



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Basisset
medisch specialistische zorg**

2023

voor ziekenhuizen en particuliere klinieken

Voor algemene informatie over verbeterdoelen en toezichtvragen en een digitale Basisset MSZ verwijzen wij u naar de websites www.igj.nl, <https://omniq.dhd.nl> en <https://www.desan.nl>. Bij verschil tussen deze publicatie en de websites van Omniq en Desan zijn de websites leidend. In de Basisset MSZ zijn twee doelgroepen te onderscheiden:

- Verbeterdoelen aan te leveren door ziekenhuizen en particuliere klinieken;
- Toezichtvragen aan te leveren door particuliere klinieken.

Bij vragen over de Basisset MSZ kunt u uw vraag sturen naar: basissetMSZ@igj.nl

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

Wat is de Basisset MSZ?	6
Gebruikershandleiding	8
Verbeterdoelen ziekenhuizen en particuliere klinieken	9
Antistolling	10
Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid in de zorginstelling	10
Cardiologische Zorg	13
Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland	13
Continuïteit van zorg	15
Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten	15
Ketenzorg diabetische voetulcus	17
Optimaliseren ketenzorg diabetische voetulcus	17
Nuchterbeleid kinderen	20
Vorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase	20
Ondervoeding	23
Optimale screening en behandeling voor, tijdens en na klinische opname	23
Pijnbeleid	26
Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling	26
Valpreventie bij ouderen	29
Vorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val	29
Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)	33
Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies.	33
Toezichtvragen particuliere klinieken	36
1. Operatief proces	37
1.1 Preoperatief en infrastructuur	37
1.1.1 Toezichtvraag Kwalificatie behandelruimte	37
1.1.2 Toezichtvraag Time-out, percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV	38
1.2 Peroperatief	39
1.2.1 Toezichtvraag Procedurele sedatie	39
1.3 Bariatrische chirurgie en ingrepen	40
1.3.1 Toezichtvraag Volume bariatrische chirurgie en ingrepen	40
1.4 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)	41
1.4.1 Toezichtvraag Implantatenregister	41
1.4.2 Toezichtvraag Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)	41
1.5 Cosmetische chirurgie	42
1.5.1 Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie	42
1.5.2 Toezichtvraag ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling	43

2.	Medicatieproces	45
2.1	Elektronisch voorschrijven	45
2.1.1	Toezichtvraag Elektronisch voorschrijven	45
3	Zorg	47
3.1	Delirium	47
3.1.1	Toezichtvraag Zorgplan voor Delirium	47
4	Bewegingsapparaat	49
4.1	Reumatologie praktijk	49
4.1.1	Toezichtvraag Reumatologie praktijk	49
5	Medisch specialistische revalidatie	51
5.1	Organisatie medisch specialistische revalidatie	51
5.1.1	Toezichtvraag medisch specialistische revalidatie	51
6	Infectieziekten	52
6.1	Infecties na behandeling	52
6.1.1	Toezichtvraag Surveillance van (postoperatieve) infecties na invasieve behandeling	52
6.1.2	Toezichtvraag Ingrepen met infectie	53
6.2	Vroege herkenning vitaal bedreigde patiënt/ sepsis	53
6.2.1	Toezichtvraag Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis	53
7	Algemeen kwaliteitsbeleid	55
7.1	Functioneren medisch specialisten/basisartsen	55
7.1.1	Toezichtvraag individueel functioneren medisch specialisten/basisartsen	55
7.1.2	Toezichtvraag Regeling mogelijk disfunctioneren zorgverleners	55
7.2	Evalueren functioneren zorgverleners	56
7.2.1	Toezichtvraag Functioneringsgesprekken	56
7.3	Patiënttevredenheid	56
7.3.1	Toezichtvraag Geschillen	56
7.3.2	Toezichtvraag Patiënttevredenheidsonderzoek	57
7.4	Kwaliteitskeurmerk	57
7.4.1	Toezichtvraag Kwaliteitskeurmerk	58
7.5	Meldcode	58
7.5.1	Toezichtvraag Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling	58
7.6	Visitaties door wetenschappelijke verenigingen	59
7.6.1	Toezichtvraag Visitatie door NVA	59
7.6.2	Toezichtvraag Visitatie door NVKNO	60
7.6.3	Toezichtvraag Visitatie door NOG	60
7.6.4	Toezichtvraag Visitatie door NVVC	61
7.6.5	Toezichtvraag Visitatie door NVDV	61
7.6.6	Toezichtvraag Visitatie door NVPC	62
7.6.7	Toezichtvraag Visitatie door NOV	62
7.6.8	Toezichtvraag Visitatie door NVMDL	62
7.6.9	Toezichtvraag Visitatie door NIV	63
7.6.10	Toezichtvraag visitatie door NVCG	64

8	Algemene vragen particuliere klinieken	65
8.1	Algemene organisatie	65
8.1.1	Toezichtvraag: Organisatie	65
8.2	Personeel	66
8.2.1	Toezichtvraag: Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE	66
8.2.2	Toezichtvraag: Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in FTE)	67
8.2.3	Toezichtvraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)	68
8.2.4	Toezichtvraag: Bereikbaarheid	68
8.3	Behandelingen	68
8.3.1	Toezichtvraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen	69
8.3.2	Toezichtvraag: Invasieve behandelingen	70
8.3.3	Toezichtvraag: Behandelaanbod	71
8.3.4	Toezichtvraag: Zorgzwaarte van de patiënten	72
8.3.5	Toezichtvraag: Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder	73

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. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doet dit in samenwerking met de Federatie Medisch Specialististen (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 2023 bestaat uit negen verbeterdoelen voor ziekenhuizen en indien van toepassing ook voor particuliere klinieken. 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. In de Basisset MSZ wordt met de verbeterdoelen 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. Verbeterdoelen binnen de aandachtsgebieden worden voorbereid en opgesteld door gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en verpleegkundige afdelingen.

Toezichtvragen particuliere klinieken

In de Basisset MSZ zijn naast verbeterdoelen, 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 Basisset MSZ bij 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. Een opvallende uitslag is niet automatisch slechte zorg. De geanalyseerde resultaten worden jaarlijks gepubliceerd.

Omvang van de Basisset MSZ

De Basisset MSZ 2023 bestaat voor de ziekenhuizen uit uitsluitend verbeterdoelen. Voor de particuliere klinieken blijven daarnaast nog een aantal toezichtvragen bestaan. 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 kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de inspectie aan te leveren. De inspectie verwacht wel, indien van toepassing, dat er door de klinieken (die niet aan hoeven te leveren) aandacht wordt besteed aan het risico waar een verbeterdoel betrekking op heeft.

Uitgangspunten

De volgende uitgangspunten vormen de basisfilosofie van de Basisset MSZ:

- Een verbeterdoel en toezichtvraag geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten. Over een negatief signaal kunnen door de inspectie vragen worden gesteld. Overigens brengt de inspectie niet alleen op basis van de gepubliceerde gegevens een oordeel over een individuele instelling naar buiten. Verbeterdoelen en toezichtvragen zijn een hulpmiddel voor het risicogebaseerde toezicht en geven een aanvulling op informatie uit andere bronnen, zoals thematoezicht en meldingen van en over een instelling.
- Instellingen maken zelf resultaten openbaar. De 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 in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg en via de website van de instelling.
- De Basisset MSZ is een ontwikkelingsmodel. De Basisset MSZ is nooit af. De ontwikkeling van een verbeterdoel is mede afhankelijk van de reacties en de resultaten vanuit instellingen.

