



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# **Basisset MSZ Verbeterdoelen en toezichtvragen**

# 2024

Voor ziekenhuizen en particuliere klinieken

In samenwerking met

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



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

---



# Inhoud

<b>Wat is de Basisset MSZ?</b>	<b>6</b>
<b>Gebruikershandleiding</b>	<b>9</b>
<b>Verbeterdoelen ziekenhuizen en particuliere klinieken</b>	<b>9</b>
<b>Antistolling</b>	<b>10</b>
Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid	10
<b>Cardiologische Zorg</b>	<b>13</b>
Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland	13
<b>Eigen verbeterdoel</b>	<b>15</b>
Eigen verbeterdoel	15
<b>Ketenzorg diabetische voetulcus</b>	<b>17</b>
Optimaliseren ketenzorg diabetische voetulcus	17
<b>Ondervoeding</b>	<b>20</b>
Optimale screening en behandeling voor, tijdens en na klinische opname	20
<b>Pijnbeleid</b>	<b>23</b>
Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling	23
<b>Valpreventie bij ouderen</b>	<b>26</b>
Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val	26
<b>Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)</b>	<b>30</b>
Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies.	30
<b>Toezichtvragen particuliere klinieken</b>	<b>33</b>
<b>1 Operatief proces</b>	<b>34</b>
<b>1.1 Preoperatief en infrastructuur</b>	<b>34</b>
1.1.1 Toezichtvraag Kwalificatie behandelruimte	34
1.1.2 Toezichtvraag Time-out, percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV	35
<b>1.2 Peroperatief</b>	<b>36</b>
1.2.1 Toezichtvraag Procedurele sedatie	36
<b>1.3 Bariatrische chirurgie en ingrepen</b>	<b>37</b>
1.3.1 Toezichtvraag Volume bariatrische chirurgie en ingrepen	37
<b>1.4 Implantaten</b>	<b>38</b>
1.4.1 Toezichtvraag Implantatenregister	38
<b>1.5 Cosmetische chirurgie</b>	<b>39</b>
1.5.1 Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie	39
1.5.2 Toezichtvraag ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling	39
<b>2 Medicatieproces</b>	<b>41</b>
<b>2.1 Elektronisch voorschrijven</b>	<b>41</b>
2.1.1 Toezichtvraag Elektronisch voorschrijven	41

<b>3</b>	<b>Zorg</b>	<b>42</b>
3.1	Delirium	42
<b>4</b>	<b>Bewegingsapparaat</b>	<b>44</b>
4.1	Reumatologiepraktijk	44
4.1.1	Toezichtvraag Reumatologiepraktijk	44
<b>5</b>	<b>Medisch specialistische revalidatie</b>	<b>46</b>
5.1	Organisatie medisch specialistische revalidatie	46
5.1.1	Toezichtvraag medisch specialistische revalidatie	46
<b>6</b>	<b>Infectieziekten</b>	<b>47</b>
6.1	Infecties na behandeling	47
6.1.1	Toezichtvraag Surveillance van (postoperatieve) infecties na invasieve behandeling	47
6.1.2	Toezichtvraag Ingrepen met infectie	48
6.2	Vroege herkenning vitaal bedreigde patiënt	48
6.2.1	Toezichtvraag Vroegtijdig signaleringssysteem vitaal bedreigde patiënt	48
<b>7</b>	<b>Algemeen kwaliteitsbeleid</b>	<b>49</b>
7.1	Functioneren medisch specialisten/basisartsen	49
7.1.1	Toezichtvraag individueel functioneren medisch specialisten/basisartsen	49
7.1.2	Toezichtvraag Regeling mogelijk disfunctioneren zorgverleners	49
7.2	Evalueren functioneren zorgverleners	50
7.2.1	Toezichtvraag Functioneringsgesprekken	50
7.3	Patiënttevredenheid	50
7.3.1	Toezichtvraag Geschillen	50
7.4	Kwaliteitskeurmerk	51
7.4.1	Toezichtvraag Kwaliteitskeurmerk	52
7.5	Meldcode	52
7.5.1	Toezichtvraag Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling	52
7.6	Visitaties door wetenschappelijke verenigingen	53
7.6.1	Toezichtvraag Visitation door NVA	53
7.6.2	Toezichtvraag Visitation door NVKNO	54
7.6.3	Toezichtvraag Visitation door NOG	54
7.6.4	Toezichtvraag Visitation door NVVC	55
7.6.5	Toezichtvraag Visitation door NVDV	55
7.6.6	Toezichtvraag Visitation door NVPC	56
7.6.7	Toezichtvraag Visitation door NOV	56
7.6.8	Toezichtvraag Visitation door NVMDL	57
7.6.9	Toezichtvraag Visitation door NIV	57
7.6.10	Toezichtvraag Visitation door NVCG	58

---

<b>8</b>	<b>Algemene vragen particuliere klinieken</b>	<b>59</b>
<b>8.1</b>	<b>Algemene organisatie</b>	<b>59</b>
8.1.1	Toezichtvraag: Organisatie	59
<b>8.2</b>	<b>Personeel</b>	<b>60</b>
8.2.1	Toezichtvraag: Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE	60
8.2.2	Toezichtvraag: Bevoegdheid zorgverleners	62
8.2.3	Toezichtvraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)	62
8.2.4	Toezichtvraag: Bereikbaarheid	62
<b>8.3</b>	<b>Behandelingen</b>	<b>63</b>
8.3.1	Toezichtvraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen	64
8.3.2	Toezichtvraag: Invasieve behandelingen	65
8.3.3	Toezichtvraag: Behandelaanbod	66
8.3.4	Toezichtvraag: Zorgzwaarte van de patiënten	67
8.3.5	Toezichtvraag: Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder	67
<hr/>		
<b>9</b>	<b>Toezichtvragen verbeterdoelen</b>	<b>69</b>
<b>9.1</b>	<b>Optimaal antistollingsbeleid</b>	<b>69</b>
<b>9.2</b>	<b>Optimaal pijnbeleid</b>	<b>70</b>



# Wat is de Basisset MSZ?

Op basis van gesignaleerde risico's in de Nederlandse gezondheidszorg worden verbeterdoelen vastgesteld om verbeteringen in de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg te stimuleren. Daarnaast zijn er voor particuliere klinieken toezichtvragen opgenomen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doet dit in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). De Basisset medisch specialistische zorg (MSZ) is van en voor de veldpartijen en IGJ samen.

De Basisset MSZ 2024 bestaat uit acht verbeterdoelen voor ziekenhuizen en indien van toepassing ook voor particuliere klinieken<sup>[1]</sup>. Daarnaast zijn er voor particuliere klinieken toezichtvragen opgenomen. Zo krijgen de IGJ en het zorgveld inzicht in de kwaliteit van de gehele MSZ, ongeacht of deze zorg geleverd wordt in een ziekenhuis of een particuliere kliniek.

## Hoe bevordert Basisset MSZ kwaliteitsverbeteringen in de Nederlandse gezondheidszorg?

De Basisset MSZ heeft in de afgelopen jaren substantieel bijgedragen aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Met de verbeterdoelen wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren. Er is toenemend aandacht voor het verminderen van registratiedruk zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit en veiligheid. Met de verbeterdoelen beogen de IGJ, FMS, NFU, NVZ, V&VN en ZKN méér ruimte te geven aan ziekenhuizen en particuliere klinieken, om via eigen inbreng veiligheid en kwaliteit van de gezondheidszorg en de dialoog hierover, te stimuleren en te bevorderen.

## Hoe komen verbeterdoelen tot stand?

Jaarlijks worden verbeterdoelen vastgesteld. Dit doet de IGJ in samenwerking met FMS, NFU, NVZ, V&VN en ZKN. De inhoud van verbeterdoelen binnen de aandachtsgebieden worden voorbereid en opgesteld door gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en afdelingen van V&N.

## Toezichtvragen particuliere klinieken

Naast de verbeterdoelen zijn toezichtvragen voor particuliere klinieken opgenomen die de inspectie gebruikt om haar toezicht op dit deel van de sector vorm te geven. Deze vragen kunnen zowel betrekking hebben op organisatorische als zorginhoudelijke thema's.

## Hoe gebruikt de inspectie de verbeterdoelen en toezichtvragen in het toezicht?

Een zorgproces en/of zorgaanbieder kan om meerdere redenen opvallen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de informatie over een verbeterdoel die opvallend afwijkt van wat landelijk gebruikelijk is. Dit kan reden zijn voor een gesprek met de bestuurder van een ziekenhuis of een particuliere kliniek. Over de geanalyseerde resultaten wordt jaarlijks de factsheet 'Verbeterdoelen in beeld' gepubliceerd. Voor particuliere klinieken is het behandelaanbod van de kliniek van invloed op het aantal verbeterdoelen en toezichtvragen. De IGJ heeft de informatie uit toezichtvragen nodig om het toezicht op particuliere klinieken vorm te geven. De inspectie maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een particuliere kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de inspectie aan te leveren.

## Uitgangspunten

Een reactie op een verbeterdoel en/of toezichtvraag geeft een signaal over de (kwaliteit van) 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 aangeleverde verbeterdoelen en toezichtvragen een oordeel over een individuele instelling naar buiten. Verbeterdoelen en toezichtvragen zijn een hulpmiddel voor het risico gestuurde toezicht en geven een aanvulling op informatie uit andere bronnen, zoals thematoezicht en meldingen van en over een instelling.

[1] Particuliere klinieken is een verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC, leveren verzekerde zorg) en privéklinieken (leveren onverzekerde zorg).

De verbeterdoelen en toezichtvragen geven zonder nadere uitleg niet in alle gevallen een goed beeld van de zorg in een individuele instelling. Om die reden wordt aan de instellingen gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere uitleg te voorzien. Dit kan bijvoorbeeld via de website van de instelling.

### **Aanlevering**

De verbeterdoelen uit de Basisset MSZ 2024 moeten door ziekenhuizen aangeleverd worden op <https://omniq.dhd.nl>. Toezichtvragen uit de Basisset MSZ 2024 moeten door particuliere klinieken aangeleverd worden op <https://www.desan.nl>. Voor de aanlevering van verbeterdoelen door particuliere klinieken worden door de IGJ individuele afspraken gemaakt met de klinieken die deze verbeterdoelen aan moeten leveren.

Alle ziekenhuizen en particuliere klinieken moeten de verbeterdoelen en toezichtvragen vóór 15 april 2025 aanleveren. De resultaten zijn daarna openbaar.



# Gebruikershandleiding

De Basisset MSZ is bedoeld voor alle zorgaanbieders van medisch specialistische zorg in Nederland. Voor algemene informatie over verbeterdoelen en toezichtvragen verwijzen wij u naar de websites [www.igj.nl](http://www.igj.nl), <https://omniq.dhd.nl> en <https://www.desan.nl>. Voor informatie over de aanlevering van verbeterdoelen wordt u verwezen naar de veel gestelde vragen lijst op de website van de IGJ. Voor overige vragen over de Basisset MSZ kunt u mailen naar: [basissetMSZ@igj.nl](mailto:basissetMSZ@igj.nl)

## PDCA-cyclus in verbeterdoelen

Bij de aanlevering van verbeterdoelen moet de *plan-do-check-act* (PDCA)-verbetercyclus inzichtelijk worden gemaakt door genoemde vragen te beantwoorden. Het ziekenhuis en de particuliere kliniek wordt gevraagd om in de aanlevering te beschrijven wat in 2024 is bewerkstelligd.

## Verbeterdoelen ziekenhuizen

Ziekenhuizen leveren vijf van de acht verbeterdoelen aan bij IGJ. Ziekenhuizen bepalen zelf welke vijf verbeterdoelen zij aanleveren. Alle acht verbeterdoelen gaan over belangrijke risico's in de zorg. Daarom wordt van een ziekenhuis verwacht dat er aandacht wordt besteed aan de risico's in de zorg van alle acht verbeterdoelen. Dus ook van de verbeterdoelen die niet worden aangeleverd. IGJ vertrouwt erop dat de ziekenhuizen de onderliggende risico's van alle acht verbeterdoelen uit de Basisset MSZ 2024 zelf in beeld houden.

## Verbeterdoelen particuliere klinieken

De inspectie maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de inspectie aan te leveren.

## Radiotherapeutische instellingen

De inspectie bepaalt jaarlijks met de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie welke verbeterdoelen u moet aanleveren.

## Website is leidend

Er is uiterste zorg besteed aan de publicatie van de Basisset MSZ. Het is mogelijk dat er discrepanties zijn tussen deze publicatie van de Basisset MSZ en de website van OmniQ of Desan. Mocht dat zo zijn, dan is de versie zoals die op de website <https://omniq.dhd.nl> of <https://www.desan.nl> staat, leidend.

## Wijzigingen

De Basisset MSZ 2024 kent ten opzichte van de voorgaande versie de volgende wijzigingen:

1. Er is één nieuw verbeterdoel: 'het eigen verbeterdoel'
2. Er zijn twee verbeterdoelen vervallen: 'nuchterbeleid kinderen' en 'continuïteit van zorg'
3. De overige verbeterdoelen zijn vanwege herkenbaarheid en uniformiteit voor zover mogelijk in hetzelfde format geplaatst waarbij mogelijk de inhoud minimaal is gewijzigd.

# Antistolling

## Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid

Antitrombotica (anticoagulantia en trombocytenaggregatieremmers) worden veel voorgeschreven aan patiënten. Aan het gebruik van antitrombotica zijn risico's verbonden: te veel geeft bloedingen, te weinig kan leiden tot infarcten of (recidief) trombose. Ook neemt de complexiteit van de zorg voor patiënten met (of *at risk for*) arteriële en of veneuze trombotische aandoeningen toe. Enerzijds is er een uitgebreid therapeutisch arsenaal met: vitamine K antagonisten (VKA); acetylsalicylzuur; orale anticoagulantia (DOACs of NOACs) en; trombocytenaggregatieremmers (TARs). Anderzijds is er een toenemend aantal oudere patiënten met multimorbiditeit. Daarom is het hebben van een peri-procedureel antistollingsprotocol en lokale stollingsexpertise noodzakelijk voor het op juiste wijze omgaan met (complexe) stollingsvragen. Er moet een goede kennisinfrastructuur zijn voor een optimaal antistollingsbeleid binnen een zorginstelling. Zorgverleners moeten toegang hebben tot expertise op het gebied van antistolling. Het is belangrijk dat er een eenduidig proces is voor het beoordelen, aanpassen, overbruggen, staken en hervatten van antitrombotica bij operaties. Samenhang in de keten van antistolling zorg is cruciaal.

