

10 Hart en vaten

Hart- en vaatziekten zijn vanuit het oogpunt van de volksgezondheid belangrijke oorzaken van sterfte en invaliditeit. In de afgelopen decennia waren zij steeds doodsoorzaak nummer één in Nederland. Door de toegenomen medisch technologische mogelijkheden en bijvoorbeeld het dalen van het aantal rokers is de absolute sterfte aan een myocardinfarct van 1980 naar 2012 gedaald van 24.536 naar 9720^[95], maar er zijn nog meer verbeteringen mogelijk. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe. Op basis van huisartsenregistraties leven er naar schatting op dit moment tussen de 100.000 en 150.000 mensen met hartfalen in Nederland (puntschatting prevalentie voor 2008: 127.000)^[96]. Gezien het belang voor de volksgezondheid en de grote verschillen die nog bestaan in de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten zijn meerdere indicatoren opgenomen.

In de tabel op bladzijde 11-15 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op hart en vaten, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

10.1 STEMI

10.1.1 Indicator Behandeling patiënten met een STEMI

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

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

De zorg voor patiënten met een acuut myocardinfarct (<12 uur na ontstaan klachten) kan sterk worden verbeterd door een aantal punten in acht te nemen en om te zetten in regionale zorgafspraken.^[97,98]

Uitgangspunten regionale acuut infarct zorg:

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

Uit recent onderzoek is gebleken dat patiënten met een STElevatie myocardinfarct (STEMI) gebaat zijn bij adequate hartrevalidatie en dat in Nederland hieraan te weinig patiënten deelnemen^[99]. Derhalve wordt met deze indicator vastgesteld of mensen met een STEMI nu deelnemen aan revalidatie, conform de richtlijn Hartrevalidatie. Het meetpunt in de indicator is de intake van het hartrevalidatie-programma. Voor deze indicator geldt dat alle patiënten met een STEMI die vanuit het bevestigde centrum zijn ontslagen naar huis of het (verzorgings)/verpleeghuis dienen te worden meegenomen in de telling. Patiënten met een STEMI vormen reeds een onderdeel van de andere indicatoren die gerelateerd zijn aan de evaluatie van de acute infarct zorg in Nederland.

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

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

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

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

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

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

ja nee

1 Verricht uw ziekenhuis PCI procedures?

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

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

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

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

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

4 Heeft u een WBMV vergunning?

ja nee

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

6 Wanneer worden deze procedures uitgevoerd?

Alleen tijdens kantooruren
 7x24 uur per week

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

ja nee

8 Zo ja, welk centrum:

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

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

Resultaten alle PCI-centra: sterfte na PCI voor STEMI

11 Welke sterftemaat gebruikt u voor deze indicator?

Ziekenhuissterfte
 30 daagse sterfte

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

13 Noemer: totaal aantal patiënten met een PCI voor STEMI

14 Percentage (wordt automatisch berekend):

%

* Geef toelichting

15 Welke maat gebruikt u voor deze indicator

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

16 Gemiddelde door-to-needle time of door-to-balloon time in minute:^[100]

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

- ja nee

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N =

Selectiecriteria:

Vragen voor alle ziekenhuizen

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

17 Biedt uw ziekenhuis patiënten na een STEMI zelf een op maat gemaakt programma voor hartrevalidatie aan?

- ja
 nee, wij verwijzen de patiënten naar programma voor hartrevalidatiecentrum*
 nee*

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

- ja nee

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

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

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

%

Toelichting:

10.2 Pacemakers en ICD's

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

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

* Geef toelichting

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

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

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

ja nee

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

ja nee*

Op welke wijze voert u deze registratie:

- Registratie via NCDR^[101]
 Eigen registratie, volgens eigen ontwerp*
 Eigen registratie, gebruikmakend van externe standaard; zo ja, welke standaard?*

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

ja nee*

Toelichting:

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

Conventionele pacemakers voor de behandeling van brady-aritmieën worden in vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland ingebracht. Dat geldt niet voor pacemakers in het kader van resynchronisatietherapie bij hartfalen (biventriculaire pacemakers) en ICD's met of zonder biventriculaire pacing. Mogelijke complicaties van genoemde ingrepen zijn lead-dislocaties, systeemfailures, infecties en bloedingen. Met de voorgestelde indicator wordt een poging gedaan om zicht te krijgen op het proces rondom de procedure en de follow-up hiervan.

- Exclusie criterium:
 - Implanteerbare devices zonder cardiostimulatiefunctie.

Teller: Hoe vaak is in het verslagjaar een interventie binnen 90 dagen na het sluiten van de huid uitgevoerd om een device-, lead-, of proceduregerelateerd probleem op te lossen van een pacemaker of ICD ongeacht het type, waarbij de primaire ingreep lag tussen 1 oktober van het jaar voorafgaande aan het verslagjaar en 31 december van het verslagjaar zelf (ook al vond de primaire ingreep in een ander centrum plaats)?^[102]

[101] Voor informatie zie www.ncdr.nl.

[102] Hierbij wordt elke hernieuwde interventie binnen 90 dagen afzonderlijk geteld, dus ook als dat er meerdere zijn geweest bij een patient. Het

plaatsen van een nieuwe (of verwisselde) device of draad, meestal na een aantal jaar, moet gezien worden als een (nieuwe) primaire interventie en dan gelden de 90 dagen opnieuw.

* Geef toelichting

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

10.3 Carotischirurgie

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

10.3.1 Indicator Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct

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

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

Worden er in uw ziekenhuis carotisendarteriectomieën uitgevoerd?

ja

nee*

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

ja

nee

* Geef toelichting

Hoe is de aanmelddatum bij de neuroloog bepaald?

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

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

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

Indien u geen carotisendarteriectomie uitvoert:

Naar welk(e) ziekenhuis (ziekenhuizen) verwijst u deze patiëntengroep?

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

Toelichting:

10.3.2 Indicator Percentage complicaties

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

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

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

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

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

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

Wordt in uw ziekenhuis carotischirurgie uitgevoerd?

ja nee*

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

10.4 Thoraxchirurgie

10.4.1 Indicator Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

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

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

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

Worden in uw ziekenhuis openhartoperaties uitgevoerd?

ja nee*

Teller: aantal van deze patiënten bij wie diepe sternumwondproblemen, mediastinitis, zoals bovenstaand gedefinieerd, voorkwamen tijdens de ziekenhuisopname.