Praktische zaken

In de Basisset MSZ 2023 zijn twee groepen te onderscheiden:

- Verbeterdoelen aan te leveren door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken;
- Toezichtvragen alleen aan te leveren door particuliere klinieken.

In de inhoudsopgave is zichtbaar welke verbeterdoelen en toezichtvragen u dient aan te leveren. Tevens wordt dit via de routing inzichtelijk op het moment dat u de verbeterdoelen en toezichtvragen online aanlevert.

Aanlevering

De verbeterdoelen uit de Basisset MSZ 2023 moeten door ziekenhuizen aangeleverd worden op <https://omniq.dhd.nl>.

Toezichtvragen uit de Basisset MSZ 2023 moeten door particuliere klinieken aangeleverd worden op <https://www.desan.nl>.

Alle ziekenhuizen en particuliere klinieken moeten de verbeterdoelen en toezichtvragen vóór 15 april 2024 aanleveren. De resultaten zijn daarna openbaar.

Gebruikershandleiding

De Basisset MSZ is bedoeld voor alle zorgaanbieders van medisch specialistische zorg in Nederland.

Zelfstandige Radiotherapeutische centra

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.

Beantwoording verbeterdoelen

Bij het beantwoorden van verbeterdoelen is het verzoek om antwoord te geven op de genoemde vragen. Het doorlopen van de PDCA-verbetercyclus is in de beantwoording van belang. Het ziekenhuis en de particuliere kliniek wordt gevraagd om in de aanlevering te beschrijven wat in 2023 is bewerkstelligd.

Voor meer informatie over de aanlevering wordt u verwezen naar de [veelgestelde vragenlijst](#) te vinden op de website van de IGJ.

Aantal verbeterdoelen ziekenhuizen

Ziekenhuizen leveren voor de Basisset MSZ 2023 minimaal zes van de negen verbeterdoelen aan bij IGJ. De negen verbeterdoelen zijn cruciaal voor het toezicht en voor de continuïteit van goede zorg. De negen verbeterdoelen gaan over belangrijke risico's die de partijen samen bepaald hebben. Daarom wordt van een ziekenhuis verwacht dat deze wel aandacht besteedt aan de onderliggende risico's van alle negen verbeterdoelen. Dus ook van de verbeterdoelen die niet worden aangeleverd. IGJ vertrouwt erop dat de ziekenhuizen de onderliggende risico's van alle negen verbeterdoelen uit de Basisset MSZ 2023 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. De inspectie verwacht wel, indien van toepassing, dat er door de klinieken (die niet aan hoeven te leveren) aandacht wordt besteed aan het risico waar een verbeterdoel betrekking op heeft.

Wijzigingen

De Basisset MSZ 2023 kent ten opzichte van de voorgaande versie de volgende wijzigingen:

1. De Basisset MSZ 2023 bestaat uitsluitend uit verbeterdoelen en toezichtvragen;
2. De indeling van de Basisset MSZ 2023 is veranderd;
 - Het eerste deel bevat de verbeterdoelen voor zowel ziekenhuizen en particuliere klinieken;
 - Het tweede deel bevat toezichtvragen voor particuliere klinieken;
3. Aan de Basisset MSZ 2023 is één verbeterdoel toegevoegd. Het wordt erg gewaardeerd als deze wordt aangeleverd;
4. De overige verbeterdoelen zijn vanwege de herkenbaarheid en uniformiteit voor zover mogelijk in hetzelfde format geplaatst, de inhoud is minimaal gewijzigd;
5. De wijzigingstabel en het overzicht zorgproces zijn verwijderd.

Verbeterdoelen ziekenhuizen en particuliere klinieken

Ziekenhuizen bepalen zelf welke zes van de negen verbeterdoelen zij aanleveren.

De inspectie maakt met individuele klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. (Zie ook hoofdstuk [Gebruikershandleiding](#))

Antistolling

Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid in de zorginstelling

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. Naast de problematiek verbonden aan het gebruik van antitrombotica, is er sprake van een toenemende complexiteit van de zorg voor patiënten met (of *at risk for*) arteriële en of veneuze trombotische aandoeningen. Dit wordt veroorzaakt door de uitbreiding van het therapeutisch arsenaal met, naast de al lang bestaande vitamine K antagonisten (VKA) en aspirine, ook direct werkende orale anti-coagulantia (DOACs of NOACs) en een nieuwe generatie trombocytenaggregatieremmers (TARs) in combinatie met een toenemend aantal oudere patiënten met multimorbiditeit.

Het verbeterdoel is voortgekomen uit een discussie over de huidige praktijk van de dag en hoe die combineert met de afspraken zoals eerder gemaakt in een Landelijke Standaard Keten zorg Antistolling (LSKA). Veel instellingen hebben een peri-procedureel antistollingsprotocol, maar deze voldoen soms niet aan alle gestelde criteria zoals genoemd in de definitie (zie onder). Deze criteria dragen bij aan het veilig gebruiken van antistolling. Daarom is lokale stollingsexpertise noodzakelijk voor het op juiste wijze omgaan met (complexe) stollingsvragen. Het verbeterdoel is erop gericht om inzicht te genereren in de implementatie van deze protocollen en de stollingsexpertise, en hoe de bijbehorende verbetercyclus is ingericht.

Verbeterdoel

Het verbeterdoel is na te gaan of de navolgende processen binnen de instelling zijn vastgelegd en gewaarborgd.

- Er is een goede kennisinfrastructuur voor een optimaal antistollingsbeleid binnen een instelling. Zorgverleners moeten toegang hebben tot expertise op het gebied van antistolling;
- Een veilige operatie vraagt om een eenduidig proces voor het beoordelen, aanpassen, eventueel overbruggen en vervolgens herstarten van de antistolling bij de te opereren patiënt. Inzicht in het optreden van trombotische complicaties en bloedingsproblemen rond een ingreep, zowel bij onderbreken als bij continueren van de antitrombotica, kan bijdragen aan het inzicht in de uitkomsten van het preventieproces van trombotische complicaties.

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. In hoeverre is dit verbeterdoel geïmplementeerd (zie ook onder hulpmiddelen)?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?
3. Welke verbeteringen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?
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 antistollingprotocol.

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 met deze medicamenten.

Toelichting: Organisatie lokale antistollingsexpertise

De doelstelling 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 antistollingzorg 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

- Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling voor de eerste- en tweedelijnszorg: versie 2, 2014
- Abraham, N., Hartman, C., Richardson P, Castillo, D., Street, R., & Naik, A. (2013, 10 22). *Risk of lower and upper gastrointestinal bleeding, transfusions, and hospitalizations with complex antithrombotic therapy in elderly patient.* Circulation, 1869-77. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004747;
- NIVEL. (2007). Monitor Zorggerelateerde Schade in Nederlandse ziekenhuizen. UTRECHT;
- Sørensen, R., Hansen, M., Abildstrom, S., Hvelplund, A., Andersson, C., Jorgensen, C., . . . Gislason, G. (2009, 12 12). *Risk of bleeding in patients with acute myocardial infarction treated with different combinations of aspirin, clopidogrel, and vitamin K antagonists in Denmark: a retrospective analysis of nationwide registry data.* Lancet, 1967-74. doi:10.1016/S0140-6736(09)61751-7.