### Verbeterdoel

Dit verbeterdoel beoogt:

1. Het hebben van een peri-procedureel antistollingsprotocol én een verbetercyclus zodat het peri-procedureel antistollingsprotocol in de praktijk goed wordt nageleefd.
2. Duidelijke afspraken over hoe de lokale antistollingsexpertise is georganiseerd. Deze moet elke dag van de week elk uur van de dag beschikbaar zijn; ook dient een verbetercyclus van de lokale stollingsexpertise aanwezig te zijn.

### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### Verbeteronderdelen, waarover gereflecteerd moet worden:

Peri-procedureel antistollingsprotocol

1. De instelling beschikt over een peri-procedureel antistollingsprotocol, waarin alle aspecten, zoals beschreven bij de definitie van het verbeterdoel, zijn opgenomen;
2. De instelling beschikt over een verbetercyclus voor het peri-procedureel antistollingsprotocol.

Organisatie lokale antistollingsexpertise

3. De instelling heeft afspraken over hoe de lokale antistollingsexpertise georganiseerd is;
4. De instelling heeft de lokale antistollingsexpertise, binnen en buiten kantooruren geborgd;
5. De instelling heeft een verbetercyclus op het gebied van lokale antistollingsexpertise.

Toelichting: Peri-procedureel antistollingsprotocol

Het doel is de aanwezigheid en implementatie van een peri-procedureel antistollingsprotocol waarin alle relevante aspecten rondom verantwoordelijkheden, medicatiebeleid en communicatie van het beleid staan beschreven. Dit vereist nauwe afstemming bij het instellen, doorzetten en onderbreken van de antitrombotische behandeling rondom procedures.

Toelichting: Organisatie lokale antistollingsexpertise

Het doel is om te realiseren dat binnen elke instelling de hoofdbehandelaar voldoende wordt ondersteund rondom de toepassing van antistollingsbeleid. Hierbij dient de organisatie van zorg te voldoen aan de onderdelen zoals beschreven bij de definitie.

In de gehele keten zijn er veel zorgprofessionals, van diverse disciplines en met verschillende verantwoordelijkheden betrokken. Kennis van zorg voor patiënten met antistollingsmedicatie en kennis van relevante protocollen en richtlijnen varieert en is niet altijd toereikend. Veel zorgprofessionals ervaren het als zeer complex, mede omdat er momenteel een grote diversiteit aan middelen op de markt is, en er vaak double en triple therapie wordt toegepast. Daarnaast zijn er veel nieuwe ontwikkelingen op het gebied van antistollingsmedicatie. Het organiseren van lokale expertise zowel overdag als tijdens diensturen is voor de antistollingszorg van essentieel belang. Inzicht in incidenten kan bijdragen aan het verder verbeteren van de organisatie.

#### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Dit verbeterdoel heeft betrekking op patiënten, die met antitrombotische therapie in ziekenhuizen en particuliere klinieken worden behandeld.

#### **Richtlijn of norm**

- Monitor Zorggerelateerde Schade 2019: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel, 2022.
- Richtlijn antitrombotisch beleid: [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/antitrombotisch\\_beleid/antitrombotisch\\_beleid\\_-\\_korte\\_beschrijving.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/antitrombotisch_beleid/antitrombotisch_beleid_-_korte_beschrijving.html)
- Landelijke transmurale afspraak antistolling: <https://lta-antistollingszorg.nl/>
- Nederlands Kennisplatform Antistolling: [www.allesoverantistolling.nl](http://www.allesoverantistolling.nl)

## **Hulpmiddelen**

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

#### **Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:**

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, DICA, <https://www.portaalvoorpatientveiligheid.nl>, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.);
- Organisatie van processen.

## Definitie(s)

Een peri-procedureel antistollingsprotocol bestaat uit de beschrijving van de

1. verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg;
2. afspraken rondom antistollingsmedicatie;
3. communicatie met zowel zorgverleners als patiënten.

Hieronder staat kort weergegeven wat onder de verschillende categorieën minimaal in het lokale protocol opgenomen dient te zijn:

De volgende verantwoordelijkheden staan beschreven:

- Wie legt afspraken over doorzetten of onderbreken van antitrombotica vast;
- Wie stelt bloedingsrisico vast;
- Wie schrijft antistollingsmedicatie voor;
- Wie stelt antistollingsstatus vast.

De volgende afspraken rondom antistollingsmedicatie komen terug in het protocol:

- Welke antistollingsmedicatie wordt preoperatief al dan niet gestopt en indien gestopt voor hoe lang;
- Wanneer wordt na de procedure de anticoagulantia herstart en op welke wijze;
- Wanneer wordt welke plaatjesremmer(s) peri-procedureel gestopt en voor hoe lang;
- Wanneer wordt de plaatjesremmer(s) na de procedure herstart en op welke wijze;
- Wanneer bestaat een indicatie voor overbrugging en op welke wijze wordt dit toegepast;
- Wanneer bestaat een indicatie voor veneuze tromboseprofylaxe en op welke wijze wordt dit toegepast;
- Welke comedicatie wordt gebruikt, inclusief met de stolling interfererende medicatie.

De volgende afspraken rondom communicatie komen terug in het protocol:

- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de patiënt over het beleid en hoe wordt aangetekend in het patiëntendossier dat deze communicatie heeft plaatsgevonden;
- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met behandelaar die de ingreep doet/ behandelend arts/trombosedienst/ huisarts/ apotheek over het beleid;
- Op welke wijze en door wie wordt gecommuniceerd in geval van wijziging (in procedure plan) met huisarts en patiënt;
- Op welke wijze en door wie het antistollingsbeleid wordt vastgelegd in de time out procedure.

## Werkgroep

Dit verbeterdoel is ontwikkeld in 2019/2020 door onderstaande verenigingen:

NIV	prof. dr. M.V. Huisman (voorzitter)
NVvC	dr. M.A. Brouwer
NVN	dr. H. Koppen
NVVC	dr. A.K. Stroobants
NOV	dr. H.I.H. Lampe
NVU	dr. J.R. Oddens
NVZA	dr. M. van Hulst en drs. B.P. Brassé
NVVH	dr. A.C. Vahl
NVMDL	dr. M.J.A.L. Grubben
NVA	dr. A.W.M.M. Koopman-van Gemert

# Cardiologische Zorg

## Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland

Hart- en vaatziekten zijn belangrijke oorzaken van sterfte en ziektelast. Onder andere door toegenomen aandacht voor preventie, optimalisering medicatie, ambulancezorg en medisch technologische mogelijkheden is de sterftekans afgenomen. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe.

Het focus van het cardiologisch kwaliteitsbeleid verschuift meer naar evalueren en verbeteren, en minder naar het controleren. De vakgroep heeft hierin een proactieve rol. Om het interne cardiologische kwaliteitsbeleid te evalueren en te optimaliseren kan het gebruik van eigen data van grote bijdrage zijn. Nederlandse Hart Registratie (NHR) is de nationale kwaliteitsregistratie op het gebied van cardiologie en thoraxchirurgie in Nederland. Met als doel de kwaliteit van de cardiologische zorg hiermee te vergroten. Daarnaast kunnen ook kwalitatieve data gebruikt worden en eigen resultaten worden vergeleken met andere centra.

### Verbeterdoel

#### Dit verbeterdoel beoogt:

1. Aantoonbaar kwaliteitsbeleid ten aanzien van cardiologische zorg in de instelling;
2. Inzicht in uitkomsten in de instelling en, zo nodig, verbetermaatregelen om de cardiologische zorg te optimaliseren;
3. Optimaliseren van de kwaliteit van de cardiologische zorg in de instellingen.

Vakgroepen duiden de uitkomsten rondom cardiologische zorg en hebben de kwaliteitscyclus ingebed. Dit kan met behulp van de kwaliteitsregistraties zoals reeds bestaand voor pacemaker (PM), implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD), percutane coronaire interventies (PCI) en/of ablaties.

#### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

#### Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

- De kwaliteitscyclus ten aanzien van de cardiologische zorg moet in de instelling aantoonbaar zijn vorm gegeven;
- Het vormgeven en implementeren van verbetermaatregelen naar aanleiding van de analyse van data wordt zo veel mogelijk met op de afdeling betrokken of aanpalende disciplines opgepakt;
- Op basis van de uitkomsten van de zorginhoudelijke data heeft de instelling inzichtelijk of er sprake is van risico's t.a.v. patiëntveiligheid en heeft deze verbetermaatregelen gedefinieerd, genotuleerd, geïmplementeerd en geëvalueerd;
- De instelling formuleert een of meerdere verbeterdoelen op basis van uitkomsten uit de analyse van data.

**Inclusie- en exclusiecriteria**

Dit verbeterdoel betreft alle vakgroepen cardiologie.

**Richtlijn of norm**

Dit verbeterdoel past binnen het NVVC Kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisie-document cardiologische zorg 2025

**Hulpmiddelen**

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

**Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:**

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.);
- Organisatie van processen.

**Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:**

- Een kwaliteitsoverleg binnen de afdeling;
- De gegevens zoals deze worden gepubliceerd in Handboek NHR, te vinden via [nederlandsehartregistratie.nl](http://nederlandsehartregistratie.nl);
- De gegevens zoals deze worden gepubliceerd in Jaarrapportage NHR, te vinden via [nederlandsehartregistratie.nl](http://nederlandsehartregistratie.nl).

**Voorbeelden om op te reflecteren:**

- Wanneer uitkomsten boven de P95 of onder de P5 vallen (indien het ziekenhuis deelneemt aan het programma binnen NHR dat transparant publiceert op uitkomsten);
- Wanneer niet wordt voldaan aan minimale compleetheid van data (98% voor ablatie, ICD en PCI; 95% voor PM) en data kwaliteit zoals gedefinieerd voor 2022 in de Minimale kwaliteitseisen aangeleverde data NHR (Bron: [www.nederlandsehartregistratie.nl](http://www.nederlandsehartregistratie.nl));
- MijnNHR (chartmodule);
- Aanbevelingen uit het Kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisie-document cardiologische zorg 2025;
- Aanvullende analyses gefaciliteerd binnen de betreffende registratiecommissie.

**Werkgroep**

Dit verbeterdoel is opgesteld door een afvaardiging van de Commissie Kwaliteit van de NVVC en afvaardiging van het bestuur NVVC, ondersteund door bureau NVVC, in samenspraak met de NHR.

# Eigen verbeterdoel

## Eigen verbeterdoel

Met een eigen verbeterdoel kunnen ziekenhuizen en particuliere klinieken een thema kiezen dat voor de eigen organisatie relevant is voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Het thema van het eigen verbeterdoel is geormerkt als een multidisciplinair risico voor de patiëntveiligheid en heeft verbeterpotentieel in zich. Daarbij moet het eigen verbeterdoel binnen de eigen organisatie draagvlak hebben en moeten zorgprofessionals invloed hebben op de reductie van het risico. Met het eigen verbeterdoel wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren.

Individuele terugkoppeling van het eigen verbeterdoel zal zijn in dialoog met de accounthouder van het ziekenhuis of particuliere kliniek. Het staat ziekenhuizen en particuliere klinieken uiteraard vrij om de bevindingen van het eigen verbeterdoel te delen met andere instellingen. Dit is in lijn met de wens van de inspectie dat ziekenhuizen en particuliere klinieken leren van elkaar en verbeteren.

Ziekenhuizen en particuliere klinieken kunnen maximaal één eigen verbeterdoel aanleveren. De inspectie verwacht dat het eigen verbeterdoel minimaal twee opeenvolgende jaren wordt aangeleverd. Zo kan de dialoog over de voortgang in de PDCA-cyclus van het eigen verbeterdoel gevoerd worden over een zekere tijdspanne.

## Verbeterdoel

Voor het opstellen van een eigen verbeterdoel houdt u zich strikt aan onderstaand format. De begeleidende tekst in grijs geeft weer welke beschrijving in het betreffende item verwacht wordt.

### I. Titel eigen verbeterdoel (max 10 woorden)

Geef een heldere titel aan het eigen verbeterdoel.

### II. Algemene inleiding op het onderwerp (max 200 woorden)

Geef kort het belang aan van het eigen verbeterdoel voor de eigen organisatie in relatie tot het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Beschrijf relevante patiëntrisico's die binnen het onderwerp van het eigen verbeterdoel vallen.

Geef weer in hoeverre het eigen verbeterdoel voldoet aan de volgende criteria:

1. Het patiëntrisico van het eigen verbeterdoel is te beïnvloeden door middel van de PDCA-cyclus;
2. De zorgprofessional heeft invloed op reductie van het risico;
3. Het eigen verbeterdoel heeft draagvlak binnen de organisatie;
4. Het onderwerp is geormerkt als een risico voor de patiëntveiligheid voor de organisatie en heeft verbeterpotentieel.

### III. Specificatie van het eigen verbeterdoel

1. Beschrijf het eigen verbeterdoel zo concreet mogelijk. Geef hierbij duidelijke afbakening aan voor wat betreft de populatie, de setting, de aandoening etc.
2. Beschrijf wat de organisatie wil bereiken met dit eigen verbeterdoel. Met welke resultaten is het ziekenhuis of de kliniek tevreden?

### **Reflectie instelling**

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Geef duidelijk aan welke inclusie- en exclusiecriteria zijn gehanteerd, zodat er geen twijfel kan ontstaan over de specifieke doelgroep waar het verbeterdoel betrekking op heeft. Geef ook aan op welk organisatorisch verband het eigen verbeterdoel wel/niet van toepassing is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: ziekenhuis of ketenzorg; kliniek of polikliniek; vakgroep; individuele zorgprofessional etc.

### **Richtlijn of norm**

Als er een richtlijn of norm is die ten grondslag ligt aan het verbeterdoel, welke richtlijn is dat en licht de norm toe.

## **Hulpmiddelen**

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een eigen verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het eigen verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het eigen verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven.

### **Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen**

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren), etc.;
- Resultaten audits, tracers, veiligheidsrondes, dossieronderzoek.;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.);
- Organisatie van processen.

### **Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen**

Hulpmiddelen de instelling heeft gebruikt om het antwoord op de vragen (onder III - Specificatie van het eigen verbeterdoel) te onderbouwen.

## **Definitie(s)/Toelichtingen**

Definieer/specificeer de belangrijke begrippen in het eigen verbeterdoel.

### **Personen en partijen**

Beschrijf hier in welk jaar het eigen verbeterdoel ontwikkeld is en welke partijen hebben deelgenomen aan de ontwikkeling van het eigen verbeterdoel.

Contactpersoon (naam, functie, ziekenhuis): Vul hier een contactpersoon in.

**De lijst met eigen verbeterdoelen worden inclusief de naam van het ziekenhuis of particuliere kliniek in de Basisset MSZ opgenomen. Op deze wijze wordt gestimuleerd om onderling te leren en gezamenlijk te verbeteren.**



# Ketenzorg diabetische voetulcus

## Optimaliseren ketenzorg diabetische voetulcus

Goede aansluiting van de zorg voor patiënten met een diabetisch voetulcus tussen de eerste lijn en een multidisciplinair voetenteam in de tweede lijn is een knelpunt. Te late verwijzingen leiden tot ineffectieve en complexe zorg met langdurige ziekenhuisopnames en amputaties tot gevolg.

### Wat is nodig om dit knelpunt aan te pakken:

- Een multidisciplinair voetenteam in het ziekenhuis zoals beschreven in de richtlijn Diabetische voet (NIV 2017);
- Een helder omschreven zorgpad met één aanspreekpunt voor de eerste lijn;
- Scholing en expertise in de eerste lijn;
- Transmurale samenwerkingsafspraken tussen het ziekenhuis en eerste lijn in de regio;
- Zicht op uitkomsten van de geleverde zorg om hiervan te leren en te verbeteren om zo de ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus te optimaliseren.

## Verbeterdoel

### Dit verbeterdoel beoogt:

1. Een integrale multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus conform de richtlijn Diabetische voet;
2. Regionale transmurale afspraken;
3. Een verbetercyclus van deze ketenzorg met focus op samenwerken, evalueren, leren en verbeteren.

Met dit verbeterdoel worden ziekenhuizen gestimuleerd de uitkomsten van de zorg voor patiënten met een diabetisch voetulcus in de zorgketen te evalueren én te verbeteren Dit is een dynamisch en cyclisch proces (de *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus) waarbij het startpunt van ziekenhuizen aanzienlijk kan verschillen. Uiteindelijk gaat het verbeterdoel over goede zorg voor de patiënt op de juiste plek en op het juiste moment, waarbij zorgverleners in een veilig klimaat en met plezier optimaal samenwerken voor de patiënt met een diabetisch voetulcus.

### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

- De aanwezigheid van inhoudelijke en procesmatige elementen voor de ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus (conform richtlijn);
- De manier waarop zorgverleners in de hele keten (in eerste- en tweede lijn) betrokken zijn bij het opstellen en uitvoeren van verbeteringen;
- Veilig en open samenwerkingsklimaat om te leren en verbeteren;

- Voorbeelden waar u trots op bent. Voorbeelden waar u niet trots op bent en wat u hiervan heeft geleerd;
- De knelpunten buiten uw invloed, waarbij toegelicht wordt waarom u dit ervaart;
- Uw ambities voor de komende jaren.

#### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Alle personen (18 jaar of ouder) met diabetes mellitus en een voetulcus.

#### **Richtlijn of norm**

Richtlijn Diabetische Voet (NIV 2017).

## **Hulpmiddelen**

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manieren aan te tonen.

#### **Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen**

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren), etc.;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.);
- Organisatie van processen.

#### **Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen**

- Voorbeeld van regionale transmurale afspraken (RTA);
- SWOT-analyse met verbeterplan;
- Spiegelinformatie en bespreken hiervan met verwijzers, patiënten etc.;
- Patiënttevredenheidsonderzoeken;
- Doorlooptijd in de integrale en multidisciplinaire zorgketen;
- Verloopcijfers binnen het team, medewerker tevredenheid binnen het team.

## **Definitie(s)/Toelichtingen**

Zorgpad diabetische voetulcus: Het zorgpad is een beschrijving van de organisatie van het zorgproces in opeenvolgende stappen, (gemeenschappelijke) beslismomenten en criteria voor de patiënt met een diabetisch voetulcus.

Multidisciplinair voetenteam: Het team dat verantwoordelijk is voor de diagnostiek en behandeling van een diabetisch voetulcus, bestaande uit tenminste een vaatchirurg, internist, revalidatiearts, wondverpleegkundige, (diabetes) podotherapeut, gipsverbandmeester en een orthopedisch schoentechnicus (=schoenmaker). Er is een coördinator en één persoon/loket waar eerstelijns zorgverleners zich tot kunnen wenden. Zie definitie Richtlijn Diabetische Voet (NIV 2017). Ook andere disciplines (zoals met name interventie radioloog, dermatoloog en orthopedisch chirurg) kunnen deelnemen aan het team of beschikbaar zijn om in consult te vragen.

## Werkgroep

Dit verbeterdoel is in 2021 ontwikkeld en word jaarlijks in lijn gebracht met het nieuwe format:

V&VN Wondexpertise	Sandra Janssen, MSc, MANP (voorzitter vanaf aug 2022)
V&VN Wondexpertise	Yvonne Siebers (voorzitter tot aug 2022)
V&VN Diabeteszorg	Cis Rieke, MANP
V&VN VS netwerk Wondmasters	Diedy Sterkenburg, MANP
V&VN VS	Barbara Oud, MSc
V&VN	John Hoeijmans, MANP
NIV	Prof. dr. Nicolaas Schaper
NVIR	drs. Daniel van den Heuvel
NVDV	dr. Miriam Loots
NVVV	drs. Jan-Willem Elshof
NVvP	Michel Boerrigter, MBA
NHG/DiHAG	drs. Jaap Kroon
NVvDP	Lian Stoeldraaijers, BSc
ProVoet	Sandra van Strijp

# Ondervoeding

## Optimale screening en behandeling voor, tijdens en na klinische opname

De prevalentie van ondervoeding in het ziekenhuis is hoog: 14-15% van de volwassen patiënten en 6% van de kinderen die worden opgenomen heeft een screeningsuitslag 'ondervoed'<sup>[2][3]</sup>. Ondervoeding kan leiden tot verminderd fysiek functioneren, slechtere wondgenezing, langere ligduur in de instelling, verminderde kwaliteit van leven, verhoogde kans op overlijden en achterblijvende groei bij kinderen<sup>[4][5][6]</sup>. De kosten voor ondervoeding worden geschat op 1,8 miljard euro per jaar in Nederlandse zorginstellingen. Ziekte gerelateerde ondervoeding leidt in Nederland tot circa 400 doden per jaar<sup>[7]</sup>.

Ondervoeding ontstaat door een disbalans tussen voedingsbehoefte en voedingsinname. Oorzaken van deze disbalans zijn zeer divers. Bepaalde ziektes verhogen de behoefte aan voedingsstoffen. Wanneer niet met de voedingsinname wordt voorzien in deze toegenomen behoefte, ontstaat een tekort, met als gevolg afname van gewicht en spiermassa. Ook mensen met overgewicht kunnen in de periode voorafgaand aan, tijdens en na een klinische opname ondervoed zijn of worden waardoor zij risico lopen op complicaties. Vaak ontstaat ondervoeding sluipend en is ook herstel van ondervoeding een langdurig traject. De huidige ligduur in het ziekenhuis (gemiddeld 5,2 dagen)<sup>[8]</sup> of de kliniek is te kort om patiënten weer in goede voedingstoestand te brengen. Het voortzetten van een goed voedingsbeleid na ontslag uit de instelling vraagt nadrukkelijke aandacht gedurende de opname in de instelling<sup>[9]</sup>.

## Verbeterdoel

### Dit verbeterdoel beoogt:

Ondervoeding tijdig te herkennen en te behandelen voor, tijdens en na klinische opname. Dit geldt zowel voor opname, bijvoorbeeld door poliklinisch te screenen bij hoog risico groepen, als tijdens en na klinische opname. Zo kan ondervoeding of verdere achteruitgang van de voedingstoestand tijdens opname worden voorkomen en tijdig worden behandeld waarbij, indien geïndiceerd, zorg wordt gedragen voor het voortzetten van de behandeling na ontslag. Het is hierbij duidelijk wat de verantwoordelijkheden zijn van de betrokken zorgprofessionals en/ of organisaties voor, tijdens en na de opname in de instelling.

- [2] Kruizenga H., Keeken S van, Weijs P, et al. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr* 2016; 103(4): 1026-1032.
- [3] Stuurgroep Ondervoeding. (2020, 7 december). Factsheet 8.1.1.screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen 2019. Geraadpleegd op 10 augustus 2021, van [https://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2020/12/Factsheet-8.1.1.-screening-op-ondervoeding-bij-in-de-kliniek-opgenomen-kinderen-2019\\_def.pdf](https://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2020/12/Factsheet-8.1.1.-screening-op-ondervoeding-bij-in-de-kliniek-opgenomen-kinderen-2019_def.pdf)
- [4] Valmorbida E, Trevisan C, Imoscopi A, Mazzochin M, Manzato E, Sergi G. Malnutrition is associated with increased risk of hospital admission and death in the first 18 months of institutionalization. *Clin Nutr*. 2020 Dec 1;39(12):3687-94. 60.
- [5] Rizzoli R, Reginster J-Y, Arnal J-F, Bautmans I, Beaudart C, Bischoff-Ferrari H, et al. Quality of life in sarcopenia and frailty. *Calcif Tissue Int* 2013 Aug 5;93(2):101e20.
- [6] Lim SL, Ong KCB, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality *Clin Nutr* 2012 Jun;31(3):345e50.
- [7] Kok L, Scholte R, Carl Koopmans. Ondervoeding onderschat. Amsterdam; 2014 Jul.
- [8] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM. [Internet]. Beschikbaar via: Prestatie-indicatoren gezondheidszorg | Systeemdoelen | Doelmatigheid | Volksgezondheidszorg.info. [geraadpleegd 25 juni 2021].
- [9] Lærum-Onsager, E., Molin, M., Olsen, C. F., Bye, A., Debesay, J., Hestevik, C. H., Bjerk, M., & Pripp, A. H. (2021). Effect of nutritional and physical exercise intervention on hospital readmission for patients aged 65 or older: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01123-w>

### **Reflectie instelling**

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### **Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:**

Screening en behandeling ondervoeding (alle leeftijden):

- De instelling heeft tijdige screening op ondervoeding voor en tijdens een klinische opname in de instelling geborgd. Na signalering van ondervoeding worden acties ingezet om in afstemming met de patiënt (en/of met mantelzorger(s) en bij kinderen met ouder(s)/ verzorger(s)) tijdig een behandelplan in te zetten. Het is hierbij voor de betrokken zorgprofessionals, patiënten en/of mantelzorger(s)/ouder(s)/verzorger(s) duidelijk wie welke verantwoordelijkheid heeft en wat de doelen zijn;
- De instelling heeft de continuïteit van zorg voor ondervoeding voor, tijdens en na een klinische opname in de keten geborgd middels een passende overdracht naar het netwerk (in bijvoorbeeld de eerste lijn en/of andere zorginstelling) welke is afgestemd met de patiënt en/of mantelzorger(s) of met het kind en/of met de ouder(s)/ verzorger(s).

### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Alle instellingen (ziekenhuizen en particuliere klinieken) die medisch specialistische zorg verlenen.

### **Richtlijn of norm**

- Leidraad Screening op – en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen.
- Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;
- Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; jan 2013;
- Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; jun 2021;
- Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; jan 2022;
- Richtlijn Ondervoeding. Stuurgroep Ondervoeding; jan 2019.

## **Hulpmiddelen**

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerd. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manieren aan te tonen.

### **Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen**

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren), etc.;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.);
- Organisatie van processen.

### Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

Screening ondervoeding kinderen:

- Groeicurves voor verschillende etniciteiten en syndromen;
- Screening op risico op ondervoeding, bijvoorbeeld met STRONGkids.

Screening ondervoeding volwassenen:

- SNAQ;
- MUST;
- PG-SGA Short Form.

Screening ondervoeding voor opname / op de polikliniek volwassenen:

- Voedingstoestandmeter (herziene versie 2021);
- SNAQ+BMI;
- PG-SGA Short Form;
- MNA Short Form.

### Voeding in ziekenhuizen

- Factsheet Gezonder voedingsaanbod in ziekenhuizen en instellingen. Goede zorg proef je. najaar 2020;
- Rapport Succesfactoren en knelpunten in de behandeling van (hoog risico op) ondervoeding in ziekenhuizen Stuurgroep Ondervoeding. nov 2020;
- Rapport Voedingsconcepten in Nederlandse ziekenhuizen. Stuurgroep Ondervoeding. mei 2016.

### Richtlijnen

- Leidraad Screening op - en behandeling van - ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen. Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;
- Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; jan 2013;
- Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; jun 2021;
- Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; jan 2022;
- Richtlijn Ondervoeding. Stuurgroep Ondervoeding; jan 2019.