* Geef toelichting

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

Percentage (wordt automatisch bekerend):

%

Toelichting:

10.4.2 Indicator Stroke, met restletsel, na hartchirurgie

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

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

- **Richtlijn/norm**
De STS geeft normen voor drie verschillende zorggroepen (operatietypes), deze drie groepen vormen ongeveer 80% van de uitgevoerde hartchirurgie in NL. Deze drie zorggroepen worden hieronder beschreven, met de incidentie van stroke, mediaan en de Interkwartiel range (IQR):
 - Geïsoleerde aortocoronaire bypass (Ann Thorac Surg 2007;83:513-26): median 1.2% , inter kwartiel range (IQR) [1.1%-1.4%]
 - Geïsoleerde aortaklepchirurgie (Ann Thorac Surg 2012;94:2166-2171): Median 17.8, IQR [14.5-21.6]
 - Gecombineerde aortaklep+CABG chirurgie(Ann Thorac Surg 2014;97:1604-1609): Median 24.4, [20.2-29.2]
- **Doelstelling**
 - 1 Evaluatie van de kwaliteit van de uitgevoerde chirurgie in het licht van deze indicator
 - 2 Evaluatie van het totale operatieve proces bij een te hoog (hoger dan de bovenste IQR) percentage
 - 3 Evaluatie van het totale operatieve proces bij een laag (lagere dan de onderste IQR) als evaluatie van best practice
- **Definities**
 - Voor alle belangrijke begrippen* in deze indicator is de uitgangsfinitie te vinden in het Handboek BHN registratieproject versie 4.0.1.
 - Alle data kunnen ook gevonden worden in deze voor een thoraxcentrum verplichte registratie.
- * Geïsoleerde CABG, geïsoleerde aortaklepchirurgie, gecombineerde aortaklepchirurgie, Stroke met restletsel, stroke zonder restletsel, voorgeschiedenis van CVA/TIA .
- **Inclusie criterium**
 - Geïsoleerde CABG, geïsoleerde AVR, gecombineerde AVR+CABG
- **Exclusie criterium**
 - Patiënten die een voorgeschiedenis hebben van CVA/TIA, wat wil zeggen: patiënten waarbij voor de ingreep een CVA of TIA is opgetreden.

Teller: aantal patiënten die een 'zorggroep'-operatie hebben ondergaan en die postoperatief een stroke met restletsel hebben en geen voorgeschiedenis van cva en/of TIA hadden.

Noemer: totaal aantal patiënten die een ‘zorggroep’-operatie hebben ondergaan zonder voorgeschiedenis van cva en/of stroke.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

10.5 Atriumfibrilleren

Atriumfibrilleren komt regelmatig voor. Onder mensen van 25 jaar tot 45 jaar is de prevalentie 0,04% en deze loopt op tot ongeveer 6% bij mensen van 75 jaar en ouder. Ruim de helft van de patiënten met atriumfibrilleren is ouder dan 75 jaar^[105]. Uit de literatuur blijkt dat het risico bij atriumfibrilleren op een trombo-embolische complicatie varieert van minder dan 0,5 tot meer dan 10 per 100 patiënten jaren^[106]. Patiënten met een kans van meer dan twee CVA-incidenten per 100 patiënten jaren hebben een indicatie voor antistolling^[107]. Het proces van het voorschrijven van antistolling kent echter risico's. De inspectie besteedt daar dan ook regelmatig aandacht aan. Een goede indicatiestelling is belangrijk voor het beheersen van die risico's.



10.5.1 Indicator Atriumfibrilleren

Het doel van de CHA₂DS₂-VASc score is het objectiveren van het risico op een CVA bij een patiënt met atriumfibrillatie. Patiënten met een hogere CHA₂DS₂-VASc score hebben meer kans op een CVA en dus ook een zwaardere indicatie voor het gebruik van antistolling^[108].

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

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

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

Indicator A Indicator Percentage nieuwe patiënten met atriumfibrilleren waarvan een CHA₂DS₂-VASc score werd vastgelegd^[109]

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

ja nee* n.v.t.*

[105] NHG-Standaard Atriumfibrilleren 2013.

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

[107] 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Camm AJ et al. *European Heart Journal* (2012) 33, 2719-2747 (https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/33/2012_Guidelines_Focused_Update_Atrial_Fib_FT.pdf).

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

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

* Geef toelichting

Heeft u een steekproef genomen?

ja

nee

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N =

Selectiecriteria:

Teller: aantal nieuwe patiënten die in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en waarvan een CHA₂DS₂-VASc score werd vastgelegd.

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Indicator B Percentage patiënten met CHA₂DS₂-VASc score ≥ 1 waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten of zijn gecontinueerd^[110]

Teller: Aantal nieuwe patiënten die in het verslagjaar poliklinisch zijn gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en een CHA₂DS₂-VASc score van ≥ 1 waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten of zijn gecontinueerd.

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

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

11 Bewegingsapparaat

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

Het meest risicovol zijn heupfracturen en deze leiden tot een groot aantal ziekenhuisopnamen per jaar. De heupfractuur is onderdeel van een complex aan problemen die veel voorkomen bij kwetsbare ouderen. Het optreden van een heupfractuur bij een 'eenvoudige' val is een indicator voor kwetsbaarheid. Heupfracturen komen meestal voor bij ouderen en ongeveer een kwart van hen overlijdt binnen een jaar na het oplopen van de fractuur. Ook herstelt een kwart van de patiënten niet volledig^[111]. Gemiddeld overlijden jaarlijks zo'n 1.000 ouderen (55 jaar of ouder) aan de gevolgen van een heupfractuur en met de toename van de leeftijd neemt ook het risico toe om aan de gevolgen van een heupfractuur te overlijden.

Voor de behandeling van ziekten van het bewegingsapparaat worden vaak gewrichtsprothesen gebruikt. Het gebruik van dergelijke implantaten is risicovol door het ontstaan van infecties, bloedingen of perforaties tijdens het plaatsen van het implantaat, of het niet adequaat behandelen hiervan. Daarnaast treedt schade op door het ontstaan van ontwrichtingen (luxaties) na plaatsing van heupprotheses^[112].

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

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

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

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

12 Infectieziekten

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

In de tabel op bladzijde 11-15 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op infectieziekten, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

12.1 Ziekenhuisinfecties

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

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

12.1.1 Indicator Sepsis

1 Herkenning sepsis

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

De vragen zijn:

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

• Inclusiecriteria:

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

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

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

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

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

2 Behandeling sepsis

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

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

ja nee*

Toelichting:

12.2 Infecties na behandeling

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

PK 12.2.1 Indicator Surveillance van postoperatieve^[116] infecties

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

ja nee*

Indien **ja**, gebeurde dit door:

Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren.

ja nee

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

ja nee

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

ja nee

Er is geen beleid.

Anders, namelijk:

* Geef toelichting

[116] Dit betreft alle operatieve en invasieve ingrepen.

PK 12.2.2 Indicator Ingrepen met infectie

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

ja

nee*

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

Toelichting:

* Geef toelichting

13 Longen

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

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

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

14 Maag-darm-lever (MDL)

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

In de tabel op bladzijde 11-15 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op maag-darm-lever, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

14.1 Endoscopische verrichtingen

PK 14.1.1 Indicator Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen

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

Voorwaarde aan de procedure zijn:

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

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

ja nee*

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

ja nee*

Indien ja:

Op papier
 Digitaal
 Anders*

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

Noemer: totaal aantal uitgevoerde endoscopische verrichtingen.