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 periprocedureel antistollingsprotocol bestaat uit de beschrijving van de

1. verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg en;
2. afspraken rondom antistollingsmedicatie en;
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) 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 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 ambulancezorg en medisch technologische mogelijkheden is de sterftetekans afgenomen. Verbeteringen zijn nog mogelijk. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe.

De Nederlandse Hart Registratie (NHR) is de nationale kwaliteitsregistratie op het gebied van cardiologie en thoraxchirurgie in Nederland. In Nederland leveren ziekenhuizen sinds de oprichting in 2017 data aan de NHR aan, met als doel uiteindelijk de kwaliteit van de cardiologische zorg hiermee te vergroten. Ondanks dat alle ziekenhuizen deze data verzamelen, worden deze intern nog niet overall geanalyseerd en gebruikt om de zorg te verbeteren.

Verbeterdoel

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

Dit verbeterdoel beoogt de cardiologische zorg in Nederland te optimaliseren waarbij inzicht in eigen data kan worden ingezet om eigen zorgprocessen te verbeteren.

Vragen verbeterdoel

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

1. In hoeverre is het verbeterdoel geïmplementeerd (zie ook onder 'hulpmiddelen')?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?
3. Welke verbetermaatregelen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?
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 worden zo veel mogelijk met op de afdeling betrokken of aanpalende disciplines opgepakt;
- Op basis van de uitkomsten heeft de instelling inzichtelijk of er sprake is van risico's t.a.v. patiëntveiligheid en heeft verbetermaatregelen gedefinieerd, genotuleerd, geïmplementeerd en geëvalueerd;
- De instelling formuleert een of meerdere verbeterdoelen op basis van uitkomsten.

Inclusie- en exclusiecriteria

Dit verbeterdoel betreft vakgroepen cardiologie die de betreffende interventie(s) uitvoeren (PM/ICD, PCI en/of ablaties). Door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) zijn binnen deze registraties verplicht te registreren variabelen aangemerkt, welke vermeld worden in het Handboek NHR. Voor dit verbeterdoel worden deze door NVVC verplicht gestelde variabelen binnen de NHR registratie gebruikt.

Richtlijn of norm

Dit verbeterdoel past volledig 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 manieren 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;
- De gegevens zoals deze worden gepubliceerd in Jaarrapportage NHR, te vinden via nederlandsehartregistratie.nl.

Bijvoorbeeld:

- 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);
- 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.

Continuïteit van zorg

Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten

Waarom is overdracht belangrijk voor continuïteit van zorg en waarom zal dat belang toenemen?

Een goede overdracht na ontslag of overplaatsing is tijdig, kent duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheden, is compleet en correct. De overdracht is noodzakelijk om goede zorg te kunnen leveren voor de opvolgend zorgverlener, zoals huisarts of specialist ouderengeneeskunde. In de eerste twee weken na ontslag bezoeken veel patiënten de huisarts met vragen of problemen. Als de huisarts niet op de hoogte is van wat er in het ziekenhuis is gebeurd, of als er geen basisset medicatiegegevens is, kunnen onveilige situaties ontstaan. Door de toenemende specialisatie van zorgverleners en de concentratie van zorg neemt het aantal overdrachtssituaties toe. Ook worden steeds meer behandelingen uitgevoerd in een kortdurend verblijf in een instelling, waarna de huisarts of de thuiszorg verder verantwoordelijk is voor de opvang.

Wat zijn de risico's, wat gaat er mis?

De consequenties van een niet-tijdige en onvolledige overdracht kunnen groot zijn: 7% van de volwassen patiënten wordt binnen 30 dagen na ontslag heropgenomen en dit gebeurt vooral in de eerste twee weken na ontslag. Bij kwetsbare groepen ligt het aantal heropnames zelfs rond de 12%. Heropnames kunnen het gevolg zijn van medicatiefouten of onvolledige informatie aan de patiënt waardoor bepaalde complicaties niet tijdig worden herkend. Ook het niet uitvoeren van acties voortkomend uit de overdracht zoals onvoldoende nazorg kunnen tot heropname leiden. Bepaalde groepen hebben ook een grotere kans te worden heropgenomen: een eerdere acute opname in het ziekenhuis, de aanwezigheid van co-morbiditeit, depressiviteit, cognitieve problemen en polyfarmacie vergroten de kans op een heropname. Uit onderzoek blijkt dat de overdrachten van arts, verpleegkundige en apotheek vaak nog niet goed op elkaar afgestemd worden en overlap (en dus dubbel werk) bevatten. Ook is er veel aandacht voor het beschrijven wat er allemaal aan diagnostiek en behandeling is uitgevoerd. De opvolgend zorgverlener wil graag weten: wat er thuis moet gebeuren, of er specifieke leefregels zijn, welke nazorg is ingezet, bij welke complicaties contact gezocht moet worden met het ziekenhuis en wie dan de contactpersoon is.

Hoe kan een instelling zorgen voor continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten?

De instelling moet aantoonbaar goed beleid voeren om de juiste informatie zo snel bij de opvolgende verantwoordelijke zorgverlener af te leveren zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd is. Het doel van een overdracht is om de juiste informatie zo snel mogelijk bij de juiste verantwoordelijke persoon af te leveren. Het verbeterdoel is een hulpmiddel om kwaliteitsverbetering in dit traject te bewerkstelligen. Tegelijkertijd moet duidelijk zijn dat de minimale kwaliteit van de overdracht ook nu al op elk moment gewaarborgd is.

Hoe laat de instelling zien dat er aantoonbaar goed beleid is en uitgevoerd wordt bij overdracht?

Dit verbeterdoel heeft als doel om te verzekeren dat er tijdig een overdracht plaatsvindt met daarin een set minimale vereiste informatie. Op deze manier kunnen problemen na ontslag uit de instelling worden voorkomen.

In de overdracht moeten tenminste de volgende zaken worden verwoord:

- actuele aandoeningen en interventies tijdens opname;
- behandelplan met acties die de eerste week moeten plaatsvinden;
- het basisset medicatiegegevens;
- contactgegevens (naam en telefoonnummer) van de persoon/collega, waar men extra informatie kan opvragen of waarmee te overleggen;
- het reanimeer- en behandelbeperkingenbeleid.

Instellingen kunnen er voor zorgdragen dat minimaal de bovenstaande gegevens in de overdracht zijn opgenomen. Indien de overdracht digitaal verstuurd kan worden is de tijdsindicatie van versturen binnen 24 uur na ontslag realistisch. Het verbeterdoel is onderdeel van de Leidraad Zorgpad Kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en over de keten heen van de NVKG (2018) en gebaseerd op de Richtlijn Informatie-uitwisseling van huisarts en medisch specialist (HASP) van de NHG (2017).

Inclusiecriteria:

Alle ouderen van 70 of ouder op het moment van opname, die langer dan één dag (24 uur) in de instelling zijn opgenomen.

Exclusiecriteria:

- Patiënten die overgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis;
- Patiënten die in het ziekenhuis overlijden.