### Continuïteit van zorg

- Medisch Kindzorgsysteem;
- Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, hoofdstuk 8: Voedingsbeleid en voedingsplan na ontslag - Aanbeveling 1; juni 2021;
- Informatie voor patiënten bijv. <https://www.thuisarts.nl/> (te veel afgevallen/ondervoeding);
- Voedingspaspoort. Handreiking voor een domein overstijgende werkwijze voor optimale transmurale (voedings) zorg voor (kwetsbare) ouderen. Stuurgroep Ondervoeding, jan 2020.

### Definitie(s)/Toelichtingen

Ondervoeding: een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten.

## Werkgroep

Dit verbeterdoel is in 2022 ontwikkeld door:

NIV	drs. C. Boeddha, dr. M. Soeters
NVK	prof. dr. K. Joosten
NVKG	drs. S. Verhaar
NVMDL	dr. J.W. Kruimel
Stuurgroep Ondervoeding	E. van der Heijden, dr. E. Naumann, M. Schager
V&VN Geriatrie en Gerontologie	D. ten Cate
V&VN Kinderverpleegkundigen	M. Hendriks

# Pijnbeleid

## Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling

Pijn is een belangrijk signaal van het lichaam, er kan sprake zijn van een ernstige bedreiging. In veel gevallen moet pijn worden beschouwd als een ernstige comorbiditeit die het resultaat van medische en chirurgische behandeling kan beïnvloeden. Pijn kan ook leiden tot een verminderde kwaliteit van leven bij patiënten. Het is daarom van essentieel belang dat pijn bij alle patiënten in de zorginstelling tijdig herkend en waar mogelijk behandeld wordt. Een optimaal gepersonaliseerd pijnbeleid is dan ook belangrijk voor het welzijn van patiënten.

Een zorgvuldig pijnbeleid bestaat uit:

- Opsporing van pijn (pijnscreening, pijnmeting en pijnanamnese in verband met het multidimensionale karakter van pijn);
- Aandacht voor de verschillende patiëntencategorieën: acute en chronische pijn en pijn bij benigne ziekteprocessen, oncologische pijn en pijn in de palliatieve fase;
- Analyse van de oorzaak en inschatten van het risico op het ontstaan van chronische pijn;
- Behandeling van pijn (farmacologisch, niet-farmacologisch, verantwoord opioïden voorschrijven);
- Infrastructuur (een pijnteam met aandacht voor acute en chronische pijn);
- Evaluatie via de *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus.

Zorginstellingen die de processen rondom pijnbehandeling niet goed geregeld hebben, kunnen in potentie ziekere patiënten hebben met een langere opnameduur, een vertraagd herstel en meer risico op het ontstaan van chronische pijn. Het verbeterdoel moet leiden tot een optimaal pijnbeleid resulterende in een betere zorg en minder risico's voor patiënten. Het doel van de multidisciplinaire werkgroep is het aanzetten tot het toepassen van de PDCA cyclus ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de pijnzorg in de Nederlandse zorginstellingen.

## Verbeterdoel

### Dit verbeterdoel beoogt:

Het realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling.

### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

1. De instelling beschikt over een organisatie breed pijnbeleid;
2. De instelling heeft een infrastructuur voor pijnbeleid ingericht, met behulp van een pijnteam;
3. De instelling biedt zorgverleners adequate toegang tot de voorhanden zijnde expertise op het gebied van pijn in de zorginstelling;
4. De instelling beschikt over een passend signaleringssysteem voor het opsporen van pijn, dat aandacht besteedt aan een selectie van groepen patiënten *at risk*, frequentie van pijnmeting en zinvolle registratie. Er moet beleid zijn, in aansluiting op dit signaleringssysteem, voor het verbinden van een pijnmeting met een actie, zowel analyse als behandeling;

5. De instelling dient aandacht te besteden aan het verantwoord voorschrijven van pijnmedicatie. Dit in het kader van pijnmedicatie die potentieel verslavend kan zijn maar ook individuele aandacht voor voldoende pijnmedicatie en maatschappelijke verantwoordelijkheid voor duurzaamheid (bijvoorbeeld een verantwoord gebruik van middelen);
6. De instelling dient aandacht te besteden aan niet-farmacologische interventies bij pijn.

#### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Alle instellingen (ziekenhuizen en particuliere klinieken) die medisch specialistische zorg verlenen.

#### **Richtlijn of norm**

- Richtlijn Postoperatieve pijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2012;
- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker modulaire herziening. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2015;
- Multidisciplinaire richtlijn Pijn. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deel 1,2,3. Met herziene tekst. (ISBN 978-90-74785-11-2). Utrecht: Verenso; 2016;
- Richtlijn Pijnbehandeling bij traumapatiënten in de spoedzorgketen. (ISBN 978- 90-811 641-4-6). Nijmegen: Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen; 2010;
- Richtlijn Palliatieve zorg bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2013;
- Richtlijn Pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2007;
- Herziene richtlijn analgesie en sedatie voor volwassen patiënten op de intensive care. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care; 2013;
- Richtlijn Pijn in: Palliatieve zorg, Richtlijnen voor de Praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC); 2010.
- Richtlijn pijn bij kanker 6-12-2019 Pijn bij patiënten met kanker - Richtlijnen Palliatieve zorg ([palliaweb.nl](http://palliaweb.nl)) Hoewel de evidentie alleen is verzameld voor de diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker zijn de aanbevelingen ook grotendeels van toepassing voor patiënten met andere levensbedreigende aandoeningen
- Richtlijn pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen 6-12-2019. Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen - Richtlijnen Palliatieve zorg ([palliaweb.nl](http://palliaweb.nl)).

## **Hulpmiddelen**

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Het staat een instelling echter vrij om dit op een andere manier aan te tonen.

#### **Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:**

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.);
- Organisatie van processen.

#### **Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:**

De volgende hulpmiddelen kunnen worden gebruikt bij het beantwoorden van de vraag:

- Pijnmeting, registratie en interventie die zo nodig volgt;
- Algemeen pijnbeleid;
- Verantwoord opioïden voorschrijven;
- Pijnteam.



## Definitie(s) / Toelichting(en)

Pijn is volgens de definitie van de *International Association for the Study of Pain (IASP)* 2020: 'Een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, die geassocieerd is, of geassocieerd lijkt te zijn, met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging.'

Chronische pijn wordt gedefinieerd als pijn die langer bestaat dan drie maanden of langer duurt dan de verwachte tijd voor herstel na beschadiging of ziekte.

Pijnmeting omvat de pijnintensiteit, die de patiënt zelf aan zijn pijn toekent. Daarnaast is het belangrijk om de mening van de patiënt over zijn pijn te achterhalen (acceptabel of niet) en het lichamelijk functioneren wel of niet gehinderd door pijn te observeren. Bij patiënten met een uitingsbeperking moet een observatieschaal gebruikt worden om een inschatting van de mate van pijn te bepalen.

Een pijnservice is een multidisciplinair samengesteld team waarbij in ieder geval een anesthesioloog/pijnbehandelaar en een in pijn gespecialiseerde verpleegkundige of anesthesiemedewerker aanwezig is. Een pijnservice is te allen tijde te raadplegen ten aanzien van pijn bij patiënten. De pijnservice voert patiëntconsulten uit, verzorgt pijneducatie aan patiënten en medewerkers in de instelling, analyseert digitaal geregistreerde pijngegevens en gebruikt deze als basis voor het opzetten van kwaliteitsverbeterprojecten.

Opioiden zijn alle middelen die in het Farmacotherapeutisch kompas staan aangeduid onder de geneesmiddelengroep 'Opioiden', te weten de middelen die de opioïdreceptoren in het centraal zenuwstelsel bezetten.

## Werkgroep

Dit verbeterdoel is ontwikkeld in 2020 en wordt jaarlijks aan het nieuwe format aangepast ten behoeve van de Basisset MSZ.

V&VN Pijnverpleegkundigen	Dr. Jacqueline van Dijk (voorzitter) Dr. Rianne van Boekel (vanaf 2022 adviseur) Manon Immerzeel-Welter
NVA	Drs. Frank van Haren Dr. Jan-Willem Kallewaard
NVAM	Linda van de Werken BASc
NVN	Dr. Joost Jongen
V&VN Oncologie	Drs. Gertrud van der Werff
BRV	Steven Bijlholt BNurs
NVR	Dr. Alfons den Broeder
NIV	Drs. Robbert van Alphen
NVK	Prof. dr. Wim Tissing

# Valpreventie bij ouderen

## Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val

Vallen en val gerelateerd letsel hebben grote gevolgen voor de maatschappij als geheel en voor de kwaliteit van leven van de betrokken ouderen. Als ouderen ten val komen heeft dat vaak ernstige gevolgen voor hun zelfstandigheid, zelfredzaamheid en mobiliteit.

Tijdens een opname hebben ouderen een hoger risico om te vallen dan in de thuissituatie. Ongeveer een derde van de vermijdbare incidenten op het gebied van patiëntveiligheid in een instelling betreft een val.

De groep patiënten met een trauma na een val is ook de groep waarbij preventie van een hernieuwde val belangrijk is. In de eerste plaats is er al een verhoogd risico, omdat een eerdere val de belangrijkste voorspeller is voor hernieuwd vallen. En in de tweede plaats is er de resttoestand na de val, waaronder functieverlies, die ook weer additioneel valrisico oplevert. Onderdeel van een goede behandeling van een oudere patiënt moet dan ook de preventie van een (herhaalde) val zijn.

De landelijke multidisciplinaire richtlijn valpreventie laat middels een meta-analyse zien dat een multifactoriële valanalyse en interventie het aantal valincidenten met ten minste 22% verlaagt. In de definitie staan de onderdelen hiervan benoemd en in detail is dit terug te vinden in de richtlijn.<sup>[10]</sup> Het doel is om de aanbevelingen van de richtlijn landelijk zo goed en compleet mogelijk geïmplementeerd te krijgen. Voor individuele instellingen betekent dat, dat indien ouderen zich met een valincident op de SEH presenteren, dan wel vallen tijdens een opname of een verhoogd valrisico hebben tijdens een opname er richtlijnconforme passende zorg hierop moet volgen. Dat wil zeggen een multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling. Geprotocolleerde zorgpaden kunnen hierbij ondersteunen.

Het is belangrijk regionale afspraken te maken met de ketenpartners waar en wanneer de verschillende onderdelen van de multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling zoals beschreven in de aanbeveling van de richtlijn,<sup>[11][12]</sup> plaatsvinden en wie (voor welk onderdeel) eindverantwoordelijk is. In de acute situatie op de SEH is minimaal een inschatting noodzakelijk van de aanwezigheid van een onderliggende acute aandoening (neurologisch, cardiaal, internistisch, maar ook atypische ziektepresentatie bij bijvoorbeeld een infectie) en/of een medicatiebijwerking.

## Verbeterdoel

### Dit verbeterdoel beoogt:

1. Het stimuleren van het hebben van beleid op de spoedeisende hulp (SEH) voor:
  - a. signalering van valrisico (bij presentatie als gevolg van een val) en vervolgens
  - b. multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling en
  - c. regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling;
2. Het stimuleren van het tijdig en adequaat signaleren van veranderingen in de incidentie van valincidenten tijdens opname;
3. Het stimuleren van een multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname.

[10] [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie\\_van\\_valincidenten\\_bij\\_ouderen/valrisicobeoordeling\\_ouderen\\_in\\_ziekenhuis.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/valrisicobeoordeling_ouderen_in_ziekenhuis.html)

[11] [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie\\_van\\_valincidenten\\_bij\\_ouderen/verlaging\\_valrisico\\_bij\\_thuiswonende\\_ouderen.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/verlaging_valrisico_bij_thuiswonende_ouderen.html)

[12] [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie\\_van\\_valincidenten\\_bij\\_ouderen/valrisicobeoordeling\\_ouderen\\_in\\_ziekenhuis.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/valrisicobeoordeling_ouderen_in_ziekenhuis.html)

### **Reflectie instelling**

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

De instelling dient op alle bovengenoemde onderdelen te reflecteren voor de drie minimale onderdelen. Bij voorkeur door middel van toepassing van de onderstaande hulpmiddelen.

### **Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:**

1. De instelling beschikt over beleid op de SEH met betrekking tot het signaleren van presentatie als gevolg van een val (met of zonder wegraking) en over een werkwijze (zorgpad/protocol) met betrekking tot de hierop volgende multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling met daarin regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling hierbij;
2. De instelling heeft geborgd dat veranderingen in incidentie van valincidenten tijdens opname tijdig en adequaat worden gesignaleerd;
3. De instelling heeft de multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname geborgd.

### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Het verbeterdoel heeft betrekking op alle ziekenhuizen en particuliere klinieken die zorg verlenen aan mensen met een verhoogd valrisico. Dit betreft in ieder geval ouderen (vanaf 70 jaar), maar omdat het valrisico ook verhoogd kan zijn bij specifieke groepen van jongere patiënten met comorbiditeit, is het aan te bevelen om ook voor deze groepen beleid te formuleren op het gebied van valpreventie. Verbeteronderdeel 1 heeft specifiek betrekking op de SEH-afdeling van ziekenhuizen. Verbeteronderdelen 2 en 3 hebben betrekking op alle ziekenhuizen en particuliere klinieken die patiënten opnemen. Voor de hulpmiddelen is een leeftijdsgrens van 70 jaar aangehouden (conform VMS) als minimum scenario, individuele instellingen kunnen ook een lagere leeftijdsgrens hanteren bij gebruik van het hulpmiddel.

### **Richtlijn of norm**

- Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (2017): [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie\\_van\\_valincidenten\\_bij\\_ouderen/startpagina\\_-\\_preventie\\_van\\_valincidenten.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/startpagina_-_preventie_van_valincidenten.html);
- Privé-valongevallen bij ouderen. Ongevalscijfers 2018. Veiligheid.nl (2018): <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/valpreventie-bij-ouderen>
- Healey F, Scobie S, Oliver D, et al. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. Qual Saf Health Care. 2008 Dec;17(6):424-30;
- VMS veiligheidsprogramma kwetsbare ouderen (2012): <https://www.vmszorg.nl/kwetsbare-ouderen/>.