Toelichting:

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

* Geef toelichting



14.1.2 Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie

In Nederland worden jaarlijks naar schatting 16.000 Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreaticografie's (ERCP) verricht^[118]. Deze procedure, waarbij vanuit het duodenum de galweg- of alveeskliegang gecanuleerd wordt en stenen verwijderd of endoprothesen geplaatst kunnen worden, kent een lange leercurve en kan gepaard gaan met complicaties zoals post-ERCP pancreatitis of bloeding. Daarnaast komt het voor dat de intentie van de procedure niet bereikt wordt, waardoor het onderzoek herhaald moet worden met daardoor extra belasting en risico voor de patiënt.

Het monitoren van uitkomsten van zorg en systematische terugrapportage aan de zorgverlener ('clinical auditing') is een belangrijk mechanisme voor kwaliteitsbewaking^[119]. De NVMDL gaat daarom de PERK-studie voortzetten in een landelijke Kwaliteitsregistratie ERCP die in de loop van 2014 is ontwikkeld. Deelname aan de kwaliteitsregistratie is onderdeel van het 'Beleidsplan MDL 2013-2018' van de NVMDL^[120].

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

Worden er in uw instelling ERCP's uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u in het verslagjaar patiënten ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie ERCP?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Teller: aantal ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie in het verslagjaar.		
Noemer: aantal ERCP's in instelling uitgevoerd in het verslagjaar.		
Percentage (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		



14.1.3 Indicator Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd

In Nederland wordt jaarlijks naar schatting 16.000 maal een Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreaticografie (ERCP) verricht (Dutch Hospital Data, 2012). Bij deze endoscopische procedure wordt vanuit het duodenum de galweg of alveeskliegang gecanuleerd en kunnen galwegstenen verwijderd of endoprothesen geplaatst worden. Dit onderzoek kent een lange leercurve en kan gepaard gaan met complicaties zoals post-ERCP pancreatitis, bloeding of perforatie. Daarnaast komt het voor dat de intentie van de procedure niet bereikt wordt, waardoor het onderzoek herhaald moet worden met daardoor extra belasting en risico voor de patiënt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in een eerder stadium de NVMDL gevraagd om voor de ERCP een volumenorm per endoscopist vast te stellen. Omdat het verband tussen uitkomst en optreden van complicaties enerzijds en volume per endoscopist niet vaststaat is in 2013 door de NVMDL een normeringsstudie gedaan waarbij deze parameters onderzocht zijn. De uitkomsten van deze Prospectieve ERCP Kwaliteitsregistratie (PERK) studie zijn in 2015 gepubliceerd^[121]. Hierbij bleek dat er weliswaar een verband is tussen uitkomst van de ERCP en volume van de endoscopist, maar dat van de 8575 ERCP's die dat jaar geregistreerd zijn in 61 centra er een overall procedureel succes was van 85,8%. Dit hoge procedurele succespercentage was ook terug te vinden bij endoscopisten met een relatief laag volume en dit heeft de NVMDL doen besluiten geen volumenorm voor de ERCP vast te stellen, maar de PERK studie voort te zetten in de landelijke Kwaliteitsregistratie ERCP. Deelname aan deze registratie is vanaf 1 januari 2016 verplicht gesteld door NVMDL. Uit deze registratie moet voor 2017 een uitkomst

[118] Dutch Hospital Data, 2011.

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

[120] Dit beleidsplan is niet publiek beschikbaar.

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

* Geef toelichting

indicator voor de ERCP vastgesteld worden. In de registratie wordt onder meer bijgehouden of de intentie van het onderzoek ook behaald was. Het slagen van de procedurele intentie is de belangrijkste uitkomstmaat in de registratie. Intentie van het onderzoek kan zijn: 1 volledige steen extractie, 2 plaatsen van een plastic endoprothese in de galweg bij galweg stenose, 3 plaatsen van een metalen endoprothese bij galwegstenose, 4 drainage bij galweglekkage, 5 therapie bij chronische pancreatitis, 6 overig. Indien de endoscopist tijdens de procedure besluit om de ingreep over te geven aan een tweede endoscopist (supervisor) dan dient de procedurele uitkomst in de registratie opgenomen te worden op naam van deze tweede endoscopist. Dit procedurele succespercentage zou bij level 1 (Schutz classificatie^[122]) ERCP procedures minimaal 80 % moeten zijn. Het is hierbij uiteraard de bedoeling om in de komende jaren naar deze norm toe te werken.

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

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

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

15 Zenuwstelsel

Bij ziekten van het zenuwstelsel gaat het om ziekten van de hersenen, het ruggenmerg, de zenuwen en de zintuigen. Dementie was in 2011 de eerste doodsoorzaak, 9.090 mensen boven de 65 jaar overleden in dat jaar hieraan^[123]. Op dit moment zijn er nog weinig klinische behandelmogelijkheden voor dementie binnen de ziekenhuiszorg, waardoor dit nu geen indicatoronderwerp is. Dementie komt wel aan de orde bij de indicatoren voor kwetsbare ouderen. Beroerte is de derde doodsoorzaak, deze komt aan de orde in het hoofdstuk hart en vaten.

In de tabel op bladzijde 11-15 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op het zenuwstelsel, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

15.1 Parkinson

15.1.1 Indicator ParkinsonInzicht (DPIA)

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

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

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

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

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

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

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

ja nee*

[123] CBS doodoorzaken.

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

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

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

* Geef toelichting

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

16 Perinatale zorg

Verloskundige zorg heeft een belangrijke plaats in het ziekenhuis. In Nederland bevallen ieder jaar ongeveer 175.000 vrouwen^[126]. Het overgrote deel van de zwangerschappen eindigt met een gezonde moeder en een gezond kind. Echter, uitgaande van een zwangerschapsduur van 28 weken of meer, stierven er in 2011 4,8 per 1.000 kinderen voor of kort na de geboorte. Uitgaande van een zwangerschapsduur van minimaal 24 weken, betrof het 5,5 per 1.000 geboren kinderen^[127]. In Nederland bestaat de perinatale sterfte uit foetale sterfte en neonatale sterfte. Nederland presteerde relatief slecht op dit gebied en daar waren verbeteringen mogelijk. Daaruit volgt dat het een toezichtonderwerp met aandacht is.

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

In de tabel op bladzijde 11-15 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op perinatale zorg, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

16.1 Spontane bevalling

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

De zorg voor de bevalling richt zich op het op zo veilig mogelijke wijze komen tot een zo normaal mogelijke bevalling. Zowel sectio caesarea als vaginale kunstverlossing zijn geassocieerd met een verhoogde kans op morbiditeit en mortaliteit van moeder en kind. Een spontane partus geeft de laagste kans op morbiditeit en mortaliteit voor moeder en kind, bij de huidige bevalling en bij toekomstige bevallingen.^[128] Daarom is gekozen voor een indicator die zich richt op het aantal keren dat het lukt om te komen tot een spontane partus in de tweede- en derdelijnszorg. Zoals veel indicatoren indiceert deze indicator bij een laag (of hoog) aantal spontane partussen nader onderzoek door de inspectie. Een laag aantal normale partussen kan veroorzaakt worden door het vóórkomen van veel pathologie in de groep zwangeren waarvoor het ziekenhuis zorg draagt. De indicator maakt onderscheid in twee groepen waarvan groep a geheel door de tweede of derde lijn wordt begeleid en groep b tijdens de bevalling wordt overgedragen. De indicator is geaccordeerd door de algemene ledenvergadering van de NVOG op 13 november 2009. NTSV staat voor 'nulliparous term singleton vertex', ook gebruikt in de internationale literatuur, een referentiegroep van à terme (37+0 - 41+6 weken) nulliparae met een éénlingzwangerschap en het kind in hoofdligging.

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

Vinden er in uw ziekenhuis bevallingen plaats?

ja

nee*

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

[127] Sanderse C (RIVM), Verweij A (RIVM). Geboorte samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.

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

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

* Geef toelichting

Spontane partussen volgens definitie in de inclusiegroep

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

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

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

Partussen in de inclusiegroep

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

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

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

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

%

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

%

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

%

Toelichting:

17 Kwetsbare groepen

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

In de tabel op bladzijde 11-15 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op kwetsbare groepen, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

17.1 Ondervoeding geriatrische patiënten

Ondervoeding is een belangrijke bedreiging voor de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen^[129]. De prevalentie van ondervoeding bij de geriatrische patiënt is afhankelijk van de gehanteerde definitie van ondervoeding en de onderzochte populatie. De cijfers voor ondervoeding bij geriatrische patiënten in Nederland lopen daarom uiteen van 11% tot 61%^[130,131,132]. Zonder adequate en systematische screening kan ondervoeding niet als zodanig opgemerkt en behandeld worden. De richtlijn 'Comprehensive geriatric assessment' en de leidraad 'Ondervoeding bij de geriatrische patiënt' bevelen het gebruik van de (short form van) MNA (Mini Nutritional Assessment) aan voor de objectivering van de voedingstoestand van geriatrische patiënten.

17.1.1 Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten

Een geriatrische patiënt is een oudere patiënt die te maken heeft met multimorbiditeit en beperkingen. Ondervoeding is in deze populatie een veel voorkomend probleem met mogelijk verstrekken gevolgen voor de kwaliteit van leven. Een eerste stap om ondervoeding bij deze patiënten aan te pakken is het screenen van iedere nieuwe geriatrische patiënt die voor het eerst een polikliniek bezoekt. Het doel van deze indicator is dan ook om ondervoeding bij deze populatie terug te dringen door het bevorderen van vroege herkenning, zodat tijdig adequate behandeling van ondervoeding ingezet kan worden. Het niet behandelen van ondervoeding kan leiden tot daling van de weerstand, toegenomen kans op vallen^[133], heupfracturen, langzamer herstel en toegenomen kans op complicaties bij ziekte en na operatie. Dit kan leiden tot een negatieve spiraal zoals langere opnameduur, grotere kans op heropname, verhoogd medicijngebruik, toename van de zorgcomplexiteit, grotere kans op opname in een verpleeghuis en afname van de kwaliteit van leven^[134]. Gevalideerde instrumenten voor het screenen op ondervoeding bij geriatrische patiënten op de poli kliniek zijn: MNA(SF)^[135] of ongewild gewichtsverlies in combinatie met BMI. Het eerste deel van de MNA (de MNASF) is een screeningsinstrument^[136]. Voor ongewild gewichtsverlies worden afkap punten van meer dan 5% gewichtsverlies in de laatste maand, of meer dan 10% gewichtsverlies in de laatste 6 maanden gebruikt; voor BMI (bij ouderen) geldt een afkappunt onder de 20 kg/m² als criterium van ondervoeding^[137].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Andere screeningsinstrumenten zoals de MUST, de SNAQ en de SNAQ65+ zijn in dit kader geen gevalideerde instrumenten voor geriatrische patiënten op de geriatrische poli of dagkliniek^[138], maar kunnen binnen het ziekenhuis wel gebruikt worden bij de overige afdelingen.

- **Definities:**
 - Geriatrische patiënt: iedere patiënt van 70 jaar of ouder verwezen naar de geriatrische poli of dagkliniek (voor deze indicator).
 - Geriatrische poli of dagkliniek: poli of dagkliniek gespecialiseerd in de ouderengeneeskunde, bemand door een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde.
 - Gevalideerd screeningsinstrument: MNA(SF)^[139] of ongewild gewichtsverlies in combinatie met BMI. De MUST, de SNAQ en de SNAQ65+ zijn in dit kader geen gevalideerde instrumenten voor geriatrische patiënten op de geriatrische poli of dagkliniek.
- **Inclusiecriteria:**
 - Geriatrische patiënten die voor het eerst (niet beperkt tot het verslagjaar) op een poli of dag kliniek geriatrie gezien worden.

Wordt op alle in het ziekenhuis aanwezige geriatrische poli- of dagklinieken een gevalideerd screeningsinstrument gebruikt voor het vaststellen van ondervoeding?

ja nee* n.v.t.*

Is het aantal patiënten bekend die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding?

ja nee

Welk instrument gebruikt u bij screening?

Heeft u een steekproef genomen?

ja nee

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

Teller: aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding.

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

Percentage geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

[138] Asselt DZB van, Bokhorst-de van der Schueren MA van, Olde Rikkert M. Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2010.

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

* Geef toelichting

17.2 Colonchirurgie bij ouderen

In het ziekenhuis zijn oudere patiënten met een indicatie voor colonchirurgie gevoelig voor perioperatieve complicaties en de nadelige gevolgen hiervan. Uit de kwaliteitsregistratie van de colonchirurgie blijkt de mortaliteit sterk toe te nemen boven het 70ste levensjaar.

17.2.1 Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie

De kans op complicaties is het hoogst bij kwetsbare ouderen. In de praktijkgids Kwetsbare ouderen van VMS wordt geadviseerd om bij alle 70 plussers in het ziekenhuis te screenen op tenminste het risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies, vier belangrijke domeinen van kwetsbaarheid. Een gevalideerd instrument voor screening op een verhoogd risico op functieverlies bij opgenomen oudere patiënten is de ISARHP of de G8. Het is van belang dat alleen die ouderen worden geopereerd, waarbij de interventie waarde zal toevoegen aan de kwaliteit van leven, de levensduur en/of verbetering van het functioneren. Daarvoor is beoordeling door een generalistische specialist met ervaring op het gebied van de geriatrie van belang. Enerzijds om (contra)indicatie te beoordelen, anderzijds om adviezen te geven voor optimale perioperatieve begeleiding.

- **Inclusiecriteria:**
 - Unieke patiënten die op de dag van opname 70 jaar of ouder waren.
 - Indicatie electieve colonchirurgie.
 - Alleen de eerste indicatie voor colonchirurgie telt mee voor de indicator.
 - Diagnosecodes:
 - 303.333 Maligne neoplasma colon (exclusief sigmoid / rectum).
 - 303.334 Maligne neoplasma rectosigmoid overgang.
 - 303.335 Maligne neoplasma rectum.
 - 303.347 HIPEC.
 - 303.329 Overige niet maligne gastrointestinale aandoeningen.
 - ZA codes: 034563, 034602, 034603, 034612, 034613, 034638, 034735, 034738, 034739, 034752, 034753, 034792, 034793, 034808, 034809, 034810, 034811, 034832, 034833, 034834, 034854, 034880, 034910, 034911, 035013, 035020, 035024, 035122, 037332, 038909, 038912, 039958.
- **Definities:**
 - Gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid: ISARHP, G8 of of VMS screeningsbundel.

Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats? ja nee

Is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder bekend dat voor electieve colonchirurgie gescreend is op kwetsbaarheid? ja nee*

Teller: aantal patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie voor de ingreep gescreend met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid.

Noemer: aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.

Percentage gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie (wordt automatisch berekend): %

Toelichting:

* Geef toelichting

17.2.2 Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid

- **Inclusiecriteria:**
 - Unieke patiënten die op de dag van opname 70 jaar of ouder waren.
 - Indicatie electieve colonchirurgie (zie inclusiecriteria indicator 17.2.1):
 - Met een gevalideerd instrument is geconstateerd dat de patiënt kwetsbaar is
 - Alleen de eerste indicatie voor colonchirurgie telt mee voor de indicator.
- **Definities:**
 - Kwetsbare patiënt: Een patiënt gescreend met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid en als kwetsbaar beoordeeld.
 - Verrichting van CGA (039577), beperkt CGA in het kader van een medebehandeling (039581) of Vervolgbehandeling uitgevoerd door klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde na een eerder door hen uitgevoerd CGA (039579) is verricht in de periode 2 maanden voorafgaand aan de operatie.
 - Generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie: geriater of internist ouderengeneeskunde.

Vindt er in uw ziekenhuis electieve colonchirurgie plaats?

ja nee

Is het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie bekend dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie?

ja nee*

Teller: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie, dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie.

Noemer: aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie.

Percentage kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

17.3 Heupfractuur bij kwetsbare ouderen

17.3.1 Indicator Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur

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

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

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

* Geef toelichting

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

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

Behandelt u patiënten met een heupfractuur?

ja nee

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

ja nee*

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

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

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

[144] Fisher, A.A., Davis, M.W., Rubenach, S.E., Sivakumaran, S., Smith, P.N., & Budge, M.M. (2006). Outcomes for Older patients with hip fractures: the Impact of orthopedic and geriatric medicine cocare. J. Orthop. Trauma, 20, 172-180.

[145] Leung, A.H., Lam, T., Cheung, W., Chan, T., Sze, P., Lau, T., & Leung, K. (2011). An orthogeriatric Collaborative Intervention Program for Fragility Fractures: A Retrospective Cohort Study. The journal of Trauma Injury, Infection and Critical care, 71, 5.

[146] Lundstrum, M., Edlund, A, Lundstrom, G., Gustafson, Y. (1998). Reorganization of nursing and medical care to reduce the incidence of postoperative

delirium and improve rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. Scand J Caring Sci, 13, 193-200.

[147] Shyu, Y.L., Liang, J., Wu, C., Su, J., Cheng, H., Chou, S., Yang, C. (2008). Interdisciplinary Intervention for Hip Fracture in older Taiwanese: Benefits Last for 1 Year. Journal of Gerontology: Medical sciences, 63a (1), 92- 97.

[148] Stenvall, M., Olofsson, B., Nyberg, L., Lundstrom, M., & Gustafson, Y. (2007b). Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: randomized controlled trial with 1-year follow-up. J. Rehabil.Med., 39, 232-238.

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

[150] Vidan, M., Serra, J.A., Riquilme, G., & Ortiz, J. (2005). Efficacy of Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. JAGS, 53, 1476-1482.

[151] Nivel, 2010.

* Geef toelichting

17.3.2 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur

Oudere patiënten, die met een proximale femurfractuur worden opgenomen in het ziekenhuis zijn extra kwetsbaar. Uit literatuur blijkt dat significante comorbiditeit is geassocieerd met een slechtere gezondheidsuitkomst (iets minder dan de helft bereikt het functioneringsniveau van voor de val) en hogere mortaliteit (12 % tijdens opname en 36% 1 jaar na opname^[151]).

In Nederland betreft het 18.500 patiënten met een proximale femurfractuur per jaar. De incidentie van de proximale femurfractuur in de leeftijdscategorie 65-69 jaar is voor vrouwen 2 per 1000 en voor mannen 1 per 1000; oplopend in de leeftijdscategorie > 85 jaar voor vrouwen 28 per 1000 en voor mannen 16 per 1000^[152].

Voor de (hoog)bejaarde kwetsbare ouderen is de functionele uitkomst van groot belang. Daarom wordt bij het meten van uitkomsten de nadruk gelegd op het functionele domein. Bij patiënten met een proximale femurfractuur zijn de meest bestudeerde uitkomstmaten: mobiliteit en zelfredzaamheid in dagelijkse activiteiten.

Acht procent van de oudere patiënten met een proximale femurfractuur loopt in ziekenhuis schade op die potentieel vermijdbaar is^[153]. De kans op complicaties is het grootst bij kwetsbare ouderen. Zoals in de praktijkbundel VMS kwetsbare ouderen is vastgesteld, moet screening op kwetsbaarheid plaatsvinden bij opname van ouderen van 70 jaar en ouder. Het risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies wordt daarbij gescoord. Er zijn aanwijzingen dat standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrie zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op herstel tot oorspronkelijk functieniveau en ontslag naar oorspronkelijke woonsituatie verhoogd^[154,155]. Er zijn aanwijzingen bij 70 plussers dat standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrie zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op mortaliteit na 30 dagen^[156] en na 1 jaar vermindert^[157]. Het is aannemelijk/waarschijnlijk dat bij standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrie zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op overlijden in het ziekenhuis kleiner wordt^[158,159]. Op de uitkomstmaten functionaliteit en mortaliteit is er bewijs dat geïntegreerde behandeling leidt tot betere uitkomsten. Het is aannemelijk dat discriminatie tussen goede en mindere zorg daarbij mogelijk is. Omdat voor oudere patiënten het functionele domein van groot belang is, is ervoor gekozen om van dit domein indicatoren te ontwikkelen. Deze indicatoren zijn opgenomen in de kwaliteitsregistratie heupfracturen (de Dutch Hip Fracture Audit). Voor twee domeinen (mobiliteit en ADL) is een meting gekozen. De basis voor deze indicatoren is de richtlijn Multidisciplinaire behandeling voor kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur (NVKG, 2016).

Voor het domein mobiliteit is gekozen voor de Mobility score: een semi kwantitatieve maat

- 1 Onbekend
- 2 Mobiel zonder hulpmiddel
- 3 Buitenshuis mobiel met een stok
- 4 Buitenshuis mobiel met rollator of looprek
- 5 Alleen binnenshuis mobiliserend
- 6 Geen functionele mobiliteit (gebruik van benen bij het lopen)

Deze score wordt internationaal gebruikt (is opgenomen in de standaard set van het Europese Fragility Fracture Network) zowel als casemixfactor om de pre-operatieve mobiliteit in kaart te brengen en, als uitkomstmaat voor mobiliteit. De score is gebaseerd op het werk van Parker^[160]. De lijst is relatief eenvoudig te scoren met anamnestiche informatie, waarbij gescoord wordt per item en op het totaal percentage per categorie worden berekend.

[151] Nivel, 2010.

[152] Nivel, 2010.

[153] Nivel/Emgo+.

[154] Lundstrum, M., Edlund, A., Lundström, G., Gustafson, Y. (1998). Reorganization of nursing and medical care to reduce the incidence of postoperative delirium and improve rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci*, 13, 193-200.

[155] Stenvall, M., Olofsson, B., Nyberg, L., Lundström, M., & Gustafson, Y. (2007b). Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: randomized controlled trial with 1-year follow-up. *J. Rehabil. Med.*, 39, 232-238.

[156] Leung, A.H., Lam, T., Cheung, W., Chan, T., Sze, P., Lau, T., & Leung, K. (2011). An orthogeriatric Collaborative Intervention Program for Fragility

Fractures: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical care*, 71, 5.

[157] Shyu, Y.L., Liang, J., Wu, C., Su, J., Cheng, H., Chou, S., Yang, C. (2008). Interdisciplinary Intervention for Hip Fracture in older Taiwanese: Benefits Last for 1 Year. *Journal of Gerontology: Medical sciences*, 63a (1), 92- 97.

[158] Vidan, M., Serra, J.A., Riquilme, G., & Ortiz, J. (2005). Efficacy of Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. *JAGS*, 53, 1476-1482.

[159] Fisher, A.A., Davis, M.W., Rubenach, S.E., Sivakumaran, S., Smith, P.N., & Budge, M.M. (2006). Outcomes for Older patients with hip fractures: the Impact of orthopedic and geriatric medicine cocare. *J. Orthop. Trauma*, 20, 172-180.

[160] Parker, M.J., Palmer, C.R. (1993). A new mobility score for predicting mortality after hip fracture. *J. Bone Joint Surg* 1993; 75-B: 797-798.

Voor het domein functionaliteit is gekozen voor de Katz-6 ADL-lijst^[161]. Deze lijst die de algemene dagelijkse activiteiten (ADL) meet, is nu voor alle 70 plussers al onderdeel van de VMS-indicator kwetsbare ouderen bij opname. Nieuw voor deze categorie wordt de score bij ontslag en drie maanden na behandeling.

- 1 Heeft u hulp nodig bij baden of douchen?
- 2 Heeft u hulp nodig bij het aankleden?
- 3 Heeft u hulp nodig bij het naar het toilet gaan?
- 4 Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal?
- 5 Heeft u hulp nodig bij een transfer van bed naar stoel?
- 6 Heeft u hulp nodig bij het eten?

Per positief beantwoord item wordt een 1 gescoord (met hulp) en per negatief gescoord item een 0 (onafhankelijk). De score wordt opgeteld om de mate van afhankelijkheid in het ADL-functioneren weer te geven.

Voor de pre-operatieve score wordt de score gebruikt, zoals de situatie was vóór het valincident dat tot de fractuur leidde.

Voor de score na 3 maanden geldt een tijdsinterval van 10 tot 16 weken postoperatief.

- Definities
- Interval van de teller is van 1 januari tot en met 31 december. De driemaands follow up loopt dan van 1 januari tot en met 31 december. Dit houdt in dat de operatiedatum loopt van 1 oktober (registratiejaar-1) tot en met 30 september van het registratiejaar.
- Interval van de noemer is patiënten geopereerd van 1 januari tot en met 31 december. Proximale femurfractuur: fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3).
- Inclusiecriteria:
 - Ouderen: patiënten van 70 jaar en ouder met een proximale femurfractuur die operatieve behandeling zullen ondergaan. Ook patiënten die binnen drie maanden overleden zijn moeten geïnccludeerd worden.
 - Patiënten die zijn overleden, worden wel geïnccludeerd maar dienen te worden gescoord in de slechtste mobiliteitsscore (Mobility-score 6) en afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6).
- Exclusiecriteria:
 - Contra indicatie operatie; Indicatie palliatief beleid.

Worden er in uw ziekenhuis patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd?

ja nee

Teller: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, waarbij de Katz-ADL-score en de Mobilityscore beide bekend is preoperatief en drie maanden na ontslag^[162].

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in het verslagjaar^[163].

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

[161] Katz, S., FORD, A. B., MOSKOWITZ, R. W., JACKSON, B. A., & JAFFE, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 185, 914-919.

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

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

17.4 Medebehandeling bij kinderen

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

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

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

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

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

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

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

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

ja nee*

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

Toelichting:

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

[165] Aandachtspunt 6 Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling KNMG 2010.

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

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

[168] NVK website tabblad kwaliteit: kwaliteitscriteria kindergeneeskunde.

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

* Geef toelichting

17.4.2 Indicator Hoofdbehandelaarschap kinderarts bij interne problematiek

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

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

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

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

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

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

ja nee*

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

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

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

Percentage A1 (wordt automatisch berekend):

%

Percentage A2 (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

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

ja nee*

Toelichting:

* Geef toelichting

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

criteria kindergeneeskunde).

17.5 Stralingsbelasting bij kinderen

Het aantal onderzoeken met relatief hoge dosis röntgenstraling, zoals CT en doorlichting, is in Nederland de laatste 10 jaar sterk toegenomen. Blootstelling aan deze straling kan het lifetime risico op maligne afwijkingen vergroten. Kinderen zijn hiervoor extra gevoelig omdat zij over meer sneldelend weefsel beschikken en een langere levensverwachting hebben.

Bij deze doelgroep kan stralingsbescherming worden geborgd door het gebruik van zgn. kinderprotocollen, uitgaande van lagere stralingsdoses gebaseerd op het ALARA principe ("As Low As Reasonably Achievable"). Voorbeelden van verrichtingen waarbij een kinderprotocol dringend wordt aangeraden zijn CT-scans van het hoofd, thorax en abdomen, doorlichting van de buik en röntgenfoto's van de wervelkolom of buikoverzicht.



17.5.1 Indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen

Borging van stralingsbescherming door het gebruik van kinderprotocollen is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de betrokken beroepsgroepen NVvR, NVKF en NVK. Uit eerdere inventarisatie is gebleken dat nog niet alle instellingen hiervan gebruik maken.

- **Definities:**
 - Kinderen = patiënten met leeftijd 0-18 jaar ten tijde van het uitvoeren van het onderzoek.
 - Kinderprotocol = acquisitie protocol per type onderzoek met geoptimaliseerde instellingen voor röntgenapparatuur passend bij de leeftijd en/of gewicht van het kind. Dit protocol kan een papieren protocol zijn of een geprogrammeerd protocol in de röntgen-apparatuur.
 - ALARA-principe = "As Low As Reasonably Achievable", het gebruiken van zo weinig mogelijk straling als redelijkerwijs mogelijk is, waarbij rekening wordt gehouden met economische en sociale omstandigheden.
- **Inclusie criterium:**
 - Kinderen tot 18 jaar
- **Exclusie criterium:**
 - Volwassen (18 jaar en ouder)

Worden in uw instelling kinderen behandeld?

ja nee

Worden in uw instelling voor CT onderzoeken^[171] bij kinderen kinderprotocollen gebruikt?

ja nee*

Worden in uw instelling voor doorlichtingsonderzoeken bij kinderen kinderprotocollen gebruikt?

ja nee*

Worden in uw instelling voor röntgenfoto's bij kinderen kinderprotocollen gebruikt?

ja nee*

Toelichting:

[171] Voorbeelden van onderzoeken die van toepassing zijn voor deze indicator: CT: CT hoofd; CT cervicaal; CT thorax; CT wervelkolom; CT abdomen; CT bekken. **Doorlichting:** Doorlichting slokdarm/maag; Doorlichting colon; Doorlichting dunne darm; Mictiecystogram. **Röntgenfoto's:** Thoraxfoto; CWK-foto; TWK-foto; LWK-foto; Buikoverzicht; Bekken/heup-foto.

* Geef toelichting

18 Algemeen kwaliteitsbeleid

Bij een goed beleid is een instelling beter in staat om kwaliteitsproblemen zelf op te vangen. Een cultuur waarbij open over problemen kan worden gepraat, kan voorkomen dat er risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de instelling. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

In de tabel op bladzijde 11-15 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op het algemeen kwaliteitsbeleid, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

18.1 Functioneren medisch specialisten

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist en arts. Dat leidt tot de stelling dat goede (medisch specialistische) zorg in belangrijke mate wordt bepaald door het functioneren van de medisch specialist en arts. Het feit dat de kwaliteit van de organisatie van een kliniek eveneens zeer belangrijk is voor goede zorg doet niets af aan die constatering.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg neer bij het bestuur van de instelling. Het is voor de inspectie dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de evaluatie van het functioneren van de medisch specialist of arts zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.



18.1.1 Indicator IFMS

Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) is een evaluatief systeem dat gericht is op het (verder) verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten. Nadat dit systeem in 2008 door Orde van Medisch Specialisten (OMS – nu Federatie Medisch Specialisten) werd gepresenteerd, is het uitgerold in de Nederlandse instellingen.

Dat IFMS een onveranderd belangrijke rol speelt in het bevorderen van het optimaal functioneren van de medisch specialist, werd ook beschreven in het visiedocument 'Optimaal Functioneren van medisch specialisten' van de OMS uit 2013. De ervaringen met IFMS en veelvoud aan verschijningsvormen die IFMS inmiddels kende was aanleiding voor de OMS om aanbevelingen ten aanzien van IFMS te herijken.

In 2014 heeft de Federatie Medisch Specialisten de leidraad IFMS uitgebracht. Deze leidraad^[172] biedt handvatten om het individueel functioneren van een medisch specialist te evalueren en verder te ontwikkelen. In de uitvoering houdt de medisch specialist daartoe onder andere een portfolio bij over de mate waarin en de wijze waarop hij/zij voldoet aan de zogenaamde Can-MEDS-competenties. Daarnaast wordt de omgeving geraadpleegd, inclusief de patiënt, afhankelijk van de lokale invulling. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd, bij voorkeur met een collega medisch specialist. ZKN heeft na overleg met IHC/de Zorgmakelaar, de Federatie Medisch Specialisten, een IFMS adviesbureau, Achmea en de inspectie een IFMS Handreiking^[173] opgesteld die is toegesneden op kleinere organisaties.

Onder invloed van discussies over meer openheid en transparantie in de zorg en incidenten die twijfel oproepen over het handelen van sommige individuele artsen én hun professionele attitude, is de afgelopen jaren (een hernieuwde) belangstelling ontstaan voor het professioneel functioneren van de individuele medisch specialist.

De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en de activiteiten van de medische staf dienen erop ingericht te zijn om de kwaliteit en veiligheid te bevorderen en te borgen. Echter er was (en is) een brede consensus dat de verantwoordelijkheid voor het professioneel functioneren in de eerste instantie bij de medisch specialist zelf berust en dat IFMS een instrument is dat hier aan kan bijdragen. Dit staat beschreven in de Kwaliteitskaders van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de KNMG uit 2010, en in het Staat van de Gezondheidszorg rapport van de inspectie uit 2009.

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

[173] http://www.vmszkn.nl/media/toolbox/20131114_ZKN_IFMS_Handreiking.pdf

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

- **Probleemstelling**
De resultaten uit de basisset wijzen erop dat inmiddels 90% van de ziekenhuizen een systeem van IFMS heeft en 80% van de medisch specialisten aan IFMS heeft deelgenomen. De structurele implementatie blijkt echter beter te kunnen en ook de wijze waarop IFMS wordt uitgevoerd kan worden verbeterd. Het risico bestaat van suboptimale inrichting en uitvoering van IFMS is dat het doel van dit systeem, namelijk de persoonlijke verbetering van het functioneren van de medisch specialist niet of wordt bereikt. De ervaringen met IFMS en het veelvoud aan verschijningsvormen dat IFMS inmiddels kende was in 2014 aanleiding voor de OMS om aanbevelingen ten aanzien van IFMS te herijken en vast te leggen in de "Leidraad IFMS". Nu ook recent het regelmatig evalueren van het individueel functioneren als eis is opgenomen in het nieuwe Herregistratie Besluit Specialististen en deze verplichting geldt per 2020, is het van belang de aandacht voor de implementatie van IFMS en de wijze waarop dit gebeurt te blijven monitoren.
- **Richtlijn/ norm**
De normatieve kaders waarin deze indicator is ontleend zijn:
 - Het Kwaliteitskader Medisch Specialisten (OMS, 2010)
 - Het Kwaliteitskader voor alle artsen (KNMG, 2010)
 - Het Herregistratie Besluit Specialististen (CGS, 2015)
 - De Leidraad IFMS (OMS, 2014)

In de bovenstaande kaders staat de eis tot deelname aan IFMS opgenomen, en de eisen die daaraan gesteld worden. De Leidraad IFMS bevat bovendien een tweetal checklists (bijlage 1 Leidraad) bedoeld om de lokale uitvoering van IFMS optimaal te ondersteunen. Het systematisch afwerken van deze checklists helpt lacunes in de aanpak te ontdekken en gerichte acties te benoemen. De checklists zijn daarmee ook een ijkpunt voor het beleidsmatig borgen van het onderwerp IFMS binnen de medische staf middels een procedurele beschrijving of lokaal protocol.

- **Doelstelling**
Alle medisch specialisten nemen één keer in de twee jaar deel aan een evaluatiecyclus conform de in de Leidraad IFMS genoemde instrumenten en randvoorwaarden.
- **Definities**
 - **Evaluatiecyclus:** Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) is een evaluatief systeem dat gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten door in een periodiek gesprek de omgevingsfeedback, het eigen portfolio en de zelfreflectie te bespreken. Dit (vertrouwelijke) gesprek wordt gebruikt als input voor een individueel ontwikkelingsplan. In een volgend gesprek (uiterlijk na twee jaar) worden, naast het bespreken van de nieuwe zelfreflectie, het bijgewerkte portfolio en de nieuwe omgevingsfeedback, de resultaten van het ontwikkelingsplan geëvalueerd en bijgesteld.
 - **Instrumenten:** Een IFMS-instrument is een hulpmiddel om één of meerdere aspect(en) van het functioneren te evalueren. Zo zijn 3600-graden feedback (o.a. Multisource Feedback en Appraisal & Assessment), het portfolio, de zelfevaluatie, het evaluatiegesprek, het persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) op te vatten als IFMS-instrumenten.
 - **Randvoorwaarden:** Om bovengenoemde instrumenten goed te kunnen hanteren en tot hun recht te laten komen, moet in de instelling aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Deze randvoorwaarden zijn duidelijk geworden uit (inter)nationale ervaringen met soortgelijke (HRM-) evaluatiesystemen en uit systematisch onderzoek zoals dat hier in Nederland is verricht. De randvoorwaarden zijn nader weergegeven in de Leidraad IFMS.

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

Ontwikkel Plan. Bij het onderdeel gegevensverzameling voor het evaluatiegesprek wordt een gevarieerd samengestelde groep van direct-betrokkenen geraadpleegd en het evaluatiegesprek bedoeld onder vindt plaats met een aantoonbaar daarvoor opgeleide persoon. Dit alles conform de Leidraad IFMS.

- *Inclusiecriteria*
- *Medisch specialist werkzaam in instelling (vrij beroep en dienstverband)*
- *Exclusiecriteria*
- *Medisch specialist niet werkzaam in instelling*

Is in de instelling een IFMS systematiek^[175], zoals beschreven in de Leidraad IFMS (2014) en te checken middels de in de Leidraad opgenomen checklists, in volle omvang ingevoerd? ja nee* n.v.t.*

Zo nee: gaarne toelichting op welke aspecten wijkt het in de instelling gehanteerde systeem afwijkt van de eisen die in de Leidraad IFMS aan een IFMS systeem worden gesteld.

Sinds welk kalenderjaar voldoet de in uw instelling gehanteerde systematiek aan bovengenoemde eisen?

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

Zijn er afspraken^[176] tussen de Raad van Bestuur en medisch specialisten over de manier waarop deelgenomen wordt aan IFMS in de eigen instelling? ja nee* n.v.t.*

Teller: het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal een gesprek heeft deelgenomen.

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

Percentage (wordt automatisch berekend): %

PK 18.1.2 Indicator Functioneringsgesprekken in particuliere klinieken

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

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

[175] Om te checken of de in de instelling gehanteerde systematiek voor IFMS voldoet aan de daaraan gestelde eisen in de leidraad IFMS, kunnen de checklists worden gebruikt die te vinden zijn in bijlage 1 van de Leidraad.

[176] Het betreft hier in ieder geval schriftelijke afspraken over deelname, het feit dat evaluatiegesprek hebben plaatsgevonden, het informeren van de

specialist richting de groep waartoe hij/zij behoort en – indien aanwezig – het bestuur of de leiding van de instelling of organisatievorm waarin hij/zij werkzaam is.

* Geef toelichting

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

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

Toelichting:



18.1.3 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren^[178] medisch specialisten

De kerntaak van de inspectie is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet behandeld worden door medisch specialisten die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. Het IFMSrapport^[179] stelt dat er een goede procedure in de instelling aanwezig moet zijn voor het oplossen van problemen met disfunctionerende medisch specialisten. De inspectie treft regelmatig situaties aan waarbij disfunctioneren aanwezig is zonder dat de aanwezige procedure is gebruikt. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed. De inspectie gaat er vanuit dat disfunctioneren natuurlijk ongewenst is, maar het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord.

De inspectie kan en zal het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.

Heeft de instelling een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist?

ja nee*

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

ja nee*

Toelichting:

18.2 Patiënttevredenheid

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



18.2.1 Indicator Klachten

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

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

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

[178] 'Een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de

betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.'

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

* Geef toelichting

Heeft u in het verslagjaar nieuwe klachten binnengekregen?

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

Toelichting:

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

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

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

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

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

PK 18.2.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek

In een patiënttevredenheidsonderzoek komen onderwerpen aan de orde als ontvangst, bejegening en behandeling door de arts, het verstrekken van informatie, vertrek en nazorg. Om optimale en klantgerichte zorg te kunnen leveren, is het van belang dat de instelling op de hoogte is van de tevredenheid van haar patiënten.

Het meten van patiënttevredenheid op zich is niet ingewikkeld; dit zo doen dat de resultaten ook werkelijk wat zeggen is wel ingewikkeld. Hiervoor zijn gevalideerde vragenlijsten ontwikkeld, zoals de CQ-index (voor patiëntervaringen en wat zij belangrijk vinden) of de vragenlijsten van de NVZ en ZKN. Onder systematisch onderzoek naar tevredenheid van patiënten wordt verstaan: 'het minimaal eenmaal per patiënt per kalenderjaar afnemen van een vragenlijst over of interview naar de tevredenheid van de patiënt'. Een andere methode is om dit bij alle patiënten op één dag in het jaar te doen.

Voerde u in het verslagjaar patiënttevredenheids- onderzoek uit?

- ja nee*

Van welke vragenlijst maakte u gebruik?

- CQ index
 NVZ vragenlijst
 ZKN vragenlijst
 Anders, namelijk

Toelