gestandaardiseerd meten van pijn. De VAS en numerieke schalen zijn bruikbaar bij kinderen ouder dan 7 jaar.*

*De indicator zal een aantal fasen doorlopen. In de eerste fase betreft het de infrastructuur, de tweede fase de uitkomsten in scores en in de derde en laatste fase het handelen van het ziekenhuis naar aanleiding van de pijnscores.*

*Het doel van deze indicator is om de randvoorwaarden voor adequate pijnbestrijding in beeld te brengen.*

- **Inclusie- en exclusiecriteria:**
- *Het betreft een pijnprotocol voor de detectie en behandeling van pijn bij klinische niet-operatieve patiënten.<sup>[64]</sup>*

Beschikt uw ziekenhuis over een ziekenhuisbreed protocol voor de detectie en behandeling van pijn dat (onder centrale regie) gebruikt wordt door de relevante niet-postoperatieve afdelingen?

ja  nee\*

[63] Integraal Kankercentrum Nederland. Pijn bij kanker Landelijke richtlijn, Versie: 1.1. 2008. Beschikbaar via: <http://www.oncoline.nl/pijn-bij-kanker>  
Geraadpleegd 26 mei 2014.

[64] Factsheet VMS, vroege herkenning en behandeling van pijn: Een ziekenhuisbreed geaccordeerd protocol voor individuele pijnbehandeling waarin de taken en verantwoordelijkheden duidelijk zijn beschreven alsmede farmacologische – en niet farmacologische interventies.



Beschikt uw ziekenhuis over een pijnservice die ook voor niet-postoperatieve patiënten wordt geraadpleegd?

ja

nee\*

Heeft het ziekenhuis een ziekenhuisbreed registratiesysteem waarin pijnscores worden vastgelegd?

ja

nee\*

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 11-15 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<sup>[65]</sup>.

#### 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.<sup>[66]</sup>*

*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<sup>[67]</sup>. Continuïteit van het aanspreekpunt/casemanager moet gewaarborgd zijn door vervanging te organiseren.*

Voor goede en veilige ketenzorg leggen zorgverleners in het patiëntendossier vast<sup>[68,69,70,71]</sup>:

- 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.

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

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

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

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

[69] Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG. januari 2010.

[70] Zorgstandaard Kanker (concept). NFK, KWF en IKNL. juli 2013.

[71] 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 diagnosetypering: 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 diagnosetypering: 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 Indicatorensset 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 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 Dutch Lung Cancer Audit (DLCA).*

*De Dutch Lung Cancer Audit (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 (mijnDLCA) 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.

\* Geef toelichting

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):

%

Indien **ja** bij C:

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

ja  nee

Teller: aantal patiënten gediagnosticeerd met een primair niet-kleincellig longcarcinoom die hieraan zijn 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 DSCA<sup>[72]</sup>.

De tot nu toe uitgevraagde indicator "ongeplande 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. Het betreft een nieuwe indicator, waarvan variatie tussen ziekenhuizen op dit moment niet bij de inspectie bekend is. Deze indicator zal inzicht geven over de variatie tussen ziekenhuizen op deze uitkomst.

- Inlusiecriteria:
  - Alle primaire rectumtumoren, waarvoor een wait-and-see strategie is afgesproken (ook zonder resectie). Indien de tumor na meer dan 6 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 complicatie 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<sup>[73]</sup> percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie failure to rescue optreedt (over registratiejaar). %

Toelichting:

[72] Dutch Surgical Colorectal Audit (<http://dsca.clinicalaudit.nl/>)

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

uitgebreide resectie i.v.m. tumordoorgroei/metastasen, pTstadium, pM stadium.

\* Geef toelichting

## 9.5 Urologische tumoren

Onder de urologische tumoren vallen het blaascarcinoom en prostaatacarcinoom. Spierinvasief blaascarcinoom kan een levensbedreigende ziekte zijn afhankelijk van het stadium. De verwijdering van de blaas (cystectomie) is een complexe ingreep. Prostaatacarcinoom is de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen in Nederland<sup>[74]</sup>. Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg via de database voor radicale prostatectomieën is van belang.

### 9.5.1 Indicator MDO spierinvasief blaascarcinoom

*Spierinvasief blaascarcinoom kan een levensbedreigende ziekte zijn afhankelijk van het stadium. Bij een spierinvasief blaascarcinoom waarbij preoperatief geen uitzaaiingen zijn aangetoond, wordt standaard de blaas verwijderd (cystectomie) en wordt een pelvine lymfeklierdissectie uitgevoerd (lymfeklieren worden uit het kleine bekken verwijderd). Een alternatieve behandeling is radiotherapie: welke behandeling gekozen wordt kan variëren per kliniek.*

*In Nederland worden ongeveer 600 cystectomieën per jaar gedaan verspreid over vele klinieken. Een cystectomie waarbij een nieuwe urine-uitgang wordt gemaakt is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt, langdurige ziekenhuisopname en een sterftecijfer rondom de operatie variërend tussen de 2,5 en 8 procent<sup>[75,76,77,78,79]</sup>. Voor deze ingreep geldt een minimumnorm van 10 blaasresecties per jaar<sup>[80]</sup>.*

Deze indicator vraagt naar het bespreken van de patiënten in een multidisciplinair overleg (MDO) voordat de therapie is begonnen. Het gaat hierbij om alle patiënten met een spierinvasief carcinoom, ook als zij geen cystectomie hebben ondergaan.

- **Inclusiecriteria:**
  - Patiënten met een cT2-4NoMo blaascarcinoom, ook als zij geen cystectomie hebben ondergaan.
  - Inclusiecriteria voor het MDO staan in de indicator 9.1.1. Multidisciplinaire overleg (zie hiervoor basisset 2015 of eerder).
- **Definitie:**
  - Voor het ziekenhuis nieuwe patiënt met spierinvasief blaascarcinoom: Bij elke nieuwe casus van spierinvasief blaascarcinoom. Dat kan zijn:
    - 1 Op basis van diagnostiek bij een patiënt die nog niet eerder behandeld was voor blaascarcinoom.
    - 2 Op basis van progressie bij een patiënt die onder controle was voor een eerder behandelde niet-spierinvasief blaascarcinoom.
    3. Op basis van verwijzing uit een ander centrum voor verdere behandeling, tenzij in het andere centrum een MDO heeft plaatsgevonden met consultants.
  - Cystectomie in verband met spierinvasief blaascarcinoom: ZA codes 036250, 036251, 036252, 036253, 036256, 036257.

Heeft u in het verslagjaar patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom behandeld?

ja  nee

Is de oncologische zorgverlening verspreid over meer dan een locatie?

ja\*  nee

Teller: aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom die voorafgaand aan de behandeling ten minste eenmaal besproken zijn binnen een specifiek MDO in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Noemer: totaal aantal voor het ziekenhuis nieuwe patiënten met de diagnose spierinvasief blaascarcinoom in het verslagjaar.



Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		
Worden er in uw ziekenhuis cystectomieën uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Totaal aantal uitgevoerde cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom.		
Toelichting:		

## 9.5.2 Indicator Deelname aan de registratie prostatectomie

Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 10.000 mannen de diagnose prostaatcarcinoom gesteld. Prostaatkanker is een langzaam groeiende kankersoort. Een substantieel deel van de patiënten met een prostaatcarcinoom zal ook niet overlijden aan het carcinoom, maar aan een andere ziekte.

Bij de vorm van prostaatkanker die zich beperkt tot de prostaat zijn er, binnen internationaal geformuleerde criteria, vier behandelingsmogelijkheden met volstrekt vergelijkbare objectieve resultaten. Dit zijn actief afwachten, externe radiotherapie, interne radiotherapie en chirurgie (radicale prostatectomie). In een uiterst zorgvuldig proces van besluitvorming wordt uiteindelijk door de behandelend specialist en patiënt samen vastgesteld tot welke behandeling wordt overgegaan.

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren zou er meer inzicht moeten zijn in de factoren die leiden tot (on-)gewenste uitkomsten van zorg. Dit is het doel van de database voor radicale prostatectomieën. Vergelijkbare uitkomstregistraties in binnen- en buitenland hebben bewezen dat deze registraties een krachtig kwaliteitsverbeterend effect kunnen hebben. Met name wanneer de resultaten worden teruggekoppeld naar de individuele leden van het behandelteam.

De database voor radicale prostatectomieën stelt elk ziekenhuis in Nederland in staat gegevens ten aanzien van de behandeling van patiënten, bij wie een prostatectomie is gedaan, landelijk en eenduidig te registreren. Behalve informatie over de uitkomsten van de chirurgische behandeling, wordt ook gedetailleerde informatie verkregen over de 'case-mix', zoals stadium van de tumor, leeftijd en comorbiditeit van de patiënt. Deze informatie wordt in continue rapporten teruggekoppeld naar de individuele ziekenhuizen en behandelars. Zij worden daardoor in staat gesteld de eigen prestaties af te zetten tegen die van ziekenhuizen en collega's met een vergelijkbare patiëntengroep (spiegelinformatie). Het is hierbij uitdrukkelijk de bedoeling dat de ziekenhuisgebonden kwaliteitsinformatie gebruikt wordt om lokaal de kwaliteit van zorg te verbeteren. Op landelijk niveau worden de beroepsverenigingen in staat gesteld vroegtijdig kwaliteitsproblemen te signaleren en verbetertrajecten in te zetten.

De bron van deze indicator is voor de teller de NVU database. De noemer wordt ook geregistreerd door IKNL, zij zijn de primaire leverancier van de data voor deze noemer.

- Inslusiecriteria:
  - Definities aanhouden zoals die bij de NVU database prostatectomie gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de NVU database prostatectomie leidend.
  - Alle patiënten met maligne neoplasma van de prostaat ICD-10 code C61 die een radicale prostatectomie hebben ondergaan (ZA codes: 036553 of 036556).

Worden er in uw ziekenhuis patiënten behandeld met een radicale prostatectomie in verband met prostaatcarcinoom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
--	-----------------------------	------------------------------

Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan een locatie?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee
---	------------------------------	------------------------------

Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in de NVU database prostatectomie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
---	-----------------------------	-------------------------------

\* Geef toelichting  
# Gegevens per locatie aanleveren

Teller: aantal ingevoerde patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie heeft ondergaan in verband met prostaatcarcinoom.

Noemer: totaal aantal patiënten die in het verslagjaar een radicale prostatectomie heeft ondergaan in verband met prostaatcarcinoom.

Percentage ingevoerde patiënten in de NVU database prostatectomie (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

## 9.6 Ovariumcarcinoom

In Nederland worden per jaar 1100 nieuwe gevallen van ovariumcarcinoom gediagnosticeerd. Deze vorm van kanker komt het meest voor bij vrouwen in de leeftijd 60-74 jaar. Het ovariumcarcinoom geeft doorgaans pas laat in het verloop van de ziekte klachten. Daardoor heeft 70% van de vrouwen met een ovariumcarcinoom bij diagnose al een gevorderd (hoog stadium) stadium (IIb, IIc, III, of IV). De klachten zijn meestal aspecifiek. In vergelijking tot de andere gynaecologische tumoren (baarmoederlichaam, baarmoederhals) is de sterfte aan ovariumcarcinoom relatief hoog: 900 sterfgevallen per jaar<sup>[81,82,83,84,85]</sup>.

### 9.6.1 Indicator Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom

Op basis van de literatuur is het aannemelijk dat het volume aan patiënten van met name een gevorderd (hoog stadium) ovariumcarcinoom van invloed is op de overleving. Een gevorderd ovariumcarcinoom vergt namelijk een ingewikkeldere operatie dan die van een laag stadium ovariumcarcinoom. Centralisatie van behandeling zou een logisch gevolg kunnen zijn. Het is daarnaast aannemelijk dat patiënten met een gevorderd ovariumcarcinoom die behandeld worden in een gespecialiseerd ziekenhuis een verbeterde overleving hebben ten opzichte van een ziekenhuis dat zich niet heeft gespecialiseerd<sup>[86,87,88,89,90]</sup>.

De bron voor deze indicator is de Evidence based richtlijn Epitheliaal Ovariumcarcinoom (2012)<sup>[91]</sup> en de nota Gynaecologisch oncologische zorg deel II (2012)<sup>[92]</sup>. De gevraagde items zijn onderdeel van de standaardregistratie van de NKR. Het tubacarcinoom wordt in deze indicator ook uitgevraagd; de incidentie is zeer laag, de behandeling is gelijk aan die van het ovariumcarcinoom.

De NVOG geeft aan dat IKNL de primaire leverancier van de data is voor deze indicator. De in deze indicator gevraagde items worden ook vastgelegd in de DGOA.

[81] Oberaigner W, Influence of department volume on cancer survival for gynaecological cancers—a population-based study in Tyrol, Austria. *Gynecol Oncol*. 2006;103(2):527-34.

[82] Tingulstad S, Survival and prognostic factors in patients with ovarian cancer. *Obstet Gynecol*. 2003;101(5 Pt1):885-91.

[83] Paulsen T, Improved short-term survival for advanced ovarian, tubal, and peritoneal cancer patients operated at teaching hospitals. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16 Suppl 1:11-7.

[84] Wolfe CDA, Management and survival of ovarian cancer patients in south east England. *Eur J Cancer*. 1997; 33(11): 1835-40.

[85] Vernooij F. Ovarian cancer treatments in the Netherlands. Academic thesis, March 4 2008, Utrecht.

[86] Oberaigner W, Influence of department volume on cancer survival for gynaecological cancers—a population-based study in Tyrol, Austria. *Gynecol Oncol*. 2006 ;103(2):527-34.

[87] Tingulstad S, Survival and prognostic factors in patients with ovarian cancer. *Obstet Gynecol*. 2003;101(5 Pt1):885-91.

[88] Paulsen T, Improved short-term survival for advanced ovarian, tubal, and peritoneal cancer patients operated at teaching hospitals. *Int J Gynecol Cancer*. 2006 ;16 Suppl 1:11-7.

[89] Wolfe CDA, Management and survival of ovarian cancer patients in south east England. *Eur J Cancer*. 1997; 33(11):1835-40.

[90] Vernooij F. Ovarian cancer treatments in the Netherlands. Academic thesis, March 4 2008, Utrecht.

[91] Epitheliaal Ovariumcarcinoom (2.0), december 2012. Zie: [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl).

[92] Nota Gynaecologisch oncologische zorg deel II, mei 2012. Zie: [www.nvog-documenten.nl](http://www.nvog-documenten.nl).

- **Definities:**
  - Definities aanhouden zoals die bij de DGOA gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DGOA leidend.
  - In de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) wordt de ICD-O gebruikt. Voor het selecteren van de ovariumcarcinomen uit de NKR wordt gebruikt ICD-O C56.9 (ovary) en C57.0 (tuba) en C48.2 (extra-ovarieel).
  - Laag stadium ovariumcarcinoom: FIGO I-IIa.
  - Hoog stadium ovariumcarcinoom: FIGO IIb en hoger.
  - Stadiëringsoperatie (stadiëringslaparotomie): standaard behandeling conform eenduidig protocol bij laag stadium ovariumcarcinoom. Operatie met als doel het exacte stadium vast te stellen (diagnostiek). Belangrijk verschil tussen een stadiëringsoperatie en debulking chirurgie is dat er bij een stadiëringsoperatie voornamelijk weefsel zonder macroscopische tumor wordt verwijderd.
  - Debulkingoperatie: standaard behandeling bij hoog stadium ovariumcarcinoom. Het verwijderen van de adnexe, ten minste het infracolicke deel van het omentum evenals resectie van alle macroscopische tumor. Indien een complete dan wel optimale debulking chirurgie niet mogelijk is, wordt geprobeerd zo veel mogelijk tumor te verwijderen. Hierbij dient de morbiditeit van de ingreep steeds in het oog te worden gehouden.
- **Inclusiecriteria:**
  - Alle patiënten waarbij de diagnose ovariumcarcinoom of tubacarcinoom is gesteld.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten chirurgisch behandeld in verband met een ovariumcarcinoom of tubacarcinoom?

ja  nee

Worden deze operaties uitgevoerd op meer dan één locatie?

ja\*  nee

Aantal patiënten met een laag stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom die zijn behandeld met een stadiëringsoperatie<sup>[93]</sup>.

Aantal patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom die zijn behandeld met een debulkingoperatie<sup>[93]</sup>.

Toelichting:

## 9.7 Botkanker

### 9.7.1 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](http://www.nvro.nl) > richtlijnen)<sup>[94]</sup>. 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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zijn de wachttijden van de palliatieve radiotherapeutische behandelingen bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Hoe is de aanmelddatum bepaald?	<input type="checkbox"/> Datum waarop de patiënt (via brief, fax, telefoon, MDO, website) voor het eerst is aangemeld bij de radiotherapeut <input type="checkbox"/> Anders, namelijk	
A aantal palliatieve radiotherapeutische behandelingen van botmetastasen dat tot en met 7 dagen na aanmelding (wachttijd) bestraald wordt.		
B aantal palliatieve radiotherapeutische behandelingen van botmetastasen dat na 7 dagen, maar tot en met 10 dagen na aanmelding (wachttijd) bestraald wordt.		
C totaal aantal palliatieve radiotherapeutische behandelingen van botmetastasen.		
Percentage patiënten dat tot en met 7 dagen na aanmelding is bestraald (A/C) (wordt automatisch berekend):	%	
Percentage patiënten dat na 7 dagen, maar tot en met 10 dagen na aanmelding is bestraald (B/C) (wordt automatisch berekend):	%	
Percentage patiënten dat na 10 dagen na aanmelding is bestraald ((C-A-B)/C) (wordt automatisch berekend):	%	
Toelichting:		

\* Geef 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<sup>[95]</sup>, 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)<sup>[96]</sup>. 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 11-15 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 thrombolysie 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.<sup>[97,98]</sup>*

*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<sup>[99]</sup>. 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 hartrevalidatie-programma. 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.*

[95] 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](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).

[96] 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.

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

[98] 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.

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

Speelt uw ziekenhuis een rol in het zorgproces (bijv. diagnostiek, behandeling of nazorg) van PCI-patiënten?

ja  nee

1 Verricht uw ziekenhuis PCI procedures?

nee  
 ja, maar niet bij patiënten met een STEMI  
 ja, en ook bij patiënten met een STEMI

Vragen (2-3) bestemd voor ziekenhuizen waar geen patiënten met STEMI behandeld worden

2 Hoeveel STEMI patiënten zijn er in het verslagjaar in uw ziekenhuis op de SEH of CCU gepresenteerd? (zelfverwijzers/ huisarts/ambulance dienst)?

3 Hoeveel van deze patiënten zijn vervolgens vervoerd naar het PCI centrum?

Vragen (4-10) alleen bestemd voor PCI-centra die patiënten met een STEMI behandelen

4 Heeft u een WBMV vergunning?

ja  nee

5 Hoeveel PCI procedures bij patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct werden er in het verslagjaar uitgevoerd?

6 Wanneer worden deze procedures uitgevoerd?

Alleen tijdens kantooruren  
 7x24 uur per week

7 Indien alleen tijdens kantooruren: wordt de zorg door een regionaal PCI centrum overgenomen (vastgelegd in een protocol) buiten kantooruren?

ja  nee

8 Zo ja, welk centrum:

9 Zo nee, welke waarborgen zijn er dan voor het veilig opvangen van patiënten?

10 Hoeveel interventiecardiologen participeren in de acuut infarct zorg in uw centrum?

Resultaten alle PCI-centra: sterfte na PCI voor STEMI

11 Welke sterftemaat gebruikt u voor deze indicator?

Ziekenhuissterfte  
 30 daagse sterfte

12 Teller: aantal patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven (30 daagse sterfte of ziekenhuissterfte) (exclusief patiënten die in een reanimatiesetting zijn binnengekomen)

13 Noemer: totaal aantal patiënten met een PCI voor STEMI

14 Percentage (wordt automatisch berekend):

%

\* Geef toelichting

15 Welke maat gebruikt u voor deze indicator

- Door-to-needle time  
 Door-to-balloon time

16 Gemiddelde door-to-needle time of door-to-balloon time in minute:<sup>[100]</sup>

Heeft u een steekproef genomen om de door-to-needle time of de door-to-balloon time te bepalen?

- ja  nee

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

#### 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.

17 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\*

18 Is bekend bij hoeveel patiënten na een STEMI hartrevalidatie is verzorgd?

- ja  nee

19 Teller: aantal patiënten die na een STEMI zijn ontslagen naar huis of verzorgings/verpleegtehuis en minimaal een intake voor hartrevalidatie hebben gehad (DBC code 821 (hartrevalidatie), minimaal een intake hebben gehad).

20 Noemer: totaal aantal patiënten met een STEMI (DBC code 204, ST-elevatie myocardinfarct) die zijn ontslagen naar huis of verzorgings/verpleegtehuis

21 Percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

## 10.2 Pacemakers en ICD's

### 10.2.1 Indicator Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens

Pacemakerimplantaties worden bijna 10.000 maal per jaar in Nederland uitgevoerd, waar inbegrepen bijna 7000 primo implantaties. In vrijwel elk Nederlands ziekenhuis worden pacemakers geïmplant. De meest voorkomende

\* Geef toelichting

[100] Om de organisatie van de acuut infarct zorg te kunnen meten, is de zogenaamde door-to-needle time een internationaal geaccepteerde tijd: Bradley EH, Herrin J, Wang Y, Barton BA, Webster TR, Mattera JA.

indicaties voor pacemakerimplantaties betreffen bradycardie en/of hartfalen. Pacemakerimplantatie kan gepaard gaan met diverse complicaties waaronder infectie van het geïmplanteerde systeem en dislocatie of breuk van de pacemakerdraad. Complicaties leiden tot versnelde vervanging en/of langer verblijf in het ziekenhuis. In de zorgketen zijn diverse disciplines actief: cardioloog, pacemakertechnici en gespecialiseerde verpleegkundigen, vaak ook nog assistent-geneeskundigen al dan niet in opleiding. Coördinatie van de zorgketen is van groot belang omdat dit complicaties kan voorkomen. De inspectie beschouwt registratie en analyse van gegevens over pacemakerimplantaten als belangrijk voor een goede kwaliteit van zorg.

Worden er in uw ziekenhuis pacemakers of ICD's geïmplanteed of gewisseld?

ja  nee

Voert u een registratie binnen uw ziekenhuis van voor kwaliteit van zorg belangrijke gegevens over het inbrengen van pacemakers?

ja  nee\*

Op welke wijze voert u deze registratie:

- Registratie via NCDR<sup>[101]</sup>  
 Eigen registratie, volgens eigen ontwerp\*  
 Eigen registratie, gebruikmakend van externe standaard; zo ja, welke standaard?\*

Toetst u uw eigen gegevens aan externe referenties (dit kan ook gebeuren door eigen gegevens naar een landelijke punt te sturen waar deze toetsing wordt verricht, mits hierover naar het eigen ziekenhuis wordt gerapporteerd)?

ja  nee\*

Toelichting:

## 10.2.2 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.

- 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)?<sup>[102]</sup>

[101] Voor informatie zie [www.ncdr.nl](http://www.ncdr.nl).

[102] 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.

\* Geef toelichting



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 carotisendarteriectomie binnen 2 tot 3 weken na een TIA of niet-invaliderend herseninfarct plaatsvindt. Voor de patiënt is het dan ook belangrijk dat de tijdsperiode tussen het optreden van een TIA of niet invaliderend herseninfarct en de operatie zo kort mogelijk is en niet meer dan 2 tot 3 weken. Om de kwaliteit van de tweede- en derdelijns zorg te monitoren is het van belang om te weten hoe snel na aanmelding bij de neuroloog een patiënt wordt geopereerd. Omdat niet in alle ziekenhuizen carotis-ingrepen worden gedaan, moet een verwijzend neuroloog aan de operateur doorgeven wanneer de verschijnselen zijn ontstaan en wanneer hij voor het eerst contact heeft gehad met de patiënt. Het is wenselijk dat er geen verschil is in snelheid van behandeling voor patiënten die binnenkomen in een ziekenhuis dat ingrepen zelf uitvoert en in een ziekenhuis dat patiënten moet verwijzen.

### 10.3.1 Indicator Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct

- **Definitie**
  - Definities aanhouden zoals die bij de DACI gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DACI leidend.
  - Moment van aanmelden: datum eerste consult tweede lijn, neuroloog of oogarts (bij amaurosis fugax). De dag van aanmelding telt als dag 0.
  - Voldoende implementatie DACI: Het ziekenhuis heeft voor minimaal één naar het ziekenhuis verwezen en in het ziekenhuis geopereerde patiënt de complete data ingevoerd in de DACI vanaf moment van eerste presentatie tot aan de carotisendarteriectomie.
  - 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 zonder DACI, zullen er een aantal elementen in de verwijsbrief moeten worden opgenomen.
    - Datum eerste klachten (uitvalsverschijnselen; TIA/minor stroke).
    - Datum eerste consult tweede lijn, neuroloog of oogarts (bij amaurosis fugax).
    - Datum eerste contact/consult/doorverwijzing vaatchirurg.
- **Inclusiecriteria:**
  - Patiënten met een carotisendarteriectomie wegens een TIA of nietinvaliderend infarct.
  - TIA of nietinvaliderend infarct : DBCcode: 0330.11.1112 TIA (incl. amaurosis fugax) / 0330.11.1111 (onbloedige beroerte).
  - Diagnose in combinatie met zorgactiviteit:
    - Diagnose: DBCcode: Heelkunde 0303.11/.21.402 (Carotispathologie) / Cardiopulmonale chirurgie 0328.11/.21.3210 (Carotisendarteriectomie) 0328.11/.21.3310 (Carotisendarteriectomie bdz).
    - Zorgactiviteit: 33450: reconstructie aan een slagader zoals arteria carotis door middel van transplantaat, endarteriectomie of patch.

Wanneer uw ziekenhuis de DACI volgens de definitie voldoende ingevoerd heeft, dan kunt u volstaan met het gebruiken van de in deze DACI opgenomen patiënten.

Worden er in uw ziekenhuis carotisendarteriectomieën uitgevoerd?

ja

nee\*

Heeft uw ziekenhuis in het verslagjaar de DACI volgens de definitie voldoende geïmplementeerd?

ja

nee

\* Geef toelichting

Hoe is de aanmelddatum bij de neuroloog bepaald?

- Datum waarop de patiënt voor het eerst is gezien door een neuroloog. Dit is of de datum van het eerste polikliniekbezoek bij de neuroloog (of oogarts bij amouris fugax), of de datum van het eerste contact met de neuroloog op de spoedeisende hulp (SEH)
- Anders, namelijk:

Teller: aantal patiënten met een interval langer dan 3 weken (21 dagen) tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de carotisendarteriectomie.

Noemer: totaal aantal patiënten met een carotisendarteriectomie uitgevoerd in het ziekenhuis.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

De mediaan in aantal dagen tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-validerend infarct en de carotisendarteriectomie.

#### Indien u geen carotisendarteriectomie 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 complicaties

Een carotisingreep kent een relatief hoog operatierisico (rond de 47% risico op beroerte of overlijden). Rockman beschrijft in een retrospectieve analyse van alle carotisendarteriectomieën na een TIA of beroerte in één centrum (1046 casus), dat het risico op een perioperatieve (binnen 30 dagen na de operatie) beroerte groter was in de groep die binnen 4 weken werd geopereerd (5,1%) dan in de groep die na meer dan 4 weken werd geopereerd (1,6%,  $p=0,002$ ). De ernst van de stenose was vergelijkbaar tussen beide groepen.<sup>[103]</sup>

De afweging moet dus zijn of het gunstige effect van vroeg opereren opweegt tegen het mogelijk verhoogde risico op complicaties. Naylor heeft de risico's gemodelleerd en berekend dat opereren binnen twee weken, bij een operatierisico van 5%, per 1000 operaties ruim 200 beroertes voorkomt in 5 jaar<sup>[104]</sup>. Omdat de uitkomst enerzijds samenhangt met snelheid van opereren en anderzijds mogelijk met aantal complicaties, en deze onderling ook gerelateerd zijn, is een combinatie van deze twee indicatoren logisch.

- Definitie
  - Zie inclusiecriteria van indicator 10.4.1: Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct.
- Inclusiecriteria:
  - De indicator wordt alleen ingevuld door het opererende ziekenhuis.
  - (teller) Alle oorzaken van overlijden en alle beroertes, zowel infarcten als bloedingen tijdens de ziekenhuisopname, ongeacht de locatie in de hersenen. Een beroerte wordt hierbij gedefinieerd als focale uitvalsverschijnselen door een stoornis van de hersenfunctie, die meer dan 24 uur blijven bestaan en een vasculaire oorzaak hebben.

[103] Rockman CB, Maldonado TS, Jacobowitz GR, Cayne NS, Gagne PJ, Riles TS. Early carotid endarterectomy in symptomatic patients is associated with poorer perioperative outcomes. *J Vasc Surg* 2006;44:480-487.

[104] Naylor AR. Delay may reduce procedural risk, but at what price to the patient? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008; 35:383-391.

- (teller) De ziekenhuisopname kan zowel de opname in het opererende als het ziekenhuis waarnaar de patiënt wordt terugverwezen zijn.
- (noemer) Alle patiënten die carotischirurgie ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose (TIA of nietinvalidierend herseninfarct).
- Exlusiecriteria:
  - (teller) Sterfte tijdens ziekenhuisopname, maar langer dan 30 dagen na ingreep.
  - (teller) Sterfte buiten een ziekenhuisopname.

Wordt in uw ziekenhuis carotischirurgie uitgevoerd?

ja  nee\*

Teller: alle patiënten die een carotisingreep ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose en die hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaken of overlijden.

Noemer: alle patiënten die een carotis-ingreep ondergaan vanwege een symptomatische carotisstenose.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

## 10.4 Thoraxchirurgie

### z 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 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 van deze patiënten bij wie diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, zoals bovenstaand gedefinieerd, voorkwamen tijdens de ziekenhuisopname.

\* Geef toelichting

Noemer: aantal patiënten die in het verslagjaar een openhartoperatie ondergingen.

Percentage (wordt automatisch bekerend):

%

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 tot 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 intergraal 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 NL. Deze drie zorggroepen worden hieronder beschreven, met de incidentie van stroke, mediaan en de Interkwartiel range (IQR):
  - Geïsoleerde aortocoronaire 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, [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 uitgangdefinitie 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 .
- **Inclusie criterium**
  - Geïsoleerde CABG, geïsoleerde AVR, gecombineerde AVR+ CABG
- **Exclusie criterium**
  - 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 die een 'zorggroep'-operatie hebben ondergaan en die postoperatief een stroke met restletsel hebben en geen voorgeschiedenis van cva en/of TIA hadden.

Noemer: totaal aantal patiënten die een ‘zorggroep’-operatie hebben 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<sup>[105]</sup>. 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<sup>[106]</sup>. Patiënten met een kans van meer dan twee CVA-incidenten per 100 patiënten jaren hebben een indicatie voor antistolling<sup>[107]</sup>. 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 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score is het objectiveren van het risico op een CVA bij een patiënt met atriumfibrillatie. Patiënten met een hogere CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score hebben meer kans op een CVA en dus ook een zwaardere indicatie voor het gebruik van antistolling<sup>[108]</sup>.

Deze indicator is van toepassing voor alle organisaties waar cardiologische zorg wordt geleverd (ziekenhuizen en particuliere klinieken). Bij een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score  $\geq 1$  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.

**Indicator A Indicator Percentage nieuwe patiënten met atriumfibrilleren waarvan een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score werd vastgelegd<sup>[109]</sup>**

Is het aantal patiënten die in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en waarvan een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score werd vastgelegd bekend?

ja  nee\*  n.v.t.\*

[105] NHG-Standaard Atriumfibrilleren 2013.

[106] 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>).

[107] 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](https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/33/2012_Guidelines_Focused_Update_Atrial_Fib_FT.pdf)).

[108] Leidraad begeleidde 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](http://www.nvpc.nl/uploads/stand/NVPC121117_DOC-MW-Orde_Leidraad+NOAC_pdf118.pdf)).

[109] ‘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

Heeft u een steekproef genomen?

ja

nee

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N =

Selectiecriteria:

Teller: aantal nieuwe patiënten die in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en waarvan een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score werd vastgelegd.

Noemer: aantal nieuwe patiënten die in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

**Indicator B Percentage patiënten met CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score  $\geq 1$  waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten of zijn gecontinueerd<sup>[110]</sup>**

Teller: Aantal nieuwe patiënten die in het verslagjaar poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score van  $\geq 1$  waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten of zijn gecontinueerd.

Noemer: Aantal nieuwe patiënten die in het verslagjaar poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter met een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score van  $\geq 1$ .

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

[110] 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'.

# 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<sup>[111]</sup>. 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 heupprotheses<sup>[112]</sup>.

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.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 11-15 kunt u vinden welke indicatoren, opgenomen in andere hoofdstukken, betrekking hebben op het bewegingsapparaat (X).

[111] 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/>

[112] Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., Broekens, M.A., Hammink, K., Schilp, J., Verweij, L., Asscheman, H., Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam, Utrecht; EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL, 2013.

# 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 11-15 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 Ziekenhuisinfecties

Ziekenhuisinfecties behoren tot de veelal vermijdbare en soms ernstige complicaties van ziekenhuisopname en ingrepen en veroorzaken verhoogde morbiditeit, opnameduur en kosten.

Een veelvoorkomende ziekenhuisinfectie is sepsis. Ernstige sepsis is een ziekte met bedreiging of falen van de vitale functies. Bij patiënten die in het ziekenhuis overlijden blijkt dat er een hoofdrol is weggelegd voor sepsis. Het blijkt dat de sepsis niet altijd bij opname in het ziekenhuis is herkend waardoor tijdige behandeling niet heeft plaatsgevonden. Vroege herkenning en protocollaire behandeling is geassocieerd met verbeterde overleving<sup>[113]</sup>. De indicator bestaat uit twee delen: herkenning en behandeling.

### 12.1.1 Indicator Sepsis

#### 1 Herkenning sepsis

Elke patiënt die op de IC wordt opgenomen, dient bij voorkeur voor opname op de IC gescreend te zijn, of gescreend te worden bij opname op de IC op (ernstige) sepsis. Daarbij kan men gebruik maken van het screeningsdocument in de VMS praktijkgids “voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis”<sup>[114]</sup>. De patiënt voldoet aan de definitie voor ernstige sepsis als alle drie de vragen met “ja” zijn beantwoord<sup>[115]</sup>.

De vragen zijn:

- 1 Is er een verdenking op een nieuwe infectie?
- 2 Zijn er twee of meer van de Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) criteria aanwezig?
- 3 Is er sprake van orgaandisfunctie (en niet chronisch bestaand)?

#### • Inclusiecriteria:

- Aantal unieke patiënten met ZAcodes:
  - 190150 Neonatale IC.
  - 190151 Pediatrische IC.
  - 190153 ICdag licht.
  - 190154 ICdag middel.
  - 190155 ICdag zwaar.
- Op te zoeken in LBZ financieel.
- De patiënten zijn opgenomen op de IC in het verslagjaar of waren opgenomen in het jaar voorafgaand aan het verslagjaar en liggen in het verslagjaar nog op de IC.

[113] Ferrer R, Martin-Loeches I, Phillips G, Osborn T, Townsend S, Dellinger R, et al. Empiric Antibiotic Treatment Reduces Mortality in Severe Sepsis and Septic Shock From the First Hour: Results From a Guideline-Based Performance Improvement Program. *Crit Care Med* 2014;42:1749-55.

[114] Praktijkgids Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis. <http://www.vmszorg.nl/themas/sepsis>.

[115] Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock, 2012; *Crit Care Med*. 2013 Feb;41(2):580-637. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827e83af (tevens online gepubliceerd in *Intensive Care Med* 30-01-2013).



Teller: aantal IC patiënten bij wie in het verslagjaar de drie sepsis screeningsvragen gesteld zijn en zijn vastgelegd.

Noemer: totaal aantal patiënten opgenomen op de intensive care afdeling in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

## 2 Behandeling sepsis

*Protocollaire behandeling van patiënten met ernstige sepsis wordt uitgevoerd volgens een lokaal protocol dat gebaseerd is op een internationale richtlijn. De aanwezigheid van een dergelijk protocol wordt in deze indicator getoetst.*

Is er een lokaal protocol voor de behandeling van patiënten met ernstige sepsis gebaseerd op de "Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock, 2012"?

ja  nee\*

Toelichting:

## 12.2 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 12.2.1 Indicator Surveillance van postoperatieve<sup>[116]</sup> 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.

Anders, namelijk:

\* Geef toelichting

[116] Dit betreft alle operatieve en invasieve ingrepen.

**PK 12.2.2 Indicator Ingrepen met infectie**

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

ja

nee\*

Teller: wat is, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een (postoperatieve) infectie na een invasieve ingreep?

Toelichting:

\* Geef toelichting

## 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 11-15 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 11-15 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

### PK 14.1.1 Indicator Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen

De Time-out procedure is het laatste (gestandaardiseerde) controlemoment voor de start van een ingreep. Het is een soort identificatie- en verificatieprocedure waarbij gelet wordt op de: juiste patiënt, juiste plaats, juiste ingreep, juiste benodigdheden en het juiste materiaal. Deze procedure kan plaatsvinden op meerdere momenten in het proces.

Voorwaarde aan de procedure zijn:

- De Time-out procedure wordt uitgevoerd in aanwezigheid van een wakkere<sup>[17]</sup> patiënt;
  - De Time-out procedure wordt uitgevoerd door de arts die de endoscopie verricht en in aanwezigheid van de verpleegkundige(n) die assisteert(eren).
  - De vragen worden hardop gesteld en in aanwezigheid van de arts, de verpleegkundige(n) en de wakkere patiënt beantwoord.
  - De wijze van uitvoering van de Time-out procedure is uniform (volgens afspraken van de beroepsgroep)
- Definitie:
- Endoscopische verrichting: diagnostische en therapeutische colonoscopie, gastroduodenoscopie, sigmoïdoscopie, ERCP, enteroscopie (balloon-assisted enteroscopie) en endo-echografie.
  - Een patiënt die in het verslagjaar meerdere endoscopische verrichtingen ondergaat, moet iedere zitting opnieuw meegerekend worden.
  - Uitvoering Time-out procedure, zie toelichting.

Werden er, in het verslagjaar, in uw centrum endoscopische verrichtingen uitgevoerd?

ja  nee\*

Legde u, in het verslagjaar vast dat de uitvoering van de Time-out procedure volledig was doorlopen?

ja  nee\*

Indien ja:

Op papier  
 Digitaal  
 Anders\*

Teller: aantal endoscopische verrichtingen waarbij de Time-out procedure volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting.

Noemer: totaal aantal uitgevoerde endoscopische verrichtingen.

Toelichting:

[17] Bij een comateuze patiënt kan de Time-out procedure dus niet volledig uitgevoerd worden. Indien anesthesie wordt toegediend, dient de Time-out procedure op de operatiekamer, vóór de start van de narcose, plaats te vinden.

\* Geef toelichting



### 14.1.2 Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie

In Nederland worden jaarlijks naar schatting 16.000 Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreaticografie's (ERCP) verricht<sup>[118]</sup>. Deze procedure, waarbij vanuit het duodenum de galweg- of alvleeskliergang 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<sup>[119]</sup>. De NVMDL gaat daarom de 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<sup>[120]</sup>.

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

Worden er in uw instelling ERCP's uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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:		



### 14.1.3 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 alvleeskliergang 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 voor de Gezondheidszorg 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 Prospectieve ERCP Kwaliteitsregistratie (PERK) studie zijn in 2015 gepubliceerd<sup>[121]</sup>. 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

[118] Dutch Hospital Data, 2011.

[119] [http://www.clinicalaudit.nl/sites/default/files/400\\_30\\_DICA\\_2012.pdf](http://www.clinicalaudit.nl/sites/default/files/400_30_DICA_2012.pdf).

[120] Dit beleidsplan is niet publiek beschikbaar.

[121] 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.

\* Geef toelichting

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. Dit procedurele succespercentage zou bij level 1 (Schutz classificatie<sup>[122]</sup>) ERCP procedures minimaal 80 % moeten zijn. Het is hierbij uiteraard de bedoeling om in de komende jaren naar deze norm toe te werken.

- *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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Teller: som van de "succesrate per endoscopist" van alle in instelling werkzame endoscopisten.		
Noemer: aantal in instelling werkzame endoscopisten.		
Percentage ERCP's waarbij de procedurele intentie geslaagd is bedraagt 80 % of meer (wordt automatisch berekend):	%	
Toelichting:		

[122] Schutz classificatie: Schutz SM, Abbott RM. Grading ERCP's by degree of difficulty: a new concept to produce more meaningful outcome data. *Gastrointestinal Endosc.* 2000;51:535-9.

# 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<sup>[123]</sup>. Op dit moment zijn er nog weinig klinische behandelmogelijkheden voor dementie binnen de ziekenhuiszorg, waardoor dit nu geen indicatoronderwerp is. Dementie komt wel aan de orde bij de indicatoren voor kwetsbare ouderen. Beroerte is de derde doodsoorzaak, deze komt aan de orde in het hoofdstuk hart en vaten.

In de tabel op bladzijde 11-15 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).

## 15.1 Parkinson

### 15.1.1 Indicator ParkinsonInzicht (DPIA)

Dutch Parkinson's Insight Audit (DPIA) of ParkinsonInzicht is de multidisciplinaire kwaliteitsregistratie voor patiënten met de ziekte van Parkinson<sup>[124]</sup>. Deze registratie is een initiatief van ParkinsonNet (landelijk netwerk van zorgverleners gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van patiënten met de ziekte van Parkinson en parkinsonismen), de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), en de Parkinson Vereniging (patiëntenvereniging).

Het doel van ParkinsonInzicht is om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken door naar de uitkomsten van zorg te kijken en zodoende een beter beeld te krijgen van de variatie van zorg die patiënten met de ziekte van Parkinson ontvangen. Inzicht in kwaliteitsvariatie en benchmarking vormt een goede basis voor verbetering van zorg waar nodig.

Bij deelname aan ParkinsonInzicht krijgt elke zorgverlener de mogelijkheid zijn eigen resultaten en uitkomsten te spiegelen aan het landelijk gemiddelde, waardoor de eigen kwaliteit van zorg te beoordelen en te verbeteren is. Door voldoende relevante patiënteninformatie te registreren, is een goede casemixcorrectie mogelijk. Kwaliteitsregistratie en monitoring worden gezien als de eerste, essentiële stap voor kwaliteitsverbetering. Een complete, continue en landelijk dekkende registratie is hiervoor essentieel.

Zorgverleners (neurologen en parkinsonverpleegkundigen) registreren ieder consult bij patiënten ouder dan 18 jaar met (een verdenking op) de ziekte van Parkinson. Patiënten ontvangen tweemaal per jaar verschillende vragenlijsten per email. ParkinsonInzicht wordt gerealiseerd door het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA).

De registratie betreft een continue registratie voor alle patiënten waarvoor op enig moment in het betreffende jaar een DBC 0501 geopend is.

- **Inclusiecriteria:**
  - Inclusie ParkinsonInzicht: alle patiënten met (een verdenking op) de ziekte van Parkinson (geopende DBC 0501<sup>[125]</sup>) in het verslagjaar.
- **Exclusiecriteria:**
  - Patiënten met een andere vorm van parkinsonisme (DBC 0502).
  - Patiënten jonger dan 18 jaar.
  - De in en exclusiecriteria en definities worden beschreven op: <http://dpia.clinicalaudit.nl/invoerengegevens>.
  - De in en exclusiecriteria en definities aanhouden zoals die bij de DPIA gebruikt worden. Bij verschillen zijn de in en exclusiecriteria en definities van de DPIA leidend.

Heeft u in het verslagjaar informatie over patiënten met (een verdenking op) de ziekte van Parkinson (DBC 0501) ingevoerd in ParkinsonInzicht?

ja  nee\*

[123] CBS doodoorzaken.

[124] <http://dpia.clinicalaudit.nl/over-dpia>.

[125] Vanaf 1 januari 2015 is de looptijd van een vervolg-DBC teruggebracht naar 120 dagen. Hierdoor kunnen meerdere vervolg-DBC's per jaar geopend

worden. Omdat Parkinson een chronische aandoening is en het merendeel van de patiënten tenminste 1 maal per jaar door de neuroloog wordt gezien zal voor het overgrote deel van de patiënten ieder jaar tenminste 1 DBC geopend worden.

\* Geef toelichting

Teller: aantal patiënten van 18 jaar en ouder met (een verdenking op) de ziekte van Parkinson (DBC 0501) dat in het verslagjaar ingevoerd is in ParkinsonInzicht.

Noemer: aantal patiënten van 18 jaar en ouder in uw ziekenhuis met (een verdenking op) de ziekte van Parkinson (DBC 0501) in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:



# 16 Perinatale zorg

Verloskundige zorg heeft een belangrijke plaats in het ziekenhuis. In Nederland bevallen ieder jaar ongeveer 175.000 vrouwen<sup>[126]</sup>. 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<sup>[127]</sup>. 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 11-15 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.<sup>[128]</sup> 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 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\*

[126] 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.

[127] 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.

[128] NVOG Kwaliteitsnorm 'Preventie van moedersterfte' (2003); NVOG Richtlijn 'Vaginale kunstverlossing' (2005), [www.nvog.nl](http://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 óf 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 11-15 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<sup>[129]</sup>. 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%<sup>[130,131,132]</sup>. 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<sup>[133]</sup>, 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<sup>[134]</sup>. Gevalideerde instrumenten voor het screenen op ondervoeding bij geriatrische patiënten op de poli kliniek zijn: MNA(SF)<sup>[135]</sup> of ongewild gewichtsverlies in combinatie met BMI. Het eerste deel van de MNA (de MNASF) is een screeningsinstrument<sup>[136]</sup>. 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/m<sup>2</sup> als criterium van ondervoeding<sup>[137]</sup>.*

[129] 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.

[130] 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.

[131] Meijers JMM, Halfens RIG, 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.

[132] 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.

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

[134] 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.

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

[136] 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.

[137] 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<sup>[138]</sup>, 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)<sup>[139]</sup> 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 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.

Noemer: aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek

Percentage geriatrische patiënten 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 (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

[138] 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.

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

\* Geef toelichting

## 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 Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur

Bij personen jonger dan 50 jaar komen heupfracturen weinig voor en meestal alleen na een ernstig trauma. In het ziekenhuis zijn oudere patiënten met een heupfractuur extra kwetsbaar. Uit literatuur blijkt een associatie met significant meer comorbiditeit, slechtere gezondheidsuitkomst en hogere mortaliteit<sup>[140],[141]</sup>. Op latere leeftijd (boven de 65 jaar) treden heupfracturen steeds vaker op na een val. In 2008 werden bijna 18.500 personen met een heupfractuur in het ziekenhuis opgenomen, waarvan ruim 16.000 personen 65 jaar en ouder waren. Acht procent van de oudere patiënt met een heupfractuur loopt in ziekenhuis schade op die potentieel vermijdbaar is<sup>[142]</sup>. De kans op complicaties is het grootst bij kwetsbare ouderen.

[140] Merchant, RA, Lui, KL, Ismail, NH, Wong, HP, Sitoh YY. The relationship between Postoperative Complications and Outcomes after Hip Fracture Surgery. Ann Acad Med Singapore 2005;34:163-8.

[141] Moran, WP, Chen GJ, Watters C, Poehling G, Millman F. Using a collaborative approach to reduce postoperative complications for hip-fracture patients: a three-year follow-up. Journal on Quality and Patient Safety, 2006, 32 (1):16-23.

\* Geef toelichting

Het is aangetoond dat structurele medebehandeling door een geriatrisch team bij patiënten met heupfractuur (van 70 jaar en ouder) leidt tot minder complicaties in het ziekenhuis tijdens de postoperatieve periode. Ook zijn er aanwijzingen dat standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrische zorg voor oudere patiënten opgenomen met een heupfractuur de kans op herstel tot oorspronkelijk functieniveau en ontslag naar oorspronkelijke woonsituatie verhoogd en de kans op mortaliteit na 30 dagen en 1 jaar verminderd<sup>[143,144,145,146,147,148,149]</sup>.

- Definities:
  - Een geriatrieteam bestaat tenminste uit een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde en een verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige Geriatrie<sup>[50]</sup>.
  - ‘Preoperatief in medebehandeling gevraagd’ kan geregistreerd worden als een intercollegiaal consult (ZAcod 190009) of als een medebehandeling (ZAcod 190017).
- Inclusiecriteria:
  - Alle unieke patiënten die op de dag van het trauma 70 jaar of ouder waren.
  - Met een heupfractuur gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019), ICD10 (S72.0 en S72.1) of een AIScode (851810.3 en 851812.3).
  - En die daarna een operatieve behandeling hebben ondergaan.

Behandelt u patiënten met een heupfractuur?

ja  nee

Is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd bekend?

ja  nee\*

Teller: aantal preoperatieve medebehandelingen geriatrieteam bij patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur.

Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

[142] Lubberding, S., Merten, H., Wagner, C. Patiëntveiligheid en Complexe Zorg bij oudere patiënten met een heupfractuur Utrecht, NIVEL, 2010.

[143] Stenvall M, Olofsson B, Lundstrom M, Englund U, Borssén B, Svensson O, Nyberg L, Gustafson. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture, Osteoporos Int, 2007, 18(2):167–175.

[144] 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 cocare. J. Orthop. Trauma, 20, 172-180.

[145] 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.

[146] Lundstrum, M., Edlund, A, Lundstrom, 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.

[147] 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.

[148] Stenvall, M., Olofsson, B., Nyberg, L., Lundstrom, 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.

[149] Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010.

[150] 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.

[151] Nivel, 2010.

\* Geef toelichting

## 17.3.2 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<sup>[151]</sup>).

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<sup>[152]</sup>.

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<sup>[153]</sup>. 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 geriatrie zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op herstel tot oorspronkelijk functieniveau en ontslag naar oorspronkelijke woonsituatie verhoogd<sup>[154,155]</sup>. Er zijn aanwijzingen bij 70 plussers dat standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrie zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op mortaliteit na 30 dagen<sup>[156]</sup> en na 1 jaar vermindert<sup>[157]</sup>. Het is aannemelijk/waarschijnlijk dat bij standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrie zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op overlijden in het ziekenhuis kleiner wordt<sup>[158,159]</sup>. 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 Mobeil 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<sup>[160]</sup>. De lijst is relatief eenvoudig te scoren met anamnestiche informatie, waarbij gescoord wordt per item en op het totaal percentage per categorie worden berekend.*

[151] Nivel, 2010.

[152] Nivel, 2010.

[153] Nivel/Emgo+.

[154] 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.

[155] 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.

[156] 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.

[157] 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.

[158] 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.

[159] 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 cocare. *J. Orthop. Trauma*, 20, 172-180.

[160] 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.



Voor het domein functionaliteit is gekozen voor de Katz-6 ADL-lijst<sup>[161]</sup>. 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?

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 geïncludeerd worden.
  - Patiënten die zijn overleden, worden wel geïncludeerd 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<sup>[162]</sup>.

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in het verslagjaar<sup>[163]</sup>.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

[161] 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.

[162] De gegevens worden bij voorkeur geabstraheerd uit de multidisciplinaire kwaliteitsregistratie voor patiënten met een proximale femurfractuur van de wetenschappelijke verenigingen.

[163] De gegevens worden bij voorkeur geabstraheerd uit de multidisciplinaire kwaliteitsregistratie voor patiënten met een proximale femurfractuur van de wetenschappelijke verenigingen.

## 17.4 Medebehandeling bij kinderen

De zorg rondom een kind is complex en kent specifieke overwegingen die op de volwassen leeftijd niet spelen. Ook is de context waarbinnen een ziekte optreedt bij kinderen wezenlijk anders dan bij een volwassene. Daarnaast spelen de veranderingen in beleving van het kind, ontwikkelingsfysiologie, groei, farmacodynamiek, juridische positie en benadering met voortschrijdende leeftijd een belangrijke rol in de behandeling van een aandoening op de kinderleeftijd. Verder zijn de lange-termijn effecten van de behandeling door de langere follow-up van groot belang om in de gaten te houden. Bij de behandeling van zieke kinderen met interne problematiek biedt de kennis van de kinderarts en de medewerkers van de kinderafdeling over dit alles vrijwel altijd meerwaarde<sup>[164]</sup>.

### 17.4.1 Indicator Bij klinische opnames van kinderen met niet-interne problematiek

Bij kinderen die behandeld worden voor niet-interne problematiek zijn verschillende andere medisch specialistische beroepsgroepen betrokken. Niet-interne problematiek behelst alle chirurgische aandoeningen, inclusief KNO en oogheelkundige aandoeningen. Ook dermatologische ziektebeelden kunnen hieronder vallen.

De rol van de kinderarts bij de behandeling van deze kinderen is afhankelijk van de problematiek en de afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling die binnen het ziekenhuis tussen de betreffende beroepsgroepen zijn gemaakt<sup>[165]</sup>.

Voor bepaalde kinderen uit risicogroepen die klinisch opgenomen worden voor een ingreep kan de kinderarts een belangrijke bijdrage leveren. Dit betreft met name bij een langere opname betrokkenheid bij; risicoinfschatting op interne complicaties, medicatiebeleid, pijnbeleid, vochtbeleid en kindvriendelijke organisatie van zorg en verpleging, maar soms ook betrokkenheid in de preoperatieve fase. De risicogroepen zijn alle kinderen <1 jaar – gezien het verhoogd risico op complicaties en het feit dat het herkennen van ernstig ziek zijn bij zuigelingen veel moeilijker is<sup>[166]</sup> – en kinderen met een onderliggende, niet stabiele, aandoening<sup>[167]</sup> of potentieel vitaal bedreigde kinderen.

Er dienen schriftelijke afspraken te bestaan over de indicaties voor medebehandeling door de kinderarts voor opgenomen patiënten uit deze risicogroepen. Dat er schriftelijke afspraken dienen te bestaan is opgenomen in de kwaliteitscriteria kindergeneeskunde, geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)<sup>[168]</sup>.

- **Inclusiecriteria**
  - Kinderen (tot 18 jaar) met onderliggende aandoeningen<sup>[169]</sup> en potentieel vitaal bedreigde kinderen, klinisch opgenomen voor niet-interne problematiek (door snijdend specialist).
- **Exclusiecriteria**
  - Kinderen (tot 18 jaar) opgenomen voor een dagbehandeling/dagopname.
  - Gezonde pasgeborenen.

Zijn er voor kinderen met een onderliggende aandoening\* en potentieel vitaal bedreigde kinderen die klinisch worden opgenomen door een niet-kinderarts, schriftelijk vastgelegde afspraken over medebehandeling door de kinderarts waarin ook aandacht besteedt is aan de verschillende leeftijdsgroepen binnen de populatie kinderen?

ja  nee\*

\* zoals astma, diabetes, IBD, hartafwijkingen, syndromale aandoeningen, verstandelijke of meervoudige handicaps, psychosociale problematiek en (verdenking op) maligniteiten.

#### Toelichting:

[164] Rapport CEMACH 2006 'Why children die: a pilot study' & Rapport CEMACH 2014 'Why children die: death in infants, children and young people in the UK Part A'.

[165] Aandachtspunt 6 Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling KNMG 2010.

[166] Rapport CEMACH 2006 'why children die: avoidable factors associated with child deaths. ArchDis Child 2011;96:927- 931 & Rapport CEMACH 2014 'why children die: death in infants, children and young people in the UK Part A' rapport CEMACH 2006 'why children die: a pilot study'.

[167] zoals astma, diabetes, IBD, hartafwijkingen, syndromale aandoeningen, verstandelijke of meervoudige handicaps, psychosociale problematiek en (verdenking op) maligniteiten.

[168] NVK website tabblad kwaliteit: kwaliteitscriteria kindergeneeskunde.

[169] zoals astma, diabetes, IBD, hartafwijkingen, syndromale aandoeningen, verstandelijke of meervoudige handicaps, psychosociale problematiek en (verdenking op) maligniteiten.

\* Geef toelichting

## 17.4.2 Indicator Hoofdbehandelaarschap kinderarts bij interne problematiek

Bij een aantal internistische ziektebeelden wordt soms door de verwijzend arts een kind verwezen naar de vakspecialist voor volwassenen. Het kan daardoor voorkomen dat een deel van de kinderen met dezelfde aandoening door de kinderarts wordt behandeld, terwijl anderen bij een vakspecialist voor volwassen zorg worden vervolgd.

Bij de behandeling van kinderen met interne problematiek door een vakspecialist voor volwassenen, zonder specifieke expertise in de behandeling van kinderen, kan door onvoldoende kennis over de onderlinge relaties met groei, ontwikkeling en psychosociale problematiek de kwaliteit van zorg voor deze kinderen in het geding komen<sup>[170]</sup>.

Om deze reden is het van belang dat voor kinderen <16 jaar met interne problematiek de kinderarts hoofdbehandelaar is. Bij kinderen van 16 tot 18 jaar zijn vaak al transitieafspraken van kracht en komt het ook voor dat zij zelf de keuze maken door wie zij behandeld willen worden. Daarom is het van belang dat voor kinderen van 16 tot 18 jaar schriftelijke afspraken gemaakt zijn over de indicaties voor hoofdbehandelaarschap en medebehandeling door de kinderarts.

Interne problematiek behelst alle ziektebeelden uitgaande van de interne organen, stofwisselings processen, endocriene systeem, of veroorzaakt door infectieziekten of systeemziekten. Hieronder vallen niet de chirurgische interventie, noch de aandoeningen van het oog, het KNOgebied of de huid.

- Inlusiecriteria
- Kinderen <16 jaar in behandeling bij een nietkinderarts voor interne problematiek in het verslagjaar.
- Exclusiecriteria
- Kinderen <16 jaar in behandeling bij een kinderneuroloog of reumatoloog met expertise in de kinderreumatologie.

A Is het aantal kinderen <16 jaar met interne problematiek dat is behandeld in het ziekenhuis waarbij een andere specialist dan de kinderarts hoofdbehandelaar is bekend?

ja  nee\*

Teller A1: het aantal voor interne problematiek behandelde kinderen <16 jaar waar de kinderarts hoofdbehandelaar is.

Teller A2: het aantal voor interne problematiek behandelde kinderen <16 jaar waar de kinderarts medebehandelaar is.

Noemer A: totaal aantal voor interne problematiek behandelde kinderen <16 jaar in het verslagjaar.

Percentage A1 (wordt automatisch berekend):

%

Percentage A2 (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

B Zijn er in het ziekenhuis schriftelijke afspraken tussen andere specialismen en de kindergeneeskunde over de indicaties voor hoofdbehandelaarschap en medebehandeling door de kinderarts bij kinderen van 16 tot 18 jaar met interne problematiek?

ja  nee\*

Toelichting:

\* Geef toelichting

[170] Opgenomen in de kwaliteitscriteria kindergeneeskunde, geaccordeerd in november 2014 door de NVK (website NVK tabblad Kwaliteit: kwaliteits-

criteria kindergeneeskunde).

## 17.5 Stralingsbelasting bij kinderen

Het aantal onderzoeken met relatief hoge dosis röntgenstraling, zoals CT en doorlichting, is in Nederland de laatste 10 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.



### 17.5.1 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 röntgen-apparatuur.
  - 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)

Worden in uw instelling kinderen behandeld?  ja  nee

Worden in uw instelling voor CT onderzoeken<sup>[171]</sup> bij kinderen kinderprotocollen gebruikt?  ja  nee\*

Worden in uw instelling voor doorlichtingsonderzoeken bij kinderen kinderprotocollen gebruikt?  ja  nee\*

Worden in uw instelling voor röntgenfoto's bij kinderen kinderprotocollen gebruikt?  ja  nee\*

Toelichting:

[171] 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.

\* 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 11-15 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 Specialisten (OMS – nu Federatie Medisch Specialisten) 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 Specialisten de leidraad IFMS uitgebracht. Deze leidraad<sup>[172]</sup> 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 Specialisten, een IFMS adviesbureau, Achmea en de inspectie een IFMS Handreiking<sup>[173]</sup> 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 Specialisten (OMS) en de KNMG uit 2010, en in het Staat van de Gezondheidszorg rapport van de inspectie uit 2009.*

[172] <http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/leidraad-helpt-medisch-specialist-bij-verder-verbeterenfunctioneren>

[173] [http://www.vmszkn.nl/media/toolbox/20131114\\_ZKN\\_IFMS\\_Handreiking.pdf](http://www.vmszkn.nl/media/toolbox/20131114_ZKN_IFMS_Handreiking.pdf)

Sinds 2010 bevat de basisset een indicator, bedoeld om de uitrol en implementatie van IFMS te bevorderen. De resultaten uit de basisset wijzen erop dat inmiddels 90% van de ziekenhuizen een systeem van IFMS heeft en 80% van de medisch specialisten aan IFMS heeft deelgenomen. De structurele implementatie blijkt echter beter te kunnen en ook de wijze waarop IFMS wordt uitgevoerd kan worden verbeterd. Deze bevindingen en het veelvoud aan verschijningsvormen dat IFMS inmiddels kende was in 2014 aanleiding voor de OMS om aanbevelingen ten aanzien van IFMS te herijken en vast te leggen in de "Leidraad IFMS". Nu ook recent het regelmatig evalueren van het individueel functioneren als eis is opgenomen in het nieuwe Herregistratie Besluit Specialististen<sup>[174]</sup> en deze verplichting geldt per 2020, is het van belang de aandacht voor de implementatie van IFMS en de wijze waarop dit gebeurt te blijven monitoren.

- **Probleemstelling**  
De resultaten uit de basisset wijzen erop dat inmiddels 90% van de ziekenhuizen een systeem van IFMS heeft en 80% van de medisch specialisten aan IFMS heeft deelgenomen. De structurele implementatie blijkt echter beter te kunnen en ook de wijze waarop IFMS wordt uitgevoerd kan worden verbeterd. Het risico bestaat van suboptimale inrichting en uitvoering van IFMS is dat het doel van dit systeem, namelijk de persoonlijke verbetering van het functioneren van de medisch specialist niet of wordt bereikt. De ervaringen met IFMS en het veelvoud aan verschijningsvormen dat IFMS inmiddels kende was in 2014 aanleiding voor de OMS om aanbevelingen ten aanzien van IFMS te herijken en vast te leggen in de "Leidraad IFMS". Nu ook recent het regelmatig evalueren van het individueel functioneren als eis is opgenomen in het nieuwe Herregistratie Besluit Specialististen en deze verplichting geldt per 2020, is het van belang de aandacht voor de implementatie van IFMS en de wijze waarop dit gebeurt te blijven monitoren.
- **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 Specialististen (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 3600-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.

[174] In het kader van Herregistratie dienen alle medisch specialisten deel te nemen aan individuele evaluatie van het functioneren (IFMS), zijnde een evaluatiegesprek met een niet-hierarchisch leidinggevende. Verder bestaat de evaluatie uit de onderdelen verzamelen en analyseren van gegevens van ten minste deskundigheidsbevorderende activiteiten en werkervaring, een evaluatiegesprek en het opstellen en uitvoeren van een Persoonlijk

Ontwikkel Plan. Bij het onderdeel gegevensverzameling voor het evaluatiegesprek wordt een gevarieerd samengestelde groep van direct-betrokkenen geraadpleegd en het evaluatiegesprek bedoeld onder vindt plaats met een aantoonbaar daarvoor opgeleide persoon. Dit alles conform 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<sup>[175]</sup>, 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 wijkt 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?

Indien uw systematiek (nog) niet voldoet, wanneer denkt u te voldoen aan de systematiek?

Zijn er afspraken<sup>[176]</sup> 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 Functioneringsgesprekken in particuliere klinieken

Bij functioneringsgesprekken voeren de raad van bestuur en de medisch specialist en artsen een gesprek voeren over onder meer het inhoudelijk functioneren.

Is er een systeem van functioneringsgesprekken tussen raad van bestuur en medisch specialisten en artsen?

ja  nee\*

[175] 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.

[176] 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.

\* Geef toelichting

Teller: Wat is het aantal medisch specialisten en artsen dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal 1 functionerings-gesprek heeft deelgenomen? <sup>[177]</sup>

Noemer: Wat is het totaal aantal medisch specialisten en artsen dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de instelling (ongeacht het soort dienstverband)?

Toelichting:



### 18.1.3 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren<sup>[178]</sup> medisch specialisten

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 medisch specialisten die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. Het IFMSrapport<sup>[179]</sup> stelt dat er een goede procedure in de instelling aanwezig moet zijn voor het oplossen van problemen met disfunctionerende medisch specialisten. 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 medisch specialist?

ja  nee\*

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed?

ja  nee\*

Toelichting:

## 18.2 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.



### 18.2.1 Indicator Klachten

Klachten zijn uitstekende signalen voor het analyseren, controleren en reviseren van de kwaliteit van zorg in een instelling. Met 'klacht' wordt bedoeld het aantal (inhoudelijke) grieven, niet het aantal brieven dat is binnengekomen. Er kunnen meerdere klachten per brief worden gemeld. Het betreft het aantal **nieuwe** klachten ingediend in het verslagjaar.

- **Exclusie criterium:**
  - nog lopende klachten uit voorgaande verslagjaren.

[177] Het gaat hier om individuele specialisten. Een specialist die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn functioneren telt een maal. Specialist die als gespreksleider functioneren bij gesprekken over andere specialisten mogen niet meegeteld worden.

[178] '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.'

[179] Orde van Medisch Specialisten. Persoonlijk beter – Individueel functioneren van medisch specialisten. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten, 2008.

\* Geef toelichting



Heeft u in het verslagjaar nieuwe klachten binnengekregen?

- ja, bij zowel de directie als de klachtencommissie  
 ja, alleen bij de directie  
 ja, alleen bij de klachten commissie  
 nee\*

Toelichting:

Noemer: Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat **gegrond is verklaard**?

Noemer: Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat **gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen**?

Noemer: Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de directie in het verslagjaar?

Noemer: Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de klachtencommissie in het verslagjaar?

Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij zowel de directie als de klachtencommissie?

## PK 18.2.2 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.

Het meten van patiënttevredenheid op zich is niet ingewikkeld; dit zo doen dat de resultaten ook werkelijk wat zeggen is wel ingewikkeld. 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\*

Van welke vragenlijst maakte u gebruik?

- CQ index  
 NVZ vragenlijst  
 ZKN vragenlijst  
 Anders, namelijk

Toelichting:

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht?

- ja  nee\*

Toelichting:

\* Geef toelichting

Teller: Wat is het aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft in het verslagjaar?

Heeft uw instelling de beschikking over het aantal behandelde patiënten (van het aantal behandelde patiënten waarbij u systematisch de patiënttevredenheid onderzocht) dat in het verslagjaar uw instelling met een rapportcijfer 5 of lager waardeerden?

ja  nee\*

Hoeveel behandelde patiënten (van het aantal behandelde patiënten waarbij u systematisch de patiënttevredenheid onderzocht) in het verslagjaar waardeerden uw instelling met een rapportcijfer 5 of lager?

Toelichting:

## 18.3 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. Het maakt de processen in de organisatie transparant en helpt ze te verbeteren.

### PK 18.3.1 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
- Anders, namelijk, datum laatste afgifte

Toelichting:

## 18.4 Meldcode

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Sinds 1 juli 2013<sup>h80j</sup> 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>.

\* Geef toelichting

[180] <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 5 stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval deze 5 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 of melden.

#### PK 18.4.1 Indicator Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

Beschikte en gebruikte uw instelling in het verslagjaar een meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling?

ja  nee\*

Welke onderdelen bevatte uw meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling in het verslagjaar? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Het in kaart brengen van signalen  
 Collegiale consultatie en raadplegen Veilig Thuis of letselduidingdeskundige  
 Een gesprek met betrokkene(n)  
 Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling  
 Beslissen: hulp organiseren of melden  
 Anders, namelijk

Bood uw organisatie, in het verslagjaar opleidingen en/of trainingen aan al het personeel dat patiëntcontact heeft voor het kunnen hanteren van de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling?

ja  nee\*

Hoeveel personen in uw organisatie kwamen in het verslagjaar volgens u in aanmerking voor de opleidingen of trainingen voor het kunnen hanteren van de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling?

Indien **nee**:

Wat is de reden dat uw organisatie de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling niet gebruikte?

- Wij hebben geen patiëntcontact  
 Reorganisatie/fusie  
 Verplichting meldcodes niet bekend  
 Urgentie/importantie meldcodes niet ervaren  
 Anders, namelijk

Wanneer verwacht u dat alle, in het verslagjaar, daarvoor in aanmerking komende personen voldoende geschoold zijn in het kunnen hanteren van de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling?

- 2018  
 2019  
 Onbekend

Toelichting

\* Geef toelichting

## 18.5 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.

### PK 18.5.1 Indicator Visitatie door NVA<sup>[181]</sup>

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisiting plaats in uw instelling door de NVA (dus inclusief verslagjaar)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Zijn de anesthesiologen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVA?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee
Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee
Werden de zwaarwegende adviezen <sup>[182]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Heeft u van de NVA hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee
Werden de voorwaarden <sup>[183]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Heeft u van de NVA hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Toelichting:		

### PK 18.5.2 Indicator Visitatie door NVKNO

Waren alle in uw instelling werkzame KNO artsen aangesloten bij de NVKNO?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisiting plaats in uw instelling door de NVKNO (dus inclusief verslagjaar)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*

[181] Anesthesiologen die hebben deelgenomen aan de kwaliteitsvisitingen ontvangen na volledige afronding van de visitaties een aantekening van hun deelname in het GAIA systeem.

[182] 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.

[183] 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

Zijn de KNO artsen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?

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<sup>[184]</sup> 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<sup>[185]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja  nee\*

Heeft u van de NVKNO hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

ja  nee\*

Toelichting:

### PK 18.5.3 Indicator Visitatie door NOG

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats in uw instelling door de NOG (dus inclusief verslagjaar)?

ja  nee\*

Zijn de refractiechirurgen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?

ja  nee\*

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<sup>[186]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja  nee\*

[184] 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.

[185] 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*.

[186] 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.

\* Geef toelichting

Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?  ja  nee\*

Werden er voorwaarden gesteld?  ja\*  nee

Werden de voorwaarden<sup>[187]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?  ja  nee\*

Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?  ja  nee\*

Toelichting:

Verkregen alle in uw instelling werkzame refractiechirurgen een certificaat van het NOG?  ja  nee\*

Indien **nee**:

Vond vervolgisitatie binnen 1 jaar plaats?  ja  nee\*

Toelichting:

#### **PK** 18.5.4 Indicator Visitatie door NVVC

Waren in uw centrum in het verslagjaar cardiologen werkzaam?  ja  nee

Waren de in uw centrum werkzame cardiologen aangesloten bij de NVVC?  ja  nee\*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats in uw instelling door de NVVC (dus inclusief verslagjaar)?  ja  nee\*

Zijn de cardiologen werkzaam in uw centrum (ook) in een andere instelling gevisiteerd?  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<sup>[188]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?  ja  nee\*

[187] 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.

[188] 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.

\* Geef toelichting

Heeft u van de NVVC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?  ja  nee\*

Werden er voorwaarden gesteld?  ja\*  nee

Werden de voorwaarden<sup>[189]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?  ja  nee\*

Heeft u van de NVVC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?  ja  nee\*

Toelichting:

### PK 18.5.5 Indicator Visitatie door NVDV

Waren alle in uw instelling werkzame huidartsen aangesloten bij de NVDV?  ja  nee\*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats in uw instelling door de NVDV (dus inclusief verslagjaar)?  ja, als lid van de NVDV  
 ja, op aanvraag  
 nee\*

Zijn de huidartsen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?  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

Werden de zwaarwegende adviezen<sup>[190]</sup> 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<sup>[191]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?  ja  nee\*

Heeft u van de NVDV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?  ja  nee\*

[189] 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.

[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

Toelichting:

### PK 18.5.6 Indicator Visitatie door NVPC

Waren alle, in het verslagjaar, in uw instelling werkzame artsen bij een wetenschappelijke vereniging aangesloten?

ja  nee\*

Indien ja, geef aan welke:

NVDV  
 NVKNO  
 NVPC  
 NOG  
 NVCG  
 Anders, namelijk:

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats in uw instelling door de relevante wetenschappelijke vereniging (dus inclusief verslagjaar)?

ja  nee\*

Wat is de datum van de laatste visitatie?

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Zijn de artsen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?

ja  nee\*

Wat is de datum van de laatste visitatie in uw instelling door uw beroepsvereniging?

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja\*  nee

Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?

ja\*  nee

Werden de zwaarwegende adviezen<sup>[192]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja  nee\*

Heeft u van uw beroepsvereniging hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

ja  nee\*

Werden er voorwaarden gesteld?

ja\*  nee

Werden de voorwaarden<sup>[193]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja  nee\*

Heeft u van uw beroepsvereniging hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

ja  nee\*

Toelichting:

[192] 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.

[193] 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



**PK 18.5.7 Indicator Visitatie door NOV**

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats in uw instelling door de NOV (dus inclusief verslagjaar)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Zijn de orthopedisch chirurgen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie in uw instelling door de NOV?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee
Werden de zwaarwegende adviezen <sup>[194]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Heeft u van de NOV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee
Werden de voorwaarden <sup>[195]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Heeft u van de NOV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Toelichting:		

**PK 18.5.8 Indicator Visitatie door NVMDL<sup>[196]</sup>**

Waren in uw instelling in het verslagjaar MDL-artsen werkzaam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Waren in uw instelling in het verslagjaar internisten werkzaam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Waren de in uw instelling werkzame MDL-artsen aangesloten bij de NVMDL?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Waren de in uw instelling werkzame internisten aangesloten bij de NIV?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*

[194] 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.

[195] 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*.

[196] 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 in uw instelling door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?  ja  nee\*

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie van internisten plaats in uw instelling door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?  ja  nee\*

Zijn de MDL-artsen werkzaam in uw instelling (ook in een andere instelling gevisiteerd)?  ja  nee\*

Zijn de internisten werkzaam in uw instelling (ook in een andere instelling gevisiteerd)?  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<sup>[197]</sup> 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<sup>[198]</sup> aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?  ja  nee\*

Heeft u van de NVMDL hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?  ja  nee\*

Toelichting:

[197] 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.

[198] 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

## 19 Volume

Het voldoende vaak verrichten van ingrepen draagt ertoe bij dat de kwaliteit van zorg toeneemt doordat de succeskans voor de patiënt vergroot en het risico op complicaties en vermijdbaar overlijden vermindert. De inspectie heeft daarom een aantal jaar geleden het veld gestimuleerd om volumenormen vast te stellen voor hoogcomplexere zorg die niet vaak voorkomt. Dit heeft geresulteerd in meerdere volumenormen van diverse wetenschappelijke verenigingen. In de voorgaande hoofdstukken staan indicatoren waar een volumenorm voor geldt en waarbij de inspectie kritisch kijkt naar het zorgproces indien niet wordt voldaan aan de norm. De inspectie blijft met wetenschappelijke verenigingen in gesprek over de ontwikkeling van nieuwe normen of het bijstellen van al bestaande normen.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 11-15 kunt u vinden welke indicatoren, opgenomen in andere hoofdstukken, betrekking hebben op volume (X).

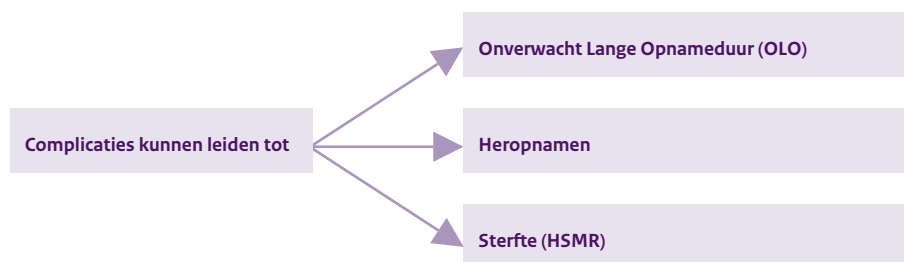
## 20 Onverwacht lange opnameduur en heropnamen

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 50 diagnosegroepen die in Nederland verantwoordelijk zijn voor ongeveer 80 procent van de ziekenhuissterfte. De 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.

### 20.1 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<sup>[199]</sup>.

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 opname

[199] Langelan M, de Bruijne MC, Baines RJ, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012, dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam/Utrecht: EMGO+ Instituut/VUmc en NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg; 2013.

duur wordt vrijwel altijd veroorzaakt door onverwachte complicaties die al dan niet aan de zorgverlening gerelateerd 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<sup>[200]</sup>. Omdat ziekenhuizen opnameduur en verwachte opnameduur al standaard in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) registreren, is de onverwacht lange opnameduur een makkelijk meetbare indicator zonder extra registratielast<sup>[201]</sup>.

### 20.1.1 Indicator Onverwacht lange opnameduur

Onder 'onverwacht lange opnameduur' verstaat de inspectie een opnameduur die meer dan 50% langer is dan de verwachte opnameduur. Bij de berekening van de verwachte opnameduur houdt DHD rekening met drie factoren, namelijk de leeftijd van de patiënt, de morbiditeitsklasse (combinatie van diagnose en hoofdverrichting) en de 3cijferige hoofddiagnose van de patiënt.

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 invoermodule op de website alleen te accorderen.

- Inlusiecriteria:
  - Klinische opnamen.
- Exclusiecriteria:
  - Dagopnamen.
  - Opnamen waarbij de patiënt in het ziekenhuis is overleden.

Heeft DHD voor uw ziekenhuis de onverwacht lange opnameduur kunnen berekenen?

ja  nee\*

Teller: aantal opnamen in het verslagjaar waarbij de gerealiseerde opnameduur meer dan 50% hoger lag dan verwacht.

Noemer: totaal aantal opnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

## 20.2 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

[200] 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.

[201] 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.

## 20.2.1 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 heropnameratio wordt het werkelijke aantal heropnamen gedeeld door het aantal verwachte heropnamen. Het aantal verwachte 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 wat 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 heropnamen is uitgewerkt. De gegevens voor deze indicator vult DHD, indien uw ziekenhuis volledig deelneemt aan de LBZ, reeds vooraf in op [ziekenhuizentransparant.nl](http://ziekenhuizentransparant.nl). U hoeft de gegevens bij de invoermodule op de website alleen over te nemen.

Teller: werkelijk aantal heropnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Noemer: verwacht aantal heropnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Ratio (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

## 21 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<sup>[202]</sup> geëxcludeerd. Dit is expliciet aangegeven en indien dit niet is benoemd, dan moeten deze aantallen dus worden geïnccludeerd.

De inventarisatievragen moet elke particuliere kliniek via [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl) beantwoorden voordat de particuliere kliniek de resultaten op de indicatoren digitaal kan aanleveren.

### Algemene organisatie

#### Inventarisatievraag: Organisatie

Naam instelling	
Aantal locaties	
Naam locatie (indien van toepassing)	
KvK-nummer	
Vestigingsnummer <sup>[203]</sup>	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Correspondentie emailadres	
Beschikt u over een openbare website?	<input type="checkbox"/> ja, het internetadres is http:// <input type="checkbox"/> nee
Werd er in uw instelling behandeling en/of onderzoek uitgevoerd in het verslagjaar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee*
Toelichting	
Had uw instelling samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Indien <b>ja</b> , kies het ziekenhuis (bij meerdere ziekenhuizen, kies de belangrijkste).	Lijst van ziekenhuizen

[202] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, bio-metrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek

[203] 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 mutatie-abonnement en de bestandsvergelijking.

\* Geef 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 \*

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

**Indien u schriftelijk vastgelegde afspraken met een ziekenhuis heeft, stuurt u deze (liefst digitaal) op naar:**

#### Meldpunt Inspectie voor de Gezondheidszorg

Fax: 088-1205001

Email: [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl)

Adres: Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

## 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-geregistreeerde 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.*

- *Inclusiecriteria:*
  - *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-geregistreeerde basisartsen werkzaam in uw instelling?

- ja       nee

Teller: Wat is het aantal BIG-geregistreeerde basisartsen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

\* Geef toelichting



Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreeerde verpleegkundigen werkzaam in uw instelling?

ja  nee

Teller: Wat is het aantal BIG-geregistreeerde verpleegkundigen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

Waren er in het verslagjaar geregistreeerde anesthesie-medewerkers en OK-assistenten<sup>[204]</sup> werkzaam in uw instelling?

ja  nee

Teller: Wat is het aantal geregistreeerde anesthesie-medewerkers en OK-assistenten (in FTE) werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

Waren er in het verslagjaar RGS-geregistreeerde medisch specialisten werkzaam in uw instelling?

ja  nee

Noemer: Wat is het aantal RGS-geregistreeerde medisch specialisten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

Noemer: Wat is 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-geregistreeerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding werkzaam in uw instelling?

ja  nee

Teller: Wat is het aantal (BIG-geregistreeerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding in het verslagjaar (**NIET** in FTE)?

Noemer: Wat is het aantal (RGS-geregistreeerde) medisch specialisten in het verslagjaar (NIET in FTE)?

Noemer: Wat is het aantal BIG-geregistreeerde basisartsen in het verslagjaar (**NIET** in FTE)?

[204] Geregistreeerd of in het bezit van een Nederlands diploma.

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, meer mogelijkheden hebben om hun vak breed uit te oefenen en hun vaardigheden op peil te houden. Daarnaast zijn in ziekenhuizen vaak meer kwaliteitsbevorderende activiteiten.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal in uw instelling werkzame medisch specialisten, dat ook werkzaam was bij een ziekenhuis?

ja  nee\*

Teller: Wat is, in het verslagjaar, het aantal in uw instelling werkzame medisch specialisten, dat ook nog werkzaam was bij een ziekenhuis (NIET in FTE)?

ja  nee\*

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 spoedeisende hulp van het ziekenhuis ving patiënten op  
 Anders, licht toe\*

Indien de behandelend of dienstdoende arts 24 uur per dag oproepbaar was, trieerde een verpleegkundige binnenkomende vragen?

ja  nee\*

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.

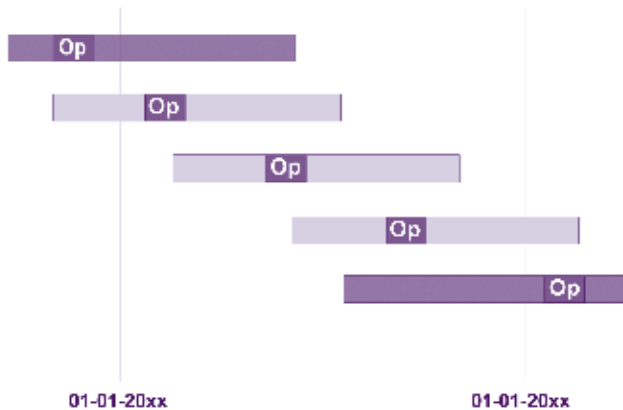
- Definitie behandelingen:  
Een behandeling betreft een in het verslagjaar nieuw gestart behandeltraject van medische (specialistische) of gedragwetenschappelijke aard, maar hoeft niet een afgesloten (DOT)traject te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt. Verrichtingen 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.

\* Geef toelichting

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<sup>[205]</sup>**



**Op** = operatie / zorgactiviteit

**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<sup>[206]</sup> werd uitgevoerd?

ja  nee\*

Indien ja:

Noemer: Wat is het **totaal aantal behandelde patiënten** in het verslagjaar (exclusief patiënten waarbij uitsluitend diagnostisch onderzoek<sup>[207]</sup> is uitgevoerd)?

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:

Noemer: Wat is het **totaal aantal behandelingen** in het verslagjaar (exclusief het diagnostisch onderzoek)?

Toelichting:

\* Geef toelichting

[205] Bron figuur: indicatorenset Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, deel cataract.  
[206] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

[207] De aantallen behandelde patiënten waar uitsluitend diagnostisch onderzoek is uitgevoerd, wordt uitgevraagd in het hoofdstuk diagnostiek.

### 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, inspuitingen en refractiechirurgie.<sup>[208]</sup> Daarnaast alle (endo)scopische ingrepen, zoals coloscopie.*

*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<sup>[209]</sup>)?

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**,

Noemer: Wat is het **totaal aantal invasieve behandelingen** (exclusief het diagnostisch onderzoek<sup>[210]</sup>) in het verslagjaar?

Noemer: Wat is het **totaal aantal patiënten** dat een invasieve behandeling onderging in het verslagjaar (exclusief het medisch diagnostisch onderzoek)?

Toelichting:

### Inventarisatievraag: Specifieke ingrepen

Welke ingrepen werden er in uw instelling in het verslagjaar uitgevoerd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

Oogheelkundige ingrepen:  
– refractiechirurgie  
– cataract

ja  nee  
 ja  nee

Orthopedische ingrepen

ja  nee

Plastisch chirurgische ingrepen

ja  nee

Cosmetische ingrepen

ja  nee

[208] Zowel bij LASIK als LASEK worden de infecties gemonitord, daarom is er voor gekozen beide behandelingen als invasief te beschouwen.

[209] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek,

[210] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

\* Geef toelichting

Bariatrische chirurgie en/of ingrepen  ja  nee

Dermatologische ingrepen  ja  nee

Keel-, neus- oorheekkundige ingrepen  ja  nee

Diagnostisch onderzoek<sup>[211]</sup>  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

Indien ja:

Wat is het aantal patiënten dat de instelling in het verslagjaar heeft behandeld in:  Teller 4.2.1: ASA-klasse 1

Teller 4.2.3: ASA-klasse 3 en hoger\*

Teller 4.2.4: ASA onbekend\*

\*Toelichting (inclusief type behandeling):

#### Inventarisatievraag: Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35

Patiënten met een hoog BMI hebben een verhoogd risico en worden in principe uitgesloten van behandeling in een particuliere kliniek.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35?  ja\*  nee

Indien ja:

Teller: Wat is het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 dat in het verslagjaar is behandeld in uw instelling?

\*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<sup>[212]</sup> 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

\* Geef toelichting

[211] Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, bio-metrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

[212] Anesthesiologische zorgverlening aan en ingrepen bij kinderen (2009), NVA.

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 ( $\geq 70$  jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?

\* Toelichting

- Type behandeling
- Aantallen patiënten per type behandeling

# Wijzigingentabel

## Wijzigingen basisset 2016 ten opzichte van 2015

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
<b>1</b>	<b>Operatief proces</b>								
<b>1.1</b>	<b>Preoperatief en infrastructuur</b>								
1.1.1	Indicator Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg		x	x	x				
1.1.2	Indicator Kwalificatie behandelruimte		x				x		De indicator is aangepast aan de nieuwe richtlijn van de WIP (november 2014)
1.1.3	Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV		x						
<b>1.2</b>	<b>Peroperatief</b>	x	x				x		
1.2.1	Indicator Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe		x						Cardio chirurgie wordt gedefinieerd als geïsoleerde coronaire bypass operatie
1.2.2	Indicator Procedurele sedatie								
<b>1.3</b>	<b>Postoperatief</b>								
1.3.1	Indicator Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten inclusief kinderen	x							
1.3.2	Indicator Postoperatieve pijn bij dagbehandeling		x				x		Het inclusie criterium is aangepast; alle patiënten die, in dagbehandeling/poliklinisch een chirurgische ingreep hebben ondergaan, worden geïnccludeerd.
<b>1.4</b>	<b>Traumatologische en orthopedische chirurgie</b>								
1.4.1	Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	x							
1.4.2	Indicator Certificering voor Orthopedisch Chirurg-Traumatoloog	x							
1.4.3	Indicator Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)	x	x		x				
1.4.4	Indicator Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe		x						
1.4.5	Indicator Medicamenteuze tromboseprofylaxe bij een totale heupprothese		x						
1.4.6	Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese		x				x		Indicator B Infectie na een totale knieprothese is toegevoegd.
1.4.7	Indicator Aantal arthroscopieën van de knie		x						
1.4.8	Indicator Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden		x						
<b>1.5</b>	<b>Oogheelkundige chirurgie</b>								
1.5.1	Indicator Visuswinst	x	x	x	x				
1.5.2	Indicator Infectie na refractiechirurgie		x						
1.5.3	Indicator Cataractregistratie		x						
1.5.4	Indicator Infectie na cataractoperatie		x						
<b>1.6</b>	<b>Neurochirurgie</b>								
1.6.1	Indicator Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)	x							
<b>1.7</b>	<b>KNO chirurgie</b>								
1.7.1	Indicator Implementatie ZATT richtlijn	x	x						
<b>1.8</b>	<b>Bariatrische chirurgie</b>								
1.8.1	Indicator Aantal bariatrische ingrepen		x		x		x		De indicator is uitgebreid met vragen over aanbod en locatie betreffende het plaatsen van maagballonnen. Mogelijkheid toegevoegd voor andere disciplines te benoemen.
1.8.2	Indicator Samenstelling multidisciplinair team		x				x		

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
1.8.3	Indicator Percentage postoperatieve controles	x	x					
1.8.4	Indicator Infectie na een bariatrische ingreep		x					
<b>1.9</b>	<b>Plastische en/of reconstructieve chirurgie</b>							
1.9.1	Indicator Implantatenregister		x					
1.9.2	Indicator Borstimplantaten	x	x					Indicator Aa Primaire reconstructies; plaatsing van expanders of prothesen in dezelfde operatie als die van het verwijderen van een borst wordt enkel bij ziekenhuizen uitgevraagd
		x	x					
1.9.3	Indicator: Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)							
<b>1.10</b>	<b>Cosmetische chirurgie</b>							
1.10.1	Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie		x					
1.10.2	Indicator Resultaat van de cosmetische ingreep		x					
1.10.3	Indicator Ongeplande heroperaties		x					
1.10.4	Indicator Infectie na een cosmetische ingreep		x					
1.10.5	Indicator Registratie rimpelvullers		x					
<b>1.11</b>	<b>Dermatologische chirurgie / dermatologie</b>							
1.11.1	Indicator Dermatologische behandelingen		x				x	Toevoeging antwoordmogelijkheden bij cosmetische dermatochirurgie.
<b>2</b>	<b>Spoedprocessen</b>							
<b>3</b>	<b>Intensive care</b>							
<b>3.1</b>	<b>Beademingsuren</b>							
3.1.1	Indicator Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling		x					
<b>3.2</b>	<b>Kwaliteitsregistratie NICE</b>							
3.2.1	Indicator Deelname en aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE		x					
			x					
3.2.2	Indicator Hypoglycemie							
<b>4</b>	<b>Polikliniek</b>							
<b>5</b>	<b>Diagnostiek</b>							
<b>5.1</b>	<b>Diagnostisch onderzoek</b>							
5.1.1	Indicator Diagnostisch onderzoek		x				x	Definitie van diagnostische onderzoek is aangepast. Toevoeging antwoordmogelijkheid klinisch chemisch onderzoek.
5.1.2	Indicator Totaal aantal patiënten en diagnostisch onderzoek		x				x	De vraag 'voerde u naast diagnostische verrichten ook behandeling uit' is verplaatst naar de inventarisatievragen.
5.1.3	Indicator Invasieve onderzoeken		x				x	Definitie van invasieve onderzoeken is aangepast.
<b>6</b>	<b>Interventies</b>							
<b>6.1</b>	<b>Interventies radiologie</b>							
6.1.1	Indicator Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies		x					



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
<b>7 Medicatieproces</b>								
<b>7.1 Elektronisch voorschrijven</b>								
7.1.1 Indicator Elektronisch voorschrijven	x	x					x	De startvraag van de indicator is aangepast. Enkel voor ziekenhuizen is er een mogelijkheid om gedeeltelijk aan te geven.
7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen								
7.2.1 Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	x							
<b>8 Verpleegkundige zorg en screening</b>								
<b>8.1 Wondzorg</b>								
8.1.1 Indicator Uitkomst behandeling diabetische voetwonden	x	x					x	Twee variabelen zijn samengevoegd tot de variabele 'andere uitkomst'.
<b>8.2 Ondervoeding</b>								
8.2.1 Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	x							
8.2.2 Indicator Behandeling van ondervoeding	x							
8.2.3 Indicator Screening op ondervoeding op de polikliniek	x							
<b>8.3 Delirium</b>								
8.3.1 Indicator Deliriumbeleid		x						
8.3.2 Indicator Risico op delirium		x		x			x	Inclusiecriteria zijn opgenomen in de indicator. Daarnaast een toevoeging van twee vragen (afzien van behandeling en doorverwijzing).
8.3.3 Indicator Screening op en observatie van delirium	x							
<b>8.4 Ziekenhuisbrede pijnmeting</b>								
8.4.1 Indicator Ziekenhuisbrede pijnmeting	x							
<b>9 Oncologie</b>								
<b>9.1 Oncologisch proces</b>								
9.1.1 Indicator Vast aanspreekpunt in de oncologische keten	x							
<b>9.2 Borstkanker</b>								
9.2.1 Indicator Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten	x							
<b>9.3 Longkanker</b>								
9.3.1 Indicator Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA	x							
<b>9.4 Gastro-intestinale tumoren</b>								
9.4.1 Indicator Failure to Rescue	x							
<b>9.5 Urologische tumoren</b>								
9.5.1 Indicator MDO spierinvasief blaascarcinoom	x							
9.5.2 Indicator Deelname aan de registratie prostatectomie	x							
<b>9.6 Ovariumcarcinoom</b>								
9.6.1 Indicator Spreiding en organisatie van behandeling ovarium-carcinoom	x							

Indicatoren										Opmerking
<b>9.7 Botkanker</b>										
9.7.1 Indicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen	x									
<b>10 Hart en vaten</b>										
<b>10.1 STEMI</b>										
10.1.1 Indicator Behandeling patiënten met een STEMI	x									
<b>10.2 Pacemakers en ICD's</b>										
10.2.1 Indicator Evaluatie van het inbrengen van pace- makers: deelname aan systematische registratie van gegevens	x									
10.2.2 Indicator Implanteren en/of wisselen van pace- makers en ICD's	x						x		Het deel van de indicator m.b.t. de verdeling van pacemakers is komen te vervallen.	
<b>10.3 Carotischirurgie</b>										
10.3.1 Indicator Interval bij patiënten met een TIA/hersen- infarct	x									
10.3.2 Indicator Percentage complicaties	x									
<b>10.4 Thoraxchirurgie</b>										
10.4.1 Indicator Percentage diepe sternumwond- problemen, mediastinitis	x									
10.4.2 Indicator Stroke, met restletsel, na hartchirurgie	x	x								
<b>10.5 Atriumfibrilleren</b>										
10.5.1 Indicator Atriumfibrilleren	x	x	x	x					Indicator is deels nieuw. Indicator B 'Percentage patiënten met CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc score ≥ 1 waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten of zijn gecontinueerd' is toegevoegd.	
<b>11 Bewegingsapparaat</b>										
<b>12 Infectieziekten</b>										
<b>12.1 Ziekenhuisinfecties</b>										
12.1.1 Indicator Sepsis	x									
<b>12.2 Infecties na behandeling</b>										
12.2.1 Indicator Surveillance van postoperatieve infecties		x								
12.2.2 Indicator Ingrepen met infectie		x					x		Postoperatief is tussen haakjes gezet.	
<b>13 Longen</b>										
<b>14 Maag-darm-lever (MDL)</b>										
<b>14.1 Endoscopische verrichtingen</b>										
14.1.1 Indicator Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen		x			x		x		De vraag of vastgelegd wordt dat de uitvoering van de Time-out procedure volledig is doorlopen moet nader gespecificeerd worden.	
14.1.2 Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie	x	x		x						
14.1.3 Indicator Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd	x	x	x	x						

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
<b>15 Zenuwstelsel</b>								
<b>15.1 Parkinson</b>								
15.1.1 Indicator Parkinsoninzicht (DPIA)	x							
<b>16 Perinatale zorg</b>								
<b>16.1 Spontane bevalling</b>								
16.1.1 Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'	x							
<b>17 Kwetsbare groepen</b>								
<b>17.1 Ondervoeding geriatrische patiënten</b>								
17.1.1 Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten	x							
<b>17.2 Colonchirurgie bij ouderen</b>								
17.2.1 Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie	x							
17.2.2 Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid	x							
<b>17.3 Heupfractuur bij kwetsbare ouderen</b>								
17.3.1 Indicator Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur	x							
17.3.2 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met en proximale femurfractuur	x	x						
<b>17.4 Medebehandeling bij kinderen</b>								
17.4.1 Indicator Bij klinische opnames van kinderen met niet-interne problematiek	x							
17.4.2 Indicator Hoofdbehandelaarschap kinderarts bij interne problematiek	x							
<b>17.5 Stralingsbelasting bij kinderen</b>								
17.5.1 Indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen	x	x	x	x				
<b>18 Algemeen kwaliteitsbeleid</b>								
<b>18.1 Functioneren medisch specialisten</b>								
18.1.1 IFMS	x	x					x	Er is een aanvulling gekomen op de teller en noemer van de indicator IFMS uit basisset ziekenhuizen 2016.
18.1.2 Indicator Functioneringsgesprekken in particuliere klinieken		x						
18.1.3 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten	x	x						
<b>18.2 Patiënttevredenheid</b>								
18.2.1 Indicator Klachten		x						
18.2.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek		x						
<b>18.3 Kwaliteitskeurmerk</b>								
18.3.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk		x						
<b>18.4 Meldcode</b>								