## **Hulpmiddelen**

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst.

De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

**Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:**

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.);
- Organisatie van processen.

**Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:**

Valrisico op de SEH:

Wordt er bij patiënten  $\geq 70$  jaar die op de SEH komen in het (elektronisch) patiëntendossier altijd vastgelegd of er sprake is van SEH presentatie ten gevolge van een val en/of wegraking? Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:
- Indien ja: Bij hoeveel patiënten is in het dossier vastgelegd of er sprake is van een SEH-presentatie ten gevolge van een val (met of zonder wegraking)?
- Teller: aantal bezoeken van patiënten  $\geq 70$  jaar op de SEH waarbij in het dossier is vastgelegd of er sprake is van een val (met of zonder wegraking)
- Noemer: aantal bezoeken van patiënten  $\geq 70$  jaar op de SEH

Is er op de SEH een protocol voor multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling waarin (regionale) afspraken zijn opgenomen over uitvoering en taakverdeling? Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:

Registratie valincidenten tijdens opname in een ziekenhuis of kliniek:

Registreert u voor alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder de valincidenten? Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:
- Indien ja: Hoeveel valincidenten zijn opgetreden tijdens opname in het afgelopen kalenderjaar bij patiënten  $\geq 70$  jaar per 1000 opnamedagen?
- Berekening:  
Aantal valincidenten bij patiënten  $\geq 70$  jaar in het afgelopen kalenderjaar: (a)  
Aantal opnamedagen van patiënten  $\geq 70$  jaar in het afgelopen kalenderjaar/1.000: (b)  
Aantal valincidenten per 1000 opnamedagen (a/b):

Registreert u voor alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder de valincidenten met letsel?<sup>[23]</sup> Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:
- Indien ja: Hoeveel valincidenten met letsel zijn opgetreden tijdens opname in het afgelopen kalenderjaar bij patiënten  $\geq 70$  jaar per 1000 opnamedagen?
- Berekening:  
Aantal valincidenten met letsel bij patiënten  $\geq 70$  jaar in het afgelopen kalenderjaar (a)  
Aantal opnamedagen van patiënten  $\geq 70$  jaar in het afgelopen kalenderjaar/1000: (b)<sup>[24]</sup>  
Aantal valincidenten met letsel per 1000 opnamedagen (a/b):

Multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname in een ziekenhuis of kliniek

Is er in de kliniek een protocol voor multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling waarin alle vereiste elementen zijn opgenomen (zie richtlijn) Ja/Nee

- Indien nee, toelichting:

Bij hoeveel procent van de patiënten  $\geq 70$  jaar met een positieve screening op valrisico heeft een multifactoriële valrisicobeoordeling plaatsgevonden?

- Berekening:  
Teller: aantal patiënten  $\geq 70$  jaar met een positieve screening op valrisico<sup>[25]</sup> en bij wie een multifactoriële valrisicobeoordeling zoals geadviseerd in de richtlijn heeft plaatsgevonden en is vastgelegd.  
Noemer: patiënten  $\geq 70$  jaar met een positieve screening op valrisico
- Bij steekproef:  
Populatiegrootte: N=  
Selectiecriteria:

## Definitie(s)/Toelichting(en)

Multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling: deze omvat minimaal de volgende risicofactoren: mobiliteit, medicatie, vitamine D, valangst, cognitie, visus, cardiovasculaire aandoeningen inclusief orthostase, omgevingsfactoren; en bij voorkeur ook: stemming, incontinentie, gehoor, ADL/IADL, schoeisel/voetproblemen, comorbiditeit (inclusief acute ziekten), alcohol en voedingstoestand;<sup>[16][17][18]</sup>

Vallen/valincident: een onbedoelde verandering van de lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau;

Ketenpartners: betrokken disciplines in de keten die bijdragen aan de multifactoriële valrisico-beoordeling en behandeling, zoals onder andere ziekenhuisspecialisten, huisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en apothekers.

## Werkgroep

Prof. Dr. N. van der Velde, klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), (voorzitter);

Prof. dr. M.H. Emmelot-Vonk, klinisch geriater, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG);

Dr. J.H.W. Rutten, internist, namens de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV);

Prof. dr. W.F. Lems, reumatoloog, namens de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR);

H. Habets, verpleegkundige/verplegingswetenschapper namens de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN Geriatrie & Gerontologie).

Met ondersteuning van:

Dr. M.A. Pols, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

# Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)

## Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies.

In Nederlandse instellingen worden vrijheidsbeperkende interventies (VBI) toegepast. Fysieke ofwel mechanische fixatie wordt frequent toegepast in instellingen, doorgaans in situaties waarbij de veiligheid van de patiënt (zoals valrisico) of die van anderen (zoals door agressief gedrag) in het gedrang komt en/of waarbij er risico is op onderbreking van levensnoodzakelijke behandeling. De uitvoering van VBI kan (grote) gezondheidsrisico's met zich meebrengen en psychische en/of fysieke schade veroorzaken. Het toepassen van VBI moet dan ook tot een minimum beperkt worden en voldoen aan de criteria van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid. Uit de data destijds van de kwaliteitsindicator VBI blijkt landelijk sprake te zijn van een grote spreiding in het aantal patiënten én het percentage opgenomen patiënten waarbij een zware VBI (score 5) is toegepast.

Met dit verbeterdoel wordt uw instelling gevraagd de inzet van zware VBI (score 5) te evalueren en u wordt uitgedaagd om de inzet van zware VBI (score 5) terug te dringen. Deze uitdaging is een dynamisch en cyclisch verbeterproces, een *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus, waarbij het startpunt in instellingen aanzienlijk kan verschillen, zoals de grote spreiding suggereert. Het verschil in startpunt nodigt uit om contact te zoeken met andere instellingen om van elkaar te leren.

## Verbeterdoel

### Dit verbeterdoel beoogt:

Het terugdringen van zware VBI (score 5) met als resultaat reductie van gezondheidsrisico's en verbetering van patiënt veiligheid. Voor dit verbeterdoel geldt de V&VN 'Handreiking Vrijheidsbeperkende interventies? Nee, tenzij...' als norm.

### Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

### Minimale onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

- Visie, beleid en ambitie inzake preventie van VBI, danwel het weloverwogen inzetten van VBI, met als primaire focus het voorkomen van inzet van zware VBI (score 5);
- Reflectie op de wijze waarop multidisciplinaire besluitvorming is vormgegeven in de instelling;
- Knelpunten in de praktijk en overige knelpunten om uw ambitie waar te maken;
- Leren van en samenwerken met andere instellingen;
- Stimuleren van leren en verbeteren door zorgverleners, inclusief voorbeelden vanuit de praktijk.

### Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- Alle in de instelling opgenomen patiënten  $\geq 16$  jaar, inclusief de spoedeisende hulp (SEH).
- Als dwangmaatregel conform de Wet verplichte GGZ.
- Als onvrijwillige zorg conform de Wet zorg en dwang (in het geval de onvrijwillige zorg reeds is opgenomen in het zorgplan van de patiënt, die door een andere zorgaanbieder is opgesteld).

Exclusiecriteria:

- Chemische VBI; gedragsbeïnvloeding d.m.v. medicatie.

### **Richtlijn of norm**

V&VN Handreiking Vrijheidsbeperkende interventies? Nee, tenzij...

### **Aanbevelingen voor VBI-beleid in ziekenhuizen:**

1. Formuleer een visie op het gebruik van VBI;
2. Ontwikkel VBI-beleid met de nadruk op preventie;
3. Ontwikkel een beleid met betrekking tot multidisciplinaire besluitvorming rondom het terugdringen van VBI;
4. Bevorder een open cultuur, bewustwording en veilige omgeving;
5. Bevorder en onderhoud de deskundigheid van de zorgprofessionals;
6. Stimuleer tijdig patiënt- (en/of diens wettelijk vertegenwoordiger) en familie participatie;
7. Ontwikkel en implementeer een registratiesysteem voor VBI;
8. Stel financiële middelen beschikbaar.

## **Hulpmiddelen**

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

### **Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen**

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren), etc.;
- Resultaten audits, tracers;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.);
- Organisatie van processen.

### **Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen**

- Gegevens uit het EPD en/of het kwaliteitsmanagement systeem;
- SWOT-analyse met verbeterplan;
- Scholings- en intervisie mogelijkheden;
- Samenwerking met andere instellingen om van elkaar te leren;
- Spiegelinformatie en bespreken met patiënten;
- Casuïstiek.

## **Definitie(s)/Toelichtingen**

VBI: vrijheidsbeperkende interventies zijn interventies die beperkende gevolgen hebben voor de individuele vrijheid van patiënten.

Preventieve interventies: zijn interventies die worden ingezet en toegepast als er een kans bestaat dat de patiënt risicogedrag kan gaan vertonen maar nog geen symptomen vertoont. Het doel is het ontstaan van risicogedrag(-ingen) van de patiënt te reduceren. Bij het toepassen van een preventieve interventie wordt de patiënt niet in zijn vrijheid beperkt.

Alternatieve interventies: Alternatieve interventies worden ingezet en toegepast als een patiënt één of meer symptomen van risicogedrag vertoont. Het doel is (de toename van) het risicogedrag te reduceren of stabiliseren. Bij het toepassen van een alternatieve interventie wordt de patiënt niet in zijn vrijheid beperkt.

Milde VBI: een milde VBI wordt ingezet wanneer het risico op gevaar te groot is om te accepteren maar te klein is om een patiënt fysiek te fixeren (VBI scores 1-4).

Zware VBI: De zware VBI worden als laatste redmiddel ingezet wanneer de milde(re) VBI onvoldoende doeltreffend blijken. Onder deze zware interventies vallen de mechanische/fysieke fixatie (VBI score 5).

VBI wordt in vijf scoregroepen onderverdeeld:

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

Proportionaliteit: de interventie staat in duur en omvang in redelijke verhouding met de aanleiding (bijvoorbeeld het toepassen van een zware VBI bij een patiënt die wild om zich heen slaat is meer gegrond dan bij een rustige delirante patiënt).

Subsidiariteit: de interventie is de minst ingrijpende keuze (bijvoorbeeld: een patiënt die zijn maagsonde verwijdert wordt niet met polsbanden gefixeerd, maar krijgt een armpalk).

Doelmatigheid: de interventie is het meest geschikt om het gestelde doel te bereiken (bijvoorbeeld het doel van de interventie is de patiënt rustig te laten worden en niet het personeel te ontlasten).

## Werkgroep

Dit verbeterdoel is ontwikkeld in 2020/2021 en word jaarlijks aan het nieuwe format aangepast ten behoeve van de Basisset MSZ.

V&VN Geriatrie & Gerontologie

V&VN Consultatieve Psychiatrie

V&VN Consultatieve Psychiatrie

V&VN Neuro & Revalidatie

V&VN

NVKG

Esther Burgers – Mulder, MSc (voorzitter)

Marit van der Zwan - van Klaveren

Lia Moesker

Liesbeth Henselmans V&VN Mariëlle Sijmkens

Petra van der Linden

drs. Laura van Geffen



## **Toezichtvragen particuliere klinieken**

# 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.

## 1.1 Preoperatief en infrastructuur

### 1.1.1 Toezichtvraag Kwalificatie behandelruimte

- Het verrichten van invasieve ingrepen stelt eisen aan de (bouwkundige) omstandigheden ten aanzien van de mate van sterilititeit. De eisen voor operatieafdelingen en behandelkamers staan beschreven in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM): Richtlijn Luchtbehandeling in operatiekamers en Behandelkamers; NVMM, 7 april 2022<sup>[13]</sup>;
- Voor plaatsing van grote orthopedische implantaten door orthopeden, is een OK1+ vereist. De eisen voor een dergelijke operatiekamer zijn nader uitgewerkt in het standpunt van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV): Verenigingsstandpunt NOV betreffende de eisen voor een klasse 1+ operatiekamer; NOV, 2022<sup>[14]</sup>;
- De classificatie van OK-complexen dient te worden aangetoond door middel van een validatie waarin alle criteria uit de richtlijnen/standpunten<sup>[15][16]</sup> zijn beoordeeld.

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 1+?  ja  nee

Hoeveel OK's klasse 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+? Benoem de instellingen

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

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 1?  ja  nee

Hoeveel OK's klasse 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? Benoem de instellingen

[13] [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling\\_in\\_operatiekamers\\_en\\_behandelkamers/startpagina\\_-\\_luchtbehandeling\\_in\\_operatiekamers\\_en\\_behandelkamers.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/startpagina_-_luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers.html)

[14] <https://www.orthopeden.org/downloads/g79/standpunt-nov-luchtbehandeling-operatiekamer-klasse-1-voor-websitenov.pdf>

[15] [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling\\_in\\_operatiekamers\\_en\\_behandelkamers/startpagina\\_-\\_luchtbehandeling\\_in\\_operatiekamers\\_en\\_behandelkamers.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/startpagina_-_luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers.html)

[16] <https://www.orthopeden.org/downloads/g79/standpunt-nov-luchtbehandeling-operatiekamer-klasse-1-voor-websitenov.pdf>

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

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

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 2?  ja  nee

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

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

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

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

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

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

Voerde u invasieve ingrepen uit in een zelfstandige behandelkamer?  ja  nee

Hoeveel zelfstandige behandelkamers behoren tot uw eigen instelling?

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

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

Hoeveel andere behandelruimten behoren tot uw eigen instelling?

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

Toelichting:

### 1.1.2 Toezichtvraag Time-out, percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: identificatie patiënt en verificatie juiste patiëntendossier, type operatie, juiste zijde of locatie (inclusief markering), allergieën, aanwezigheid van materialen, instrumentarium en apparatuur, aanwezigheid van protheses, type anesthesie, positionering van de patiënt, antibioticabeleid (noteer tijdstip van toediening in patiëntendossier), stollingsstatus, te verwachten anesthesiologische problemen, relevante comorbiditeiten en relevante medische voorgeschiedenis. Dit overleg dient op de operatiekamer, voor de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt<sup>[17][18]</sup>. De operateur is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het stop-moment en de verslaglegging daarvan in het patiëntendossier. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam.

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

[18] [https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/perioperatief\\_traject/startpagina\\_-\\_perioperatief\\_traject.html](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/startpagina_-_perioperatief_traject.html)

Inclusie criterium:

- a. Alle operaties vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn Perioperatief traject.

Het aantal patiënten waarbij stopmoment IV(time-out) is uitgevoerd en vastgelegd in het verslagjaar.

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

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

## 1.2 Peroperatief

### 1.2.1 Toezichtvraag 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 angsten;
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 pijnstiller of een pijnstillende techniek bestreden wordt. Sedatie wordt gegeven om angst te verminderen of het bewustzijn zodanig te verlagen, dat de betreffende onaangename procedure veilig uitvoerbaar is.

De Richtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer<sup>[19]</sup> en het toetsingskader van de inspectie<sup>[20]</sup> liggen ten grondslag aan deze vraag.

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

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.

[19] CBO, NVA, NVK. Richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer; 2012. [https://richtlijnen database.nl/richtlijn/psa\\_bij\\_volwassenen\\_op\\_locaties\\_buiten\\_de\\_ok/definities\\_van\\_psa\\_bij\\_volwassenen.html](https://richtlijnen database.nl/richtlijn/psa_bij_volwassenen_op_locaties_buiten_de_ok/definities_van_psa_bij_volwassenen.html)

[20] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Toetsingskader sedatie en/of analgesie.

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

Paste u een vorm van anesthesie toe?  ja  nee

Paste u lokale anesthesie toe?  ja  nee

Paste u algehele anesthesie toe?  ja  nee

Paste u procedurele sedatie toe?  ja  nee

Indien u procedurele sedatie toepaste:

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

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

Indien er geen lokale PSA-commissie actief was:

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

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

Toelichting:

## 1.3 Bariatrische chirurgie en ingrepen

### 1.3.1 Toezichtvraag Volume bariatrische chirurgie en ingrepen

Werden er in uw instelling bariatrische ingrepen uitgevoerd?  ja  nee

Welke ingrepen betrof dit:

- gastric bypass, aantal
- gastric sleeve, aantal
- maagband, aantal
- doorslikbare maagballon, aantal
- maagballon (niet doorslikbaar), aantal
- anders, aantal

Toelichting:

## 1.4 Implantaten

### 1.4.1 Toezichtvraag Implantatenregister

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

Gebruikte uw instelling implantaten in het verslagjaar?  ja  nee

Indien ja, welke?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

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

Gebruikte uw instelling implantaten uit de inclusielijst voor het Landelijk Implantaten Register?<sup>1371</sup>  ja  nee

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?  ja  nee

Indien ja, welke?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

- DBIR
- LROI
- LIR (Landelijk Implantaten Register)  
Indien ja: onder welke (kliniek)naam registreert u de implantaten in het LIR?
- Een eigen elektronisch registratiesysteem
- Een eigen papieren registratiesysteem
- Anders, namelijk:

Toelichting:

## 1.5 Cosmetische chirurgie

### 1.5.1 Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie

Deze vraag omvat explantaties voor alle oorzaken binnen de postoperatieve termijn van 60 dagen na plaatsing van een borstprothese.

Er is één groep benoemd:

1. Een borstvergroting voor esthetische doelen;

Inclusie criterium:

- Cosmetische augmentaties;

Exclusie criterium:

- Borstreconstructieve casus.

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

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

### 1.5.2 Toezichtvraag ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling

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

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

Inclusie criterium:

- alle patiënten waarbij een invasieve cosmetische behandeling plaatsvond;
- alle patiënten waarbij binnen twaalf maanden een herbehandeling plaatsvond als gevolg van een complicatie of ontevredenheid van de patiënt.

Exclusie criterium:

- geplande herbehandelingen;
- een herbehandeling na een primaire invasieve behandeling die langer dan twaalf maanden geleden is uitgevoerd.

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

ja

nee

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

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

Noemer: Het totaal aantal invasieve cosmetische behandelingen uitgevoerd in het jaar voorafgaand aan het verslagjaar.

Percentage 1 (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2 (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:



## 2 Medicatieproces

Een belangrijk deel van medicatiefouten 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.

### 2.1 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.

#### 2.1.1 Toezichtvraag Elektronisch voorschrijven

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

Een elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten:

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

Het doel van deze vraag is om na te gaan of de instelling werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven.

Heeft de instelling in het verslagjaar een elektronisch voorschrijfsysteem dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten?  ja  nee

Toelichting:

Zijn er in het verslagjaar vastgelegde werkafspraken over het vragen naar allergieën en overgevoeligheden aan iedere patiënt bij behandeling in de instelling?  ja  nee

Toelichting:

## 3 Zorg

### 3.1 Delirium

Het delirium kan gedefinieerd worden als een globale en reversibele stoornis van de hersenen 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.

Het delirium is geassocieerd met diverse korte- en langetermijngevolgen, zoals een langere duur van een instelling, een groter aantal complicaties tijdens verblijf in de instelling, een toegenomen sterfte 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.

#### 3.1.1 Toezichtvraag Zorgplan voor Delirium

Het tijdig herkennen van een patiënt met een verhoogd risico op een delier, of met een aanwezig delier, op de preoperatieve poli of bij klinische opname vergroot de kans dat zonder onnodig openthoud een zorgplan voor patiënten met een delier wordt uitgevoerd. Dit zorgplan, dat in principe multidisciplinair van karakter is en specifieke onderdelen bevat voor iedere individuele patiënt, vervult een spilfunctie in de zorgverlening voor kwetsbare oudere patiënten. In het zorgplan delier wordt voor iedere patiënt de algemene zorgvisie omtrent delirante patiënten en de zorg die zij behoeven, vertaald in concrete activiteiten. Het werken met een zorgplan delier dwingt tot het systematisch en doelgericht omgaan met gegevens over de patiënt en zijn behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding, en tot het aanbrengen van methode en structuur in het handelen van de hulpverleners. Voor de inhoud van een zorgplan wordt verwezen naar de bestaande richtlijn.

Inclusie:

- Patiënten die voor een operatie klinisch (langer dan 24 uur) worden opgenomen.

Exclusie:

- Patiënten die worden opgenomen voor dagbehandeling.

- A Wordt op uw preoperatieve poli en bij klinische opname standaard het risico op een delier bij patiënten uitgevraagd en vastgelegd in het dossier aan de hand van de volgende drie vragen (VMS Veiligheidsprogramma):
- Hebt u geheugenproblemen?
  - Hebt u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
  - Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

Preoperatieve poli (patiënten  $\geq$  70 jaar)  ja  nee  n.v.t.  
 Klinische opname (patiënten  $\geq$ 70 jaar)  ja  nee  n.v.t.

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

Klinische opname (patiënten  $\geq$ 70 jaar)  ja  nee  n.v.t.

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

Preoperatieve poli (patiënten  $\geq$  70 jaar)  ja  nee  n.v.t.  
 Klinische opname (patiënten  $\geq$ 70 jaar)  ja  nee  n.v.t.

# 4 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.

## 4.1 Reumatologiepraktijk<sup>[21]</sup>

In de reumatologie zijn kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie ontwikkeld en geacordeerd door de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). Deze omvatten ondermeer een minimumnorm voor het aantal werkende reumatologen en *full time equivalent* (fte) reumatologen per reumatologiepraktijk.

### 4.1.1 Toezichtvraag Reumatologiepraktijk

De norm voor het aantal reumatologen is dat binnen één reumatologiepraktijk minimaal twee personen werken. De achterliggende reden is dat zowel intercollegiale toetsing, samenwerking, als continuïteit en toegankelijkheid suboptimaal is als een reumatoloog alleen werkt. Afgelopen decennium zijn met enkele van het beperkt aantal huidige eenmanspraktijken problemen geweest rondom meedoen en voldoen aan kwaliteit(her)visitatie. De norm voor het aantal fte reumatologen binnen één reumatologiepraktijk is minimaal 1.6 fte.

#### Probleemstelling

Binnen de geregistreerde reumatologen in Nederland<sup>[22]</sup> functioneren een aantal reumatologen als solo/eenmans praktijk. In het afgelopen decennium is rondom visitaties van deze praktijken een aantal problemen geweest, waaronder niet meedoen aan visitatie, niet voldoen aan minimumnormen, en niet voldoen aan minimumnormen bij hervisitatie. Problemen betreffen met name:

- Ontbreken van intercollegiale toetsing op medisch handelen;
- Suboptimale CANMED competenties<sup>[23]</sup> betreffende samenwerken;
- Geen goede borging continuïteit en toegankelijkheid buiten kantooruren en bij afwezigheid.

#### Richtlijn/ norm

Kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie van de NVR.

#### Doelstelling

Het doel van deze vraag is om geen reumatologiepraktijken in Nederland te hebben die bestaan uit minder dan 1.6 fte reumatoloog. De norm is dat er twee of meer reumatologen werkzaam zijn in een reumatologiepraktijk. Dit zal de kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren.

#### Definities

- Reumatoloog: een RGS ge(her)registreerd medisch specialist reumatologie;
- Een reumatologiepraktijk: iedere organisatorische eenheid of rechtspersoon die medische zorg in de reumatologie verricht, daaronder begrepen solistisch werkende zorgverleners die beroepsmatig reumatologische zorg verlenen;
- Fte: *Full time equivalent*, waarbij 1 fte = 1 reumatoloog die 45 uur of meer per week werkt, waarvan minimaal 16 uur patiëntgebonden werk. In deze vraag kan één persoon niet meer dan 1.0 fte werken.

#### Inclusiecriteria:

- Alle reumatologiepraktijken en reumatologen die patiënten behandelen in Nederland.

#### Exclusiecriteria:

- Reumatologen die geen patiëntgebonden werk doen (bijvoorbeeld bestuurlijk, onderzoek).

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

[22] Registratie Geneeskudige Specialisten <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/rgs/registers.htm>

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

Zijn er reumatologen werkzaam in de instelling?

ja

nee

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

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

Toelichting:

# 5 Medisch specialistische revalidatie

## 5.1 Organisatie medisch specialistische revalidatie

In het algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde (VRA, november 2021)<sup>[24]</sup> worden een aantal (rand)voorwaarden beschreven waaraan medisch specialistische revalidatie moet voldoen om deze zorg op verantwoorde wijze uit te kunnen oefenen en de kwaliteit van de zorgverlening te kunnen borgen. Eén van deze voorwaarden betreft de verhouding tussen het aantal fte geregistreerde revalidatieartsen en het aantal *Physician Assistants (PA)*/ Verpleegkundig Specialisten (VS).

Dit betreft voorwaarde 2 uit bovengenoemd beroepskader:

Het aantal daadwerkelijk binnen de (opleidings-) instelling werkzame *Physician Assistants (PA)*/Verpleegkundig Specialisten (VS) revalidatiegeneeskunde uitgedrukt in fte's bedraagt ten hoogste tweemaal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen uitgedrukt in fte's dat in de instelling werkzaam is.

### 5.1.1 Toezichtvraag medisch specialistische revalidatie

Wat is het aantal RGS-geregistreerde revalidatieartsen (in FTE), werkzaam (ongeacht vorm dienstverband) in uw instelling in het verslagjaar (peildatum 31 december van het verslagjaar)?

Wat is het aantal *Physician Assistants (PA)* revalidatiegeneeskunde (in FTE), werkzaam (ongeacht vorm dienstverband) in uw instelling in het verslagjaar (peildatum 31 december van het verslagjaar)?

Wat is het aantal Verpleegkundig Specialisten (VS) revalidatiegeneeskunde (in FTE), werkzaam (ongeacht vorm dienstverband) in uw instelling in het verslagjaar (peildatum 31 december van het verslagjaar)?

[24] <https://revalidatiegeneeskunde.nl/algemeen-beroepskader-revalidatiegeneeskunde>

# 6 Infectieziekten

Infecties vormen één 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.

## 6.1 Infecties na behandeling

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

### 6.1.1 Toezichtvraag Surveillance van (postoperatieve)<sup>[25]</sup> infecties na invasieve behandeling

Werden alle patiënten in het verslagjaar systematisch gecontroleerd op een (postoperatieve) infectie?  ja  nee

Indien **Ja**, gebeurde dit door:

Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren.  ja  nee

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

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

Er is geen beleid.  ja  nee

Anders, namelijk:

[25] Dit betreft alle operatieve en invasieve ingrepen.

### 6.1.2 Toezichtvraag Ingrepen met infectie

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen waarbij een (postoperatieve) infectie optrad?  ja  nee

Aantal invasieve behandelingen waarbij een (postoperatieve) infectie optrad in het verslagjaar.

Toelichting:

## 6.2 Vroege herkenning vitaal bedreigde patiënt

### 6.2.1 Toezichtvraag Vroegtijdig signaleringssysteem vitaal bedreigde patiënt

In het VMS thema 'vitaal bedreigde patiënt' wordt het gebruik van een single- of geaggregeerde parametersysteem ((M) EWS) aanbevolen om vitaal bedreigde patiënten tijdig te herkennen. Het primaire doel van de toezichtvraag is het aanzetten tot invoering en toepassing van een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt.

#### Definities

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

#### Inclusiecriteria:

- patiënten die na een operatie klinisch worden opgenomen en/of patiënten die buiten kantoortijden in de kliniek verblijven.

Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt op alle (dag) verpleegafdelingen?  ja  nee

Heeft u vastgelegd bij welke score (afkapwaarde) van het signaleringssysteem onmiddellijke behandeling is vereist?  ja  nee

Hoe vaak is in uw instelling op basis van bovenbedoelde afkapwaarde actie ondernomen?  ja  nee

Toelichting:



## 7 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.

### 7.1 Functioneren medisch specialisten/basisartsen

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist en basisarts. Dat leidt tot de stelling dat goede (medisch specialistische) zorg in belangrijke mate wordt bepaald door het functioneren van de medisch specialist en basisarts. 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 basisarts zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.

#### 7.1.1 Toezichtvraag individueel functioneren medisch specialisten/basisartsen

Het is van belang dat binnen een instelling een systeem bestaat waarmee het individueel functioneren van medisch specialisten/ basisartsen binnen de instelling systematisch wordt beoordeeld. Om het functioneren goed in beeld te brengen is het belangrijk dat feedback van collega's binnen en buiten (bijvoorbeeld waarnemers, verwijzers, samenwerkende zorgverleners) de instelling en patiënten bij deze boordeling worden betrokken. Deze vorm en omvang van feedback wordt verder 360-graden feedback genoemd.

Is in uw instelling een beoordelingssysteem, inclusief 360-graden feedback (zie boven), voor het individueel functioneren van medisch specialisten/ basisartsen aanwezig?  ja  nee  n.v.t.

Hoeveel medisch specialisten hebben in het verslagjaar deelgenomen aan dit beoordelingssysteem?

Hoeveel basisartsen hebben in het verslagjaar deelgenomen aan dit beoordelingssysteem?

Toelichting:

#### 7.1.2 Toezichtvraag Regeling mogelijk disfunctioneren<sup>[26]</sup> zorgverleners

De kerntaak van de inspectie is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet behandeld worden door zorgverleners die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. Om mogelijk disfunctioneren tijdig op te sporen en te zorgen dat de verleende zorg veilig blijft, is het noodzakelijk dat een instelling een regeling voor mogelijk disfunctionerende zorgverleners heeft opgesteld. In deze regeling moet ook worden beschreven hoe met een mogelijk disfunctionerende zorgverlener wordt omgegaan en onder welke voorwaarde deze zorg mag (blijven) verlenen. Indien geen verbetering optreedt/ mogelijk is en de samenwerking met deze zorgverlener wordt om deze reden opgezegd, moet dit worden gemeld bij de inspectie. De inspectie kan en zal het gebruik van de regeling disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.

[26] '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.'

Heeft de instelling een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend zorgverlener?  ja  nee

Is vastgelegd dat, indien relevant, een ontslag van zorgverleners wegens disfunctioneren wordt gemeld bij de inspectie?  ja  nee

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een zorgverlener wordt vermoed?  ja  nee

Toelichting:

## 7.2 Evalueren functioneren zorgverleners

### 7.2.1 Toezichtvraag Functioneringsgesprekken

Bij functioneringsgesprekken voeren de raad van bestuur/directie en de zorgverleners een gesprek over onder meer het inhoudelijk functioneren. Onder zorgverleners worden alle medewerkers verstaan die medische zorg aan patiënten leveren.

Is er een systeem van functioneringsgesprekken tussen raad van bestuur/directie en zorgverleners?  ja  nee

Het totaal aantal zorgverleners dat in het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de instelling (ongeacht het soort dienstverband).  
Peildatum: 31 december van het verslagjaar

Hoeveel van de bovengenoemde zorgverleners hebben in het verslagjaar aan minimaal 1 functioneringsgesprek deelgenomen.

Toelichting:

## 7.3 Patiënttevredenheid

Om goede zorg te kunnen bieden is het van belang om de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorg, nazorg en dienstverlening te toetsen. Dit levert informatie op voor het verbeteren van die zorg.

### 7.3.1 Toezichtvraag Geschillen

Klachten en geschillen zijn uitstekende signalen voor het analyseren, controleren en reviseren van de kwaliteit van zorg in een instelling.

Exclusie criterium:

- Nog lopende klachten en geschillen uit voorgaande verslagjaren.

Was uw instelling in het verslagjaar aangesloten bij een geschillencommissie, conform de Wkkgz?  ja  nee

Wat was in het verslagjaar het aantal geschillen, behandeld door de geschillencommissie?

### 7.3.2 Toezichtvraag Patiënttevredenheidsonderzoek

In een patiënttevredenheidsonderzoek komen onderwerpen aan de orde als ontvangst, bejegening en behandeling door de arts, het verstrekken van informatie, vertrek en nazorg. Om optimale en klantgerichte zorg te kunnen leveren, is het van belang dat de instelling op de hoogte is van de tevredenheid van haar patiënten. Hiervoor zijn gevalideerde vragenlijsten ontwikkeld, zoals de CQ-index (voor patiëntervaringen en wat zij belangrijk vinden) of de vragenlijsten van de NVZ en ZKN. Onder systematisch onderzoek naar tevredenheid van patiënten wordt verstaan: 'het minimaal eenmaal per patiënt per kalenderjaar afnemen van een vragenlijst over of interview naar de tevredenheid van de patiënt'.

Voerde u in het verslagjaar patiënttevredenheidsonderzoek uit?  ja  nee

Toelichting:

ja  nee

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

Toelichting:

Aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft in het verslagjaar.

## 7.4 Kwaliteitskeurmerk

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) stelt het hebben van een kwaliteitssysteem verplicht. Volgens de wet moet kwaliteit systematisch worden gemeten, zodat kan worden bekeken of doelstellingen en resultaten worden behaald of moeten worden bijgesteld om tot goede zorgverlening te leiden. Er moet in dit kader voldaan worden aan de volgende eisen:

- het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
- deze gegevens op systematische wijze toetsen of de uitvoering leidt tot goede zorg;
- op basis van deze uitkomst zo nodig de zorgverlening aanpassen.

Een kwaliteitskeurmerk kan bijdragen aan het proces van bewaken, beheersen en verbeteren van zorg. Het maakt de processen in de organisatie transparant en helpt ze te verbeteren.

### 7.4.1 Toezichtvraag Kwaliteitskeurmerk

Beschikte uw instelling in het verslagjaar over één of meer kwaliteitscertificaten?

ja  nee

Indien ja (meerdere antwoorden mogelijk)

- HKZ, datum laatste afgifte
- ZKN, datum laatste afgifte
- Qualicor Europe, datum laatste afgifte
- JCI, datum laatste afgifte
- Anders, namelijk, datum laatste afgifte

Toelichting:

## 7.5 Meldcode

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Zie voor meer informatie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>.

Sinds 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg van kracht (Wkkgz). In artikel 8 Wkkgz staat de verplichting voor de zorgaanbieder een meldcode vast te stellen.

Een meldcode beschrijft in vijf stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval deze vijf stappen:

1. In kaart brengen van signalen;
2. Overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van Veilig thuis: het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Of een deskundige op het gebied van letselduiding;
3. Gesprek met de betrokkene(n);
4. Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. En bij twijfel altijd Veilig thuis raadplegen;
5. Beslissen over zelf hulp organiseren en melden (afwegingskader in de meldcode).

### 7.5.1 Toezichtvraag Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

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

ja  nee

Gebruikte uw instelling in het verslagjaar de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling als Huiselijk geweld en/ of kindermishandeling werd vermoed?

ja  nee  
 nvt

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

ja  nee

Toelichting:

## 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen

Het is voor de inspectie van belang dat het functioneren van medisch specialisten door beroepsgenoten (intercollegiaal) wordt beoordeeld, omdat zij een oordeel kunnen geven over het (medisch) inhoudelijk functioneren van de betreffende medisch specialisten. Daarom hecht de inspectie veel waarde aan visitaties door wetenschappelijke verenigingen. Een dergelijke visitatie is één van de mogelijkheden waarmee een medisch specialist zijn bekwaamheid voor een deel kan aantonen.

Gezien de structurele en objectieve wijze van toetsing, heeft een formele visitatie door een wetenschappelijke vereniging de voorkeur. Mocht deze vorm van intercollegiale toetsing (visitatie door wetenschappelijke vereniging) niet mogelijk zijn, dan kan een instelling deze intercollegiale toetsing ook op een andere manier organiseren. Het is hierbij belangrijk dat deze intercollegiale toetsing zo objectief mogelijk wordt uitgevoerd en de resultaten worden vastgelegd.

Tot welk medisch specialisme behoorden de in uw instelling (in het verslagjaar) werkzame artsen:

- anesthesiologen
- KNO-artsen
- oogartsen
- cardiologen
- dermatologen
- plastisch chirurgen
- orthopeden
- MDL-artsen
- internisten
- cosmetisch artsen<sup>[27]</sup>
- anders, namelijk:

### 7.6.1 Toezichtvraag Visitatie door NVA

Waren alle in uw instelling werkzame anesthesiologen aangesloten bij de NVA?

ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door de NVA (dus inclusief verslagjaar)?

ja  nee

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVA?

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja  nee

Toelichting:

[27] Cosmetisch arts is geen RGS-geregistreerd medisch specialisme. De NVCG is niet aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten.

### 7.6.2 Toezichtvraag Visitatie door NVKNO

Waren alle in uw instelling werkzame KNO-artsen aangesloten bij de NVKNO?

ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door het NVKNO (dus inclusief verslagjaar)?

ja  nee

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVKNO?

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja  nee

Toelichting:

### 7.6.3 Toezichtvraag Visitatie door NOG

Waren alle in uw instelling werkzame oogartsen aangesloten bij het NOG?

ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door het NOG (dus inclusief verslagjaar)?

ja  nee

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NOG?

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja  nee

Verkregen alle in uw instelling werkzame refractiechirurgen een certificaat van het NOG?

ja  nee  n.v.t.

Toelichting:

#### 7.6.4 Toezichtvraag Visitatie door NVVC

Waren alle in uw instelling werkzame cardiologen aangesloten bij de NVVC?

ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door de NVVC (dus inclusief verslagjaar)?

ja  nee

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVVC?

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja  nee

Toelichting:

#### 7.6.5 Toezichtvraag Visitatie door NVDV

Waren alle in uw instelling werkzame dermatologen aangesloten bij de NVDV?

ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door de NVDV (dus inclusief verslagjaar)?

ja  nee

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVDV?

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja  nee

Toelichting:

### 7.6.6 Toezichtvraag Visitatie door NVPC

Waren alle in uw instelling werkzame plastisch chirurgen aangesloten bij de NVPC?

ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door de NVPC (dus inclusief verslagjaar)?

ja  nee

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVPC?

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja  nee

Toelichting:

### 7.6.7 Toezichtvraag Visitatie door NOV

Waren alle in uw instelling werkzame orthopeden aangesloten bij de NOV?

ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door de NOV (dus inclusief verslagjaar)?

ja  nee

Toelichting:

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

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja  nee

Toelichting:



### 7.6.8 Toezichtvraag Visitatie door NVMDL

Waren alle in uw instelling werkzame MDL-artsen aangesloten bij de NVMDL?  ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie van MDL-artsen plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?  ja  nee

Werden er in uw instelling door internisten endoscopieën uitgevoerd?  ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie van internisten die endoscopieën uitvoerden plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?  ja  nee

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVMDL?

Werden er aanbevelingen gedaan?  ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?  ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?  ja  nee

Toelichting:

### 7.6.9 Toezichtvraag Visitatie door NIV

Waren alle in uw instelling werkzame internisten aangesloten bij de NIV?  ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door de NIV (dus inclusief verslagjaar)?  ja  nee

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NIV?

Werden er aanbevelingen gedaan?  ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?  ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?  ja  nee

Toelichting:

### 7.6.10 Toezichtvraag Visitatie door NVCG

Waren alle in uw instelling werkzame cosmetisch artsen (KNMG) aangesloten bij de NVCG?  ja  nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze Basisset MSZ over aangeleverd wordt) door de NVCG (dus inclusief verslagjaar)?  ja  nee

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVCG?

Werden er aanbevelingen gedaan?  ja  nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?  ja  nee

Werden er voorwaarden gesteld?  ja  nee

Toelichting:

## 8 Algemene vragen particuliere klinieken

In dit hoofdstuk vindt u een aantal algemene organisatorische toezichtvragen specifiek voor de particuliere klinieken. Dit zijn vragen die de inspectie meer inzicht geven in de organisatie van de particuliere kliniek. De vragen zijn onderverdeeld in algemene organisatorische vragen, vragen over het personeel en vragen over de behandelingen die een instelling aanbiedt. Bij enkele vragen is het diagnostisch onderzoek<sup>[28]</sup> geëxcludeerd. Dit is expliciet aangegeven en indien dit niet is benoemd, dan moeten deze onderzoeken dus worden geïnccludeerd.

### 8.1 Algemene organisatie

#### 8.1.1 Toezichtvraag: Organisatie

Naam instelling

Aantal locaties

Naam locatie (indien van toepassing)

KvK-nummer

Vestigingsnummer<sup>[29]</sup>

Straatnaam en huisnummer

Postcode

Woonplaats

Correspondentie (zoveel mogelijk een algemeen/  
niet-persoonsgebonden e-mailadres gebruiken)

Beschikt u over een openbare website?

- ja, het internetadres is http://  
 nee

Werd er in uw instelling behandeling en/of onderzoek  
uitgevoerd in het verslagjaar?

- ja  nee

Toelichting

Had uw instelling afspraken met een ziekenhuis waar de  
patiënt in geval van calamiteiten of complicaties, die  
niet in de instelling behandelbaar zijn terecht kan  
(gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week)?

- ja, schriftelijk overeengekomen met ziekenhuis:  
indien ja, welk ziekenhuis?  
 ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:  
indien ja, welk ziekenhuis?  
 nee

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

[29] Elke vestiging van een onderneming of rechtspersoon in het Handelsregister heeft een uniek vestigingsnummer van 12 cijfers. Het vestigingsnummer is zichtbaar in het uittreksel, de adresseselectie, het mutatieabonnement en de bestandsvergelijking.

Had uw instelling afspraken met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van het ziekenhuis?

- ja, schriftelijk overeengekomen met ziekenhuis:  
indien ja, welk ziekenhuis?
- ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:  
indien ja, welk ziekenhuis?
- nee

Toelichting

Is het mogelijk in uw instelling te overnachten na een behandeling?

- ja  nee

Toelichting

## 8.2 Personeel

### 8.2.1 Toezichtvraag: Percentage BIG-geregistreeerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE

De Wet BIG spreekt zich uitdrukkelijk uit over de bevoegdheid en de bekwaamheid van een beroepsbeoefenaar. Ook al is een beroeps- beoefenaar op basis van zijn registratie 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.

**LET OP: alle vragen m.b.t. het personeel betreffen de situatie op de peildatum 31 december van het verslagjaar.**

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 (ongeacht dienstverband);
- Ingehuurd (ziekenhuis)personeel.

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

- ja  nee

Het aantal BIG-geregistreeerde basisartsen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Het aantal BIG-geregistreeerde basisartsen (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

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

- ja  nee

Het aantal BIG-geregistreeerde verpleegkundigen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

Het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

Waren er in het verslagjaar geregistreerde anesthesiemedewerkers en/of OK-assistenten werkzaam in uw instelling?

ja  nee

Het aantal geregistreerde anesthesiemedewerkers en/of OK-assistenten (in FTE) werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Het aantal geregistreerde anesthesiemedewerkers en/of OK-assistenten (NIET in FTE) werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

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

ja  nee

Het aantal RGS-geregistreerde medisch specialisten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Het aantal RGS-geregistreerde medisch specialisten (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Het totaal aantal (incl. bovenstaande categorieën) personeelsleden (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

Het totaal aantal (incl. bovenstaande categorieën) personeelsleden (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

Heeft uw instelling een Raad van Toezicht?

ja  nee

Uit hoeveel personen bestaat de Raad van Toezicht?

## 8.2.2 Toezichtvraag: Bevoegdheid zorgverleners

Regelmatig worden voorbehouden handelingen uitgevoerd door zorgverleners die hier niet zelfstandig voor bevoegd zijn (geen (juiste) BIG-registratie). Dit is alleen toegestaan onder supervisie van een zelfstandig bevoegde zorgverlener (die de juiste BIG-registratie bezit), waarbij de supervisor fysiek in de instelling aanwezig dient te zijn. De bekwaamheid van de gesuperviseerde moet aantoonbaar zijn vastgesteld.

Zijn in het verslagjaar door niet-zelfstandig bevoegde zorgverleners voorbehouden handelingen uitgevoerd?  ja  nee

Wat was het aantal niet-zelfstandig bevoegde zorgverleners dat voorbehouden handelingen uitvoerde in het verslagjaar?

Voerde de niet-zelfstandig bevoegde zorgverlener de voorbehouden handeling uit onder supervisie van een zelfstandig bevoegde zorgverlener die, ten tijde van de voorbehouden handeling, in de instelling aanwezig was?  ja  nee

Toelichting

## 8.2.3 Toezichtvraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen veelal meer mogelijkheden hebben om deel te nemen aan kwaliteit bevorderende activiteiten, dan in (kleinere) particuliere klinieken.

Waren er in het verslagjaar in uw instelling werkzame medisch specialisten ook werkzaam bij een ziekenhuis?  ja  nee

Het aantal in uw instelling werkzame medisch specialisten, dat ook werkzaam was bij een ziekenhuis (NIET in FTE).

Toelichting

## 8.2.4 Toezichtvraag: Bereikbaarheid

Definitie 24 uur per dag oproepbaar:

24 uur per dag telefonisch bereikbaar en in staat om binnen afzienbare tijd in de instelling aanwezig te zijn.

Hoe was de 24-uurs continuïteit van zorg in het verslagjaar gewaarborgd?  De behandelend arts was 24 uur per dag oproepbaar  De dienstdoende arts was 24 uur per dag oproepbaar  De instelling levert zelf geen 24-uurs continuïteit  Anders, licht toe

Konden patiënten 7x24 uur contact krijgen met de behandelend arts in geval van acute vragen (eventueel met tussenkomst van een triagerend medewerker)?  ja  nee

Toelichting

## 8.3 Behandelingen

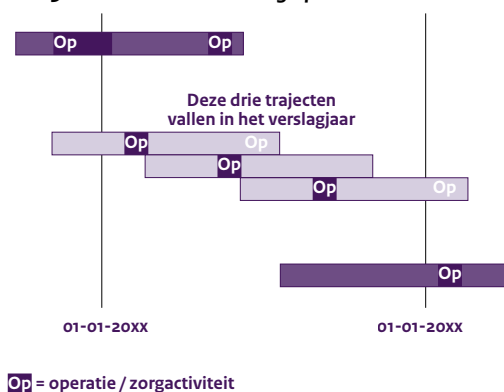
Om een beeld te krijgen van het aantal patiënten, het aantal en soort behandelingen dat wordt uitgevoerd door instellingen vraagt de inspectie hieronder naar deze informatie.

### Definitie:

Een behandeling betreft een in het verslagjaar uitgevoerde behandeling van medische (specialistische) aard, maar hoeft niet een afgesloten (DOT)traject te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt. Ook de eventuele voorbereiding voor de daadwerkelijke behandeling (bijvoorbeeld een operatie) mag in het voorgaande jaar zijn uitgevoerd. Verrichtingen die voortvloeien uit één diagnose/ behandelindicatie zoals een consult en de daarna volgende behandeling en nacontrole dienen als één behandeling te worden beschouwd. Dat geldt ook voor een serie behandelingen in het kader van bijvoorbeeld natte maculadegeneratie of obesitas. Niet ieder afzonderlijk contactmoment in een serie wordt geteld.

In figuur 8.3 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 8.3 Schematische toelichting op de selectie van de behandelingen**



### 8.3.1 Toezichtvraag: 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 u **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek bij uitvoerde?  ja  nee

Indien ja:

Voerde uw instelling **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uit in het verslagjaar?  ja  nee

Indien **ja**, was dat (meerdere antwoorden mogelijk):

- Spirometrie
- (Histamine)provocatietest
- Bronchoscopie
- Gastroscopie
- Coloscopie
- ECG
- EEG
- EMG
- Echoscopie
- MRI
- Röntgen (incl. CT)
- Pathologie (daadwerkelijke uitvoering pathologisch onderzoek; **alleen biopt afnemen** wordt hier niet bedoeld)
- Klinisch chemisch onderzoek (daadwerkelijke uitvoering klinisch chemisch onderzoek; **alleen afname** materiaal wordt hier niet bedoeld)
- Anders, namelijk:

Toelichting:

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij uw instelling **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uitvoerde?  ja  nee

Totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij **uzelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uitvoerde?

Registreerde u in het verslagjaar het aantal diagnostische onderzoeken dat u **zelf** (niet uitbesteed) in uw instelling uitvoerde?  ja  nee

Totaal aantal diagnostische onderzoeken in het verslagjaar die u **zelf** (niet uitbesteed) uitvoerde?

Toelichting:

**Binnen het totale aantal onderzoeken kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet invasieve onderzoeken.**



**Definitie invasieve onderzoeken:**

Invasieve onderzoeken zijn onderzoeken waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Hieronder vallen ook alle endoscopische onderzoeken.

Voerde uw instelling **zelf** (niet uitbesteed) in het verslagjaar invasieve onderzoeken uit?  ja  nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve onderzoeken dat u **zelf** (niet uitbesteed) in uw instelling uitvoerde?  ja  nee

Totaal aantal invasieve onderzoeken in het verslagjaar die u **zelf** (niet uitbesteed) uitvoerde?

Toelichting:

Registreerde u in het verslagjaar het aantal behandelingen dat binnen uw instelling werd uitgevoerd (uitgezonderd patiënten waarbij uitsluitend diagnostisch onderzoek is uitgevoerd)?  ja  nee

Indien ja:

Het totaal aantal behandelingen in het verslagjaar (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek).

Toelichting:

### 8.3.2 Toezichtvraag: Invasieve behandelingen

Binnen het totale aantal behandelingen kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet-invasieve behandelingen.

**Definitie**

- Invasieve behandelingen zijn behandelingen waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Dit zijn dus snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie. Daarnaast alle (endo) scopische ingrepen.

Indien invasieve behandelingen niet in de eigen instelling of in een ziekenhuis worden verricht, maar in een andere instelling, wordt gevraagd 'anders' te kiezen en toe te lichten hoe dit georganiseerd is.

Voerde uw instelling in het verslagjaar **invasieve** behandelingen uit (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek\*\*)?  ja  nee

Indien **ja**, waar werden deze verricht? (meerdere antwoorden mogelijk)  In de eigen instelling  In een andere instelling  Anders

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek) dat binnen uw instelling werd uitgevoerd?  ja  nee

\*\* Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

Indien ja:

Het **totaal aantal invasieve behandelingen** (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek) in het verslagjaar?

Het **totaal aantal patiënten** dat een invasieve behandeling onderging in het verslagjaar (uitgezonderd het medisch diagnostisch onderzoek)?

Toelichting:

### 8.3.3 Toezichtvraag: Behandelaanbod

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

Oogheelkundige zorg  ja  nee

Keel-, neus- en oorheelkundige zorg  ja  nee

Orthopedische zorg  ja  nee

Plastisch chirurgisch/cosmetische zorg  ja  nee

Injectables (botox/fillers)  ja  nee

Bariatrische chirurgie en/of ingrepen (inclusief maagballonnen)  ja  nee

Dermatologische behandelingen  ja  nee

Medisch specialistische revalidatie  ja  nee

Gynaecologische zorg  ja  nee

ja  nee

Uitsluitend diagnostisch onderzoek (Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.)

Indien **dermatologische behandelingen**, was dat:

Dermato-oncologie  ja  nee

Liposuctie / liposculpture  ja  nee

Overige dermatologie  ja  nee

Toelichting:

Indien **oogheelkundige zorg**, was dat:

Cataractextractie  ja  nee

Refractiechirurgie  ja  nee

Overige oogheelkunde  ja  nee

Toelichting:

### 8.3.4 Toezichtvraag: 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:  ASA-klasse 1

ASA-klasse 2

ASA-klasse 3 en hoger

ASA onbekend

Toelichting (inclusief type behandeling):

### 8.3.5 Toezichtvraag: 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>[30]</sup> in een particuliere kliniek worden verricht. Voor elke invasieve behandeling, operatie of invasief onderzoek dient de screening op het risico op delier te worden vastgelegd bij alle patiënten van 70 jaar en ouder.

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 in de leeftijd van 70 jaar en ouder werden in het verslagjaar invasief behandeld?

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

Toelichting

- Type behandeling;
- Aantal patiënten per type behandeling.

[30] Richtlijn Anesthesie bij kinderen (2017), NVA. Handvest Kind en ziekenhuis.

## 9 Toezichtvragen verbeterdoelen

Onderdeel van deze uitvraag zijn verbeterdoelen. De inspectie maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een particuliere kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de inspectie aan te leveren.

Voor particuliere klinieken die geen verbeterdoelen aanleveren, kan het thema uit een verbeterdoel wel (deels) relevant zijn. Daarom zijn voor deze particuliere klinieken een aantal toezichtvragen opgenomen, die zijn afgeleid van de verbeterdoelen. Tijdens het invullen van de toezichtvragen wordt rekening gehouden met het behandelaanbod, waarmee getracht wordt om deze vragen alleen te stellen aan klinieken waar deze (deels) van toepassing zijn.

### 9.1 Optimaal antistollingsbeleid

Schrijft u antistollingsmedicatie voor en/of wijzigt u de antistollingsmedicatie van uw patiënten, indien de ingreep/ behandeling hierom vraagt?  ja  nee

Heeft u vastgesteld beleid m.b.t. antistolling waarin minimaal het onderstaande is beschreven (indien binnen de kliniek geen invasieve ingrepen worden uitgevoerd, gelden onderstaande punten m.b.t. ingrepen niet)?  ja  nee

- Wie legt afspraken over doorzetten of onderbreken van antitrombotica vast.
- Wie stelt het bloedingsrisico vast.
- Wie schrijft de antistollingsmedicatie voor.
- Welke antistollingsmedicatie wordt preoperatief al dan niet gestopt en indien gestopt voor hoe lang.
- Wanneer wordt na de procedure de anticoagulantia herstart en op welke wijze.
- Wanneer wordt welke plaatjesremmer(s) periprocedureel gestopt en voor hoe lang.
- Wanneer wordt de plaatjesremmer(s) na de procedure herstart en op welke wijze.
- Wanneer bestaat een indicatie voor overbrugging en op welke wijze wordt dit toegepast.
- Wanneer bestaat een indicatie voor veneuze tromboseprofylaxe en op welke wijze wordt dit toegepast.
- Welke comedatie wordt gebruikt, inclusief de met stolling interfererende medicatie.
- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de patiënt over het beleid en hoe wordt aangetekend in het patiëntendossier dat deze communicatie heeft plaatsgevonden.
- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de behandelaar die de ingreep doet behandelend arts/ trombosediens/ huisarts/ apotheek over het beleid.
- Op welke wijze en door wie gecommuniceerd wordt in geval van wijziging (in procedure plan) met huisarts en patiënt.
- Op welke wijze en door wie het antistollingsbeleid vastgelegd wordt in de time out procedure. (indien relevant)

Heeft u een arts met antistolling als aandachtgebied in uw kliniek?  ja  nee

Is deze arts buiten kantooruren bereikbaar voor intern collegiaal overleg?  ja  nee

Toelichting  ja  nee

## 9.2 Optimaal pijnbeleid

Heeft u een zorgverlener met pijnbestrijding als aandachtgebied in uw kliniek?

ja

nee

Heeft u een signaleringssysteem voor het opsporen van pijn (dit systeem behelst ten minste de frequentie van pijnmeting, registratie en verbinding naar actie)? Bij nee, toelichting verplicht.

ja

nee

Heeft u beleid ten aanzien van het beperken van opioïdengebruik?

ja

nee

Toelichting







[basissetMSZ@igi.nl](mailto:basissetMSZ@igi.nl)

**Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.**