Toelichting: ook bij patiënten die van het ene ziekenhuis naar het andere worden overgeplaatst is het van belang dat de overdracht adequaat is. Dat is echter een doelgroep waar dit verbeterdoel niet over gaat.

Dit verbeterdoel wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

1. Beschrijf op welke wijze overdracht van kwetsbare groepen aandacht krijgt binnen uw ziekenhuis/ instelling en beschrijf op welke wijze beleid wordt ingezet t.b.v. kwaliteitsverbetering.
2. Beschrijf hoe dit beleid wordt geëvalueerd.

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.

Hiervoor kunnen verschillende redenen zijn zoals:

- De afwezigheid van een goed functionerend multidisciplinair voetenteam in het ziekenhuis;
- Het ontbreken van een helder omschreven zorgpad met één aanspreekpunt voor de eerste lijn;
- Onvoldoende scholing en expertise in de eerste lijn;
- Het ontbreken van transmurale samenwerkingsafspraken;

De huidige situatie kan per ziekenhuis of per regio aanzienlijk verschillen. Sommige ziekenhuizen hebben geen multidisciplinair voetenteam zoals beschreven in de Richtlijn Diabetische voet (NIV 2017). Sommige voetenteams hebben onvoldoende zicht op de geleverde kwaliteit van zorg (zowel wat betreft medische uitkomsten als vanuit patiënten perspectief) en andere hebben alles goed op orde in het ziekenhuis maar zijn (nog) geen onderdeel van een integrale keten met bijbehorende samenwerkingsafspraken tussen het ziekenhuis en huisartsen in de regio.

Met dit verbeterdoel worden ziekenhuizen gestimuleerd de uitkomsten van de genoemde zorg in de zorgketen te evalueren én worden ziekenhuizen gestimuleerd om deze zorg 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.

Verbeterdoel

Het verbeterdoel betreft het inrichten en verbeteren van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus. In deze ketenzorg spelen de volgende disciplines een rol: de (medisch) pedicure, (diabetes) podotherapeut, praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH), diabetesverpleegkundige, huisarts en het multidisciplinaire voetenteam in het ziekenhuis. Voor dit verbeterdoel gelden de aanbevelingen van Richtlijn Diabetische voet (NIV 2017), specifiek de module 'randvoorwaarden (organisatie van zorg)', als noodzakelijke elementen. Zoals hierboven beschreven zijn er regionale verschillen hoe ziekenhuizen en hun partners in de eerste lijn de multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus vormgeven. Daarom wordt iedere instelling gevraagd te reflecteren over hun eigen situatie en hun verbeterplan.

Vragen verbeterdoel

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

1. In hoeverre is dit verbeterdoel geïmplementeerd (zie onder 'hulpmiddelen')?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?
3. Welke verbeteringen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?
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 kan worden gezien als de 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 beschikbaar is voor de diagnostiek en behandeling van een diabetisch voetulcus, bestaande uit tenminste een vaatchirurg, internist, revalidatiearts, wondverpleegkundige, (diabetes) podotherapeut, gipsverbandmeester en een orthopedisch 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 in 2022 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

Nuchterbeleid kinderen

Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase

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

Het nuchter houden van de patiënt is de belangrijkste strategie om pulmonale aspiratie te voorkomen bij ingrepen onder anesthesie. Zowel internationale als nationale richtlijnen hanteren inmiddels de 6-4-1 regel: zes uur nuchter voor vast voedsel, een lichte maaltijd en (koe- en poeder-) melk; vier uur nuchter voor moedermelk en twee uur nuchter voor heldere vloeistoffen. De Nederlandse richtlijn geeft zelfs de keuze voor 0 of 1 uur voor heldere vloeistoffen^{[1][2]}. Echter, in de praktijk is de nuchter periode vaak veel langer door miscommunicatie, organisatorische problemen of omdat het kind niet wakker gemaakt wordt om te drinken indien de ingreep vroeg in de morgen gepland staat of ouders/verzorgers/het kind onvoldoende geïnformeerd zijn^[3]. Het is van belang dat informatie zowel schriftelijk als mondeling gegeven wordt in begrijpelijke taal (logische opbouw, korte, persoonlijke, actieve zinnen, alledaagse woorden).

Langere nuchter periodes zijn niet zonder risico en verhogen de kans op onder andere lagere bloedglucosewaarden, stijging van ketonen en hypotensie tijdens anesthesie ten gevolge van mogelijk een ondervulde conditie en postoperatieve insulineresistentie^{[4][5][6][7][8][9]}. Ook leidt langer nuchter houden tot onnodige stress en discomfort bij het kind en zijn verzorgers. Dit past niet binnen de kaders van het 'Handvest Kind en Zorg' van Stichting Kind en Ziekenhuis, gebaseerd op het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind^[10].

Verbeterdoel

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

[1] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_voedingsbeleid/startpagina_-_perioperatief_voedingsbeleid.html

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

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

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

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

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

[7] Pillinger NL, Robson JL, Kam P. Nutritional prehabilitation: physiological basis and clinical evidence. *Anaesthesia and intensive care* 2018;46(5): 453-62. [published Online First: 2018/09/08]

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

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

[10] Kind en ziekenhuis. [internet]. [Available from: <https://kindenziekenhuis.nl/handvest-kind-zorg/>].

Vragen verbeterdoel

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

1. In hoeverre is het verbeterdoel geïmplementeerd (zie ook onder 'hulpmiddelen')?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?
3. Welke verbetermaatregelen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?
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 heeft beleid ten aanzien van het voorkomen dat kinderen langer dan twee uur (120 minuten) nuchter zijn voor heldere vloeistoffen voor anesthesie in haar instelling geborgd;
2. Op basis van dit beleid zijn er werkafspraken vastgelegd tussen de verpleegafdeling en de operatieafdeling hoe te handelen bij dreigend langdurig nuchter zijn. In deze werkafspraken is opgenomen:
Hoe kan worden voorkomen dat het kind te lang nuchter is?
Hoe verloopt de informatievoorziening naar ouders/ verzorgers en kind?
3. De instelling heeft de (mondelijke/schriftelijke/digitale) informatieverstrekking over het risico van te lang en te kort nuchter zijn aan ouders/verzorgers van het kind geborgd.

Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- Kinderen van één jaar tot en met vijftien jaar;
- Voor een electieve ingreep in het verslagjaar;
- Onder algehele anesthesie uitgevoerd;
- Op een operatiecomplex.

Exclusiecriteria:

- Kinderen jonger dan één jaar of ouder dan vijftien jaar;
- Voor een niet-electieve ingreep;
- Zonder algehele anesthesie uitgevoerd;
- Op een locatie buiten het operatiecomplex.

Richtlijn of norm

- SKA nuchterbeleid bij kinderen. Utrecht. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie – Sectie Kinderanesthesiologie; januari 2019;
- Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; januari 2022.

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 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

- Stichting Kind & Ziekenhuis. Voor, tijdens en na ziekenhuis;
- Handvest Kind & Zorg - Stichting Kind en Ziekenhuis.

Definitie(s)/Toelichting(en)

- Electieve ingreep: Een ingreep die op een willekeurig moment gepland kan worden zonder spoed. De datum en tijd zijn van tevoren bekend zodat een patiënt en familie voorbereid kunnen worden op wat er gaat gebeuren. Zo kunnen onder andere afspraken gemaakt worden over de periode van nuchter zijn en welk zaken nog wel tot welk tijdstip genuttigd kunnen worden;
- Nuchter: De preoperatieve periode van niet eten en/of drinken volgens het statement van de SKA 10 januari 2019 (6-4-1/o regel)^[11];
- Preoperatief consult: Het onderzoek en het gesprek dat ter voorbereiding op de operatie plaatsvindt, waarin informatie gegeven wordt over het perioperatief beleid, mogelijke risico's en waarin informed consent wordt verkregen;
- Dreigend uitstel: Verwachting dat een kind langer dan twee uur nuchter zal zijn voor heldere vloeistoffen door bijvoorbeeld een verlate start van de operatie;
- Helder vloeibaar: Heldere, doorzichtige dranken zoals thee, water, limonade, appelsap, bij voorkeur glucose houdend;
- Anesthesie: Algemene anesthesie of locoregionale anesthesie uitgevoerd door een anesthesioloog op een operatiekamer;
- Algemene anesthesie: Een door medicamenten geïnduceerde, tijdelijke bewusteloosheid, met demping van beschermende (luchtweg) reflexen en onderdrukking van pijn, die het mogelijk maakt chirurgische of diagnostische procedures te ondergaan;
- Locoregionale anesthesie: Een door lokale toediening van medicamenten rondom een zenuw of zenuwbaan, blokkeren van voortgeleiding van pijnprikkels zodat deze niet tot het centraal zenuwstelsel doordringen.

Werkgroep

Dit verbeterdoel is in 2019/2020 ontwikkeld en in 2022 herzien n.a.v. het nieuwe format

V&VN Kinderverpleegkunde	Marianne Hendriks (voorzitter)
V&VN Kinderverpleegkunde	Marjorie de Neef MSc
V&VN Kinderverpleegkunde	Annet Hoek MSc
NVA	drs. Hannie Megens
NVK	drs. Kirsten Huizing

[11] Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). Protocol Sectie Kinderanesthesiologie: Nuchterbeleid bij kinderen. 2019

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'^{[12][13]}. 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^{[14][15][16]}. De kosten voor ondervoeding worden geschat op 1,8 miljard euro per jaar in Nederlandse zorginstellingen. Ziektegerelateerde ondervoeding leidt in Nederland tot circa 400 doden per jaar^[17].

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)^[18] 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^[19].

Verbeterdoel

Dit verbeterdoel heeft als doel om 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.

Vragen verbeterdoel

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

1. In hoeverre is dit verbeterdoel geïmplementeerd (zie onder hulpmiddelen)?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?
3. Welke verbeteringen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?
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.

[12] Kruiuzenga 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.

[13] 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

[14] 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.

[15] 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.

[16] 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.

[17] Kok L, Scholte R, Carl Koopmans. Ondervoeding onderschat. Amsterdam; 2014 Jul.

[18] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM. [Internet]. Beschikbaar via: [Prestatie-indicatoren gezondheidszorg | Systeemdoelen | Doelmatigheid | Volksgezondheidszorg.info](https://prestatie-indicatoren.gezondheidszorg.nl/Systeemdoelen/Doelmatigheid/Volksgezondheidszorg.info). [geraadpleegd 25 juni 2021].

[19] 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>

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 opgebomen in Nederlandse ziekenhuizen. Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;
- Ondervoeding bij de geriatrische patient. 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 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

Screening ondervoeding kinderen:

- Groeicurves voor verschillende etniciteiten en syndromen;
- Screening op risico op ondervoeding, bijv 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 opgebomen in Nederlandse ziekenhuizen. Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;
- Ondervoeding bij de geriatrische patient. 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; jun 2021;
Zie hoofdstuk 8: Voedingsbeleid en voedingsplan na ontslag - Aanbeveling 1;
- Informatie voor patiënten bijv. <https://www.thuisarts.nl/> (te veel afgevallen/ondervoeding);
- Voedingspaspoort. Handreiking voor een domeinoverstijgende 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. Kruijmel
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 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);
- Analyse van de oorzaak;
- Behandeling van pijn (farmacologisch, niet-farmacologisch, verantwoord opioïden voorschrijven);
- Infrastructuur (een pijnteam, etc);
- 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 toepassing van een proces, namelijk het toepassen van de PDCA cyclus ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de pijnzorg in de Nederlandse zorginstellingen.

Verbeterdoel

Het realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling.

Vragen verbeterdoel

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

1. In hoeverre is het verbeterdoel geïmplementeerd (zie ook onder 'hulpmiddelen')?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?
3. Welke verbetermaatregelen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?
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 pijnbeleid;
2. De instelling heeft een infrastructuur voor pijnbeleid ingericht, met behulp van een pijnservice;
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 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 beheersen van het gebruik van pijnmedicatie. Dit in het kader van pijnmedicatie die potentieel verslavend kan zijn 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.

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;
- Pijnservice.

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 opioidreceptoren in het centraal zenuwstelsel bezetten.

Werkgroep

Dit verbeterdoel is ontwikkeld in 2020 en aan het nieuwe format aangepast in 2022 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
NVAM	Linda van de Werken BASc
NVN	Dr. Joost Jongen
V&VN Oncologie	Drs. Gertruud 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 valgerelateerd 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. Dit alles leidt tot flinke gezondheidszorgkosten (ruim 1% van de totale gezondheidszorgkosten in Nederland is valgerelateerd), wat maakt dat vallen in de top 20 staat van gezondheidszorgkostenposten. De ernst van vallen bij ouderen blijkt ook uit het grote aantal doden ten gevolge van een val (5.012 in 2020), ruim zeven keer zoveel als het aantal verkeersslachtoffers.

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. Dit wordt gedeeltelijk veroorzaakt door nieuw verworven risicofactoren (zoals acute ziekte, delier, verminderde mobiliteit en medicatie) en een onbekende omgeving, waardoor de persoons-omgevingsinteractie verandert. Ongeveer 2-25% van de opgenomen patiënten maakt minimaal een val door gedurende de opname. De gevolgen hiervan kunnen bestaan uit extra diagnostische procedures en eventueel chirurgisch ingrijpen, een langere opnameduur en vaker uitplaatsing naar een verzorgings- of verpleeghuis. Een multifactoriële valrisicobeoordeling en interventie kan het valrisico 20- 30% verlagen.

Verbeterdoel

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.^[20] Het doel is zodoende 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 doel van de werkgroep is dat alle individuele instellingen beschikken over zorgpaden en protocollen conform beschreven in de drie onderstaande verbeterdoelen en bijbehorende hulpmiddelen. En dat bij minimaal 80% patiënten valincidenten (SEH en kliniek) en het valrisico (kliniek) is geregistreerd en passende vervolgacties en interventies zijn ingezet.

Toelichting ten aanzien van Valrisico op de SEH:

Vallen is veruit de meest voorkomende oorzaak van letselgerelateerd SEH-bezoek bij ouderen (≥85%). Dit komt overeen met 103.000 SEH-bezoeken in 2020, wat betekent dat gemiddeld elke vier minuten een 65-plusser slachtoffer was van een privé valongeval met letsel dat moest worden behandeld op een SEH-afdeling. Voor de SEH setting geldt dat een deel van de multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling niet direct hoeft plaats te vinden.

[20] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/valrisicobeoordeling_ouderen_in_ziekenhuis.html

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,^{[21][22]} 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.

Vragen verbeterdoel

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

1. In hoeverre is het verbeterdoel geïmplementeerd (zie ook onder 'hulpmiddelen')?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?
3. Welke verbetermaatregelen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?
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 instelling dient op alle bovengenoemde onderdelen te reflecteren voor alle drie de bovengenoemde verbeterdoelen. Bij voorkeur door middel van toepassing van de onderstaande hulpmiddelen.

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;
- Privé-valongevallen bij ouderen. Ongevalscijfers 2018. Veiligheid.nl (2018): <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/feiten-cijfers/cjerrapportage-valongevallen-ouderen-65--in-priv--sfeer--2018->;
- 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.

[21] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/verlaging_valrisico_bij_thuiswonende_ouderen.html

[22] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/valrisicobeoordeling_ouderen_in_ziekenhuis.html

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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 70 jaar per 1000 opnamedagen?

Berekening:

Aantal valincidenten bij patiënten ≥ 70 jaar in het afgelopen kalenderjaar: (a)

Aantal opnamedagen van patiënten ≥ 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?^[23] Ja/Nee

Indien nee, toelichting:

Indien ja: Hoeveel valincidenten met letsel zijn opgetreden tijdens opname in het afgelopen kalenderjaar bij patiënten ≥ 70 jaar per 1000 opnamedagen?

Berekening:

Aantal valincidenten met letsel bij patiënten ≥ 70 jaar in het afgelopen kalenderjaar: (a)

Aantal opnamedagen van patiënten ≥ 70 jaar in het afgelopen kalenderjaar/1000: (b)^[24]

Aantal valincidenten met letsel per 1000 opnamedagen (a/b):

[23] Val die medische behandeling, verlengde opname of overlijden tot gevolg heeft.

[24] Als alternatief voor aantal opnamedagen in de noemer, kan bijvoorbeeld opnames of overnachtingen worden gebruikt mocht de data ten aanzien van het aantal opname dagen niet voorhanden zijn.

- 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 ≥ 70 jaar met een positieve screening op valrisico heeft een multifactoriële valrisicobeoordeling plaatsgevonden?

Teller: aantal patiënten ≥ 70 jaar met een positieve screening op valrisico^[25] en bij wie een multifactoriële valrisicobeoordeling zoals geadviseerd in de richtlijn heeft plaatsgevonden en is vastgelegd.

Noemer: patiënten ≥ 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 voedingtoestand;^{[26][27][28]}
- 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.

[25] Positieve screening op valrisico volgens VMS veiligheidsprogramma/richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen: de afgelopen zes maanden een keer of vaker gevallen.

[26] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/valrisicobeoordeling_ouderen_in_ziekenhuis.html

[27] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/organisatie_van_zorg_bij_valpreventie_ouderen.html

[28] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/valrisicobeoordeling_ouderen_in_ziekenhuis.html

Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)

Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies.

In Nederlandse instellingen worden vrijheidsbeperkende interventies (VBI) toegepast. Fysieke of wel 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 2019 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 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

Het verbeterdoel beoogt het terugdringen van zware VBI 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.

Vragen verbeterdoel

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

1. In hoeverre is dit verbeterdoel geïmplementeerd (zie onder 'hulpmiddelen')?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?
3. Welke verbeteringen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?
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 het weloverwogen inzetten van VBI, met als primaire focus het terugdringen van zware VBI;
- 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 ≥ 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;
3. Bevorder een open cultuur, bewustwording en veilige omgeving;
4. Bevorder en onderhoud de deskundigheid van de zorgprofessionals;
5. Stimuleer tijdig patiënt- (en/of diens wettelijk vertegenwoordiger) en familie participatie;
6. Ontwikkel en implementeer een registratiesysteem voor VBI;
7. 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 bedhekken;
- 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 bedhekken, 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 gegronnd 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 armspalk).

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 in 2020/2021 ontwikkeld en in 2022 aangepast door:

V&VN Geriatrie & Gerontologie	Esther Burgers – Mulder, MSc (voorzitter)
V&VN Consultatieve Psychiatrie	Marit van der Zwan - van Klaveren
V&VN Consultatieve Psychiatrie	Lia Moesker
V&VN Neuro & Revalidatie	Liesbeth Henselmans
V&VN	Mariëlle Sijmkens
V&VN	Petra van der Linden
NVKG	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 steriliteit. 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^[29];
- 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^[30];
- De classificatie van OK-complexen dient te worden aangetoond door middel van een validatie waarin alle criteria uit de richtlijnen/standpunten^{[31][32]} 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

[29] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/startpagina_-_luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers.html

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

[31] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/startpagina_-_luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers.html

[32] <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 co-morbiditeiten en relevante medische voorgeschiedenis. Dit overleg dient op de operatiekamer, voor de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt^{[33][34]}. 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.

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

[34] https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/startpagina_-_perioperatief_traject.html

Inclusie criterium:

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

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend): %

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^[35] en het toetsingskader van de inspectie^[36] 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 (0,7-51%), maar door tijdig handelen van getrainde niet-anesthesiologen en verpleegkundigen kunnen ze worden opgevangen zonder dat dit tot complicaties hoeft te leiden. Deze training bestaat onder andere uit het aanleren van screening, monitoring, basis luchtwegmanagement en *Basic Life Support* (BSA) en, indien matige tot diepe sedatie het doel is, *Advanced Life Support* (ALS).

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

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

De uitvoering van de sedatierichtlijn is belegd bij een lokale 'sedatiecommissie' (de PSA-commissie). Deze commissie is ingesteld door de raad van bestuur/directie van de instelling en heeft voor de uitvoering voldoende mandaat en

[35] CBO, NVA, NVK. Richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer; 2012. https://richtlijnenatabase.nl/richtlijn/psa_bij_volwassenen_op_locaties_buiten_de_ok/definities_van_psa_bij_volwassenen.html

[36] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Toetsingskader sedatie en/of analgesie. https://richtlijnenatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/startpagina_-_luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers.html

middelen om ervoor zorg te dragen dat de uitvoering van PSA plaats vindt volgens de richtlijn en het toetsingskader. Zij is belast met de protocolontwikkeling, complicatieregistratie en evaluatie van PSA in samenspraak met hoofdbehandelaar, anesthesioloog, kinderarts en medisch management.

De doelgroep waarop deze 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
- maagballon, aantal
- anders, aantal

Toelichting:

1.4 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (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

Gebruikte uw instelling implantaten uit de inclusielijst voor het Landelijk Implantaten Register?^[37] ja nee

Indien ja, welke?
(meerdere antwoorden mogelijk)

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

Maakte uw instelling gebruik van een registratie-systeem 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:

1.4.2 Toezichtvraag Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)

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

Bij verschillen in definities is de DBIR leidend.

Inclusiecriteria:

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

[37] <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/terminologiecentrum/referentielijsten/inclusielijst-lir/>

A

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

Noemer: het aantal daadwerkelijk geïmplanteerde borstprothesen en expanders in het verslagjaar.

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

B

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

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

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

Toelichting:

1.5 Cosmetische chirurgie

1.5.1 Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie

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

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

De vraag omvat explantaties voor alle oorzaken binnen de postoperatieve termijn van 60 dagen na plaatsing van een borst prothese.

Er is één groep benoemd:

1. Een borstvergroting voor esthetische doelen;

Inclusie criterium:

- Cosmetische augmentaties*;

Exclusie criterium:

- Borstreconstructieve casus.

* De gemeten eenheid is het aantal prothesen. Zorgactiviteit: 39041, 39042 (DBC boom plastische chirurgie).

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

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

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

Uit onderzoek van het NIVEL en EMGO+/VUmc uit 2017 blijkt dat 24 procent van zorggerelateerde schade in ziekenhuizen gerelateerd is aan medicatie^[38]. Een belangrijk deel van deze fouten ontstaat door de overdracht van informatie over medicatie van de ene zorgverlener naar de andere, tussen instellingen of binnen afdelingen. Voor het verbeteren van de patiëntveiligheid is een zorgvuldige medicatieoverdracht belangrijk. Daarnaast is medicatiebewaking essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen.

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 overgevoeligheidsreacties.

Een elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten:

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

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.

Inclusiecriteria:

- Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten.

Exclusiecriteria:

- Het voorschrijven van cytostatica wordt in deze toezichtvraag buiten beschouwing gelaten.

[38] Langelaan M, Broekens MA, de Bruijne MC, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen Utrecht: EMGO+ instituut en NIVEL, Nederland; 2017 <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/monitor-zorggerelateerde-schade-20152016-dossieronderzoek-bij-overleden-patiënten>

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

ja

nee

Toelichting:

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

ja

nee

Toelichting:

3 Zorg

Het verplegen is de laatste jaren zeer sterk veranderd. Verpleeguren zijn sterk teruggebracht. Complexe ingrepen worden in dagverpleging uitgevoerd en de eisen aan het vak zijn sterk toegenomen. Toch blijft de gewone basiszorg van buitengewoon groot belang voor patiënten en de organisatie.

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 ziekenhuisopname, een groter aantal complicaties tijdens verblijf in het ziekenhuis, een toegenomen ziekenhuissterfte en een slechter functioneel herstel van de onderliggende aandoening. Daarnaast is het een voorspeller van cognitieve problemen en leidt het tot een eerdere opname in een zorginstelling en aanzienlijk hogere financiële kosten.

In 2013 heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) de richtlijn delier Volwassenen en ouderen gepubliceerd met als doel het verbeteren van de vroegtijdige herkenning en behandeling van het delier en het verbeteren van de organisatie en zorg voor patiënten met een delier^[39].

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 oponthoud een zorgplan voor patiënten met een delier wordt uitgevoerd. Dit zorgplan, dat in principe multidisciplinair van karakter is en specifieke onderdelen bevat voor iedere individuele patiënt, vervult een spilfunctie in de zorgverlening voor kwetsbare oudere patiënten. In het zorgplan delier wordt voor iedere patiënt de algemene zorgvisie omtrent delirante patiënten en de zorg die zij behoeven, vertaald in concrete activiteiten. Het werken met een zorgplan delier dwingt tot het systematisch en doelgericht omgaan met gegevens over de patiënt en zijn behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding, en tot het aanbrengen van methode en structuur in het handelen van de hulpverleners. Voor de inhoud van een zorgplan wordt verwezen naar de bestaande richtlijn.

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

Inclusie:

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

Exclusie:

- Patiënten die worden opgenomen voor dagbehandeling.

[39] NVKG Richtlijn delier Volwassenen en Ouderen 2020 https://richtlijnen database.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen_en_ouderen/startpagina_-_delier_bij_volwassenen_en_ouderen.html

- 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.

Referenties

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

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. Een groep klachten van het bewegingsapparaat zijn de gewrichtsziekten, de reumatologie.

4.1 Reumatologie praktijk^[40]

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

4.1.1 Toezichtvraag Reumatologie praktijk

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

Probleemstelling

Binnen de geregistreerde reumatologen in Nederland^[41] functioneren een aantal reumatologen als solo/eenmans praktijk. In de afgelopen decennium is rondom visitaties van deze praktijken een aantal problemen geweest, waaronder niet meedoen aan visitatie, niet voldoen aan minimum normen, en niet voldoen aan minimum normen bij hervisitatie. Problemen betreffen met name:

- Ontbreken van intercollegiale toetsing op medisch handelen;
- Suboptimale CANMED competenties^[42] 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 reumatologie praktijken 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 reumatologie praktijk. Dit zal de kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren.

Definities

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

Inclusiecriteria:

- Alle reumatologie praktijken en reumatologen die patiënten behandelen in Nederland.

Exclusiecriteria:

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

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

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

[42] 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)^[43] 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)?

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

6 Infectieziekten

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

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, zonodig gevolgd door de implementatie van interventie maatregelen.

6.1.1 Toezichtvraag Surveillance van (postoperatieve)^[44] 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:

[44] 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

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

Toelichting:

6.2 Vroege herkenning vitaal bedreigde patiënt/ sepsis

Sepsis is een levensbedreigende orgaan dysfunctie veroorzaakt door een verstoorde respons van het lichaam op een infectie. Sepsis komt vaak voor. In Nederland worden jaarlijks naar schatting 13.000 patiënten in het ziekenhuis opgenomen met sepsis, waarvan er gemiddeld 3.500 overlijden. Sepsis leidt daarnaast tot veelvuldig antibioticumgebruik, verlengde IC en ziekenhuisopname en daardoor hoge zorgkosten.

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

6.2.1 Toezichtvraag Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis

Het doel is om de vroege herkenning van sepsis in ziekenhuizen en particuliere klinieken te bevorderen, met als gevolg adequatere zorg en betere sepsis gerelateerde uitkomsten. Het gaat hier om herkenning van sepsis in een zo vroeg mogelijk stadium op zowel de spoedeisende hulp als op alle (dag)verpleegafdelingen.

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

Definities

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

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

Inclusiecriteria:

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

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

ja

nee

Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt op alle (dag) verpleegafdelingen inclusief vraag over verdenking op infectie?

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. Enkele vragen geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

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^[45] zorgverleners

De kerntaak van de inspectie is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet behandeld worden door zorgverleners die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. De inspectie treft regelmatig situaties aan waarbij disfunctioneren aanwezig is zonder dat de aanwezige procedure is gebruikt. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed. De inspectie gaat er vanuit dat disfunctioneren natuurlijk ongewenst is, maar het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord. De inspectie kan en zal het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.

[45] '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

Teller: Het aantal zorgverleners dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal 1 functioneringsgesprek heeft deelgenomen.^[46]

Noemer: Het totaal aantal zorgverleners dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de instelling (ongeacht het soort dienstverband).

Toelichting:

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 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?

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

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'. Een andere methode is om dit bij alle patiënten op één dag in het jaar te doen.

Voerde u in het verslagjaar patiënttevredenheidsonderzoek uit?

ja nee

Toelichting:

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

ja nee

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)

- ISO 9001, datum laatste afgifte
- 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.

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 heeft voor het kunnen hanteren van de meldcode Huiselijk geweld en aan 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^[47]
- anders, namelijk:

7.6.1 Toezichtvraag Visitatie door NVA^[48]

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:

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

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

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 de NVKNO (dus inclusief verslagjaar)? ja nee

Toelichting:

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

Werden er aanbevelingen gedaan? ja nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven? ja nee

Werden 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 de 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

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^[49]

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

ja nee

[49] Betreft visitatie van een MDL-arts of internist die endoscopieën uitvoert. Visitatie door de NVMDL van internisten betreft uitsluitend internisten die endoscopieën uitvoeren in diagnostische instellingen vallende onder de geformuleerde doelgroep van particuliere klinieken.

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 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^[50] geëxcludeerd. Dit is expliciet aangegeven en indien dit niet is benoemd, dan moeten deze aantallen dus worden geïnccludeerd.

Deze vragen moet elke particuliere kliniek beantwoorden voordat de overige informatie digitaal aangeleverd kan worden.

8.1 Algemene organisatie

8.1.1 Toezichtvraag: Organisatie

Naam instelling

Aantal locaties

Naam locatie (indien van toepassing)

KvK-nummer

Vestigingsnummer^[51]

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

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

[51] 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 adressenselectie, het mutatieabonnement en de bestandsvergelijking.

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

- ja, mondeling 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

Basisartsen spelen een belangrijke rol en hebben veel verantwoordelijkheid binnen particuliere klinieken. Soms volgen zij aanvullende cursussen in andere Europese landen of in de VS, bijvoorbeeld voor laserbehandeling of liposuctie. De kwaliteit hiervan kan niet worden beoordeeld en de inhoud van een dergelijke cursus is soms strijdig met de Nederlandse opvattingen.

De raad van bestuur/directie blijkt soms onbekend met de risico's van de behandeling en met de organisatorische voorwaarden daarvoor. Niet altijd is de kennis aanwezig die nodig is om te bepalen welke personele kwalificaties nodig zijn voor een behandeling.

8.2.1 Toezichtvraag: Percentage BIG-geregistreerde 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 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;
- Ingehuurd (ziekenhuis)personeel.

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

- ja nee

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

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

- ja nee

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

Waren er in het verslagjaar geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten^[52] werkzaam in uw instelling? ja nee

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

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

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

Het totaal aantal personeelsleden (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

8.2.2 Toezichtvraag: Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in FTE)

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat er verschillen kunnen zijn tussen artsen die in Nederland zijn opgeleid en artsen die in het buitenland zijn opgeleid. Dat kan de methode van indicatiestelling betreffen of de kennis van in Nederland gehanteerde protocollen. Daarnaast kan een mogelijk minder goede beheersing van de Nederlandse taal problemen opleveren in de communicatie. Dit kan zowel in de samenwerking met andere zorgverleners als in de communicatie met de patiënt, bijvoorbeeld bij het informed consent.

Waren er in het verslagjaar (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding werkzaam in uw instelling? ja nee

Het aantal (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding in het verslagjaar (**NIET** in FTE)?

Het aantal (RGS-geregistreerde) medisch specialisten in het verslagjaar (**NIET** in FTE).

Het aantal BIG-geregistreerde basisartsen in het verslagjaar (**NIET** in FTE).

Indien u één of meer (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding in dienst had in het verslagjaar: Is één of meer van de (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding medisch eindverantwoordelijk? ja nee

Toelichting:

[52] Geregistreerd of in het bezit van een Nederlands diploma.

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 kwaliteitsbevorderende activiteiten.

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 telefonisch contact krijgen met de behandelend arts in geval van vragen (eventueel met tussenkomst van een verpleegkundige)? ja nee

Toelichting

8.3 Behandelingen

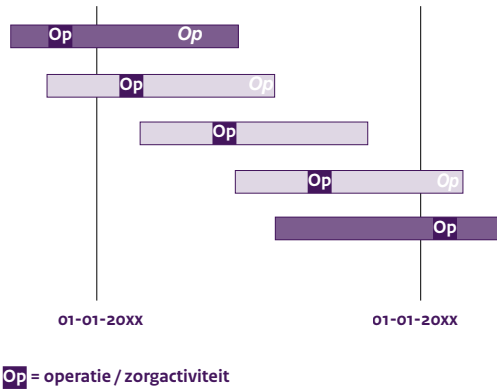
Om een beeld te krijgen van het aantal patiënten dat behandeld wordt en het aantal behandelingen dat wordt uitgevoerd door instellingen wordt het totaal aantal patiënten en behandelingen gevraagd.

Definitie:

Een behandeling betreft een in het verslagjaar uitgevoerde behandeling van medische (specialistische) of gedragwetenschappelijke aard, maar hoeft niet een afgesloten (DOT)traject te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt. 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^[53]



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 diagnostisch onderzoek^[54] werd uitgevoerd? ja nee

Indien ja:

Voerde uw instelling diagnostisch onderzoek uit in het verslagjaar? ja nee

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

- Cardiologisch onderzoek
- Maag-, darm-, leveronderzoek
- Spirometrie
- (Histamine)provocatietest
- Inspanningstest
- Bronchoscopie
- Klinisch chemisch onderzoek
- Anders, namelijk:

Toelichting:

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij binnen uw instelling diagnostisch onderzoek plaats vond? ja nee

Totaal aantal patiënten in het verslagjaar die diagnostisch onderzoek hebben ondergaan.

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

[53] Bron figuur: indicatorenset Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, deel cataract.

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

Totaal aantal diagnostische onderzoeken in het verslagjaar.

Toelichting:

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

Definitie invasieve onderzoeken:

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

Voerde uw instelling het verslagjaar invasieve onderzoeken uit? ja nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve onderzoeken dat in uw instelling werd uitgevoerd? ja nee

Totaal aantal invasieve onderzoeken in het verslagjaar?

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, insputingen en refractiechirurgie. Daarnaast alle (endo) scopische ingrepen.

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

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

ja nee

Indien **ja**, waar werden deze verricht?

In de eigen instelling
 In het ziekenhuis
 In de eigen instelling en in het ziekenhuis
 Anders

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen (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⁽⁸⁴⁾) 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 ingrepen: refractiechirurgie

ja nee

Oogheelkundige ingrepen: cataract

ja nee

Keel-, neus- en oorheelkundige ingrepen

ja nee

Orthopedische ingrepen

ja nee

Plastisch chirurgisch/cosmetische ingrepen

ja nee

Injectables (botox/fillers)

ja nee

Bariatrische chirurgie en/of ingrepen (inclusief maagballonnen)

ja nee

Dermatologische behandelingen

ja nee

Medisch specialistische revalidatie

ja nee

Gynaecologische zorg

ja nee

Uitsluitend diagnostisch onderzoek^[55] ja nee

Indien **dermatologische behandelingen**, was dat:

Algemene dermatologie (zoals psoriasis, eczeem) ja nee

Dermato-oncologie ja nee

Dermatochirurgie (medisch) ja nee

Cosmetische dermatochirurgie ja, namelijk liposculpture
 ja, namelijk liposuctie
 ja, anders
 nee

Anders

Toelichting:

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):

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

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^[56] in een particuliere kliniek worden verricht. Voor elke invasieve behandeling, operatie of onderzoek dient de screening op het risico op delier te worden vastgelegd bij alle patiënten van 70 jaar en ouder.

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar? ja nee

Behandelde u in het verslagjaar patiënten van 70 jaar en ouder? ja nee

Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar (<18 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder (≥ 70 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

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

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

Toelichting

- Type behandeling;
- Aantallen patiënten per type behandeling.

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

basissetMSZ@igi.nl

**Gezond
vertrouwen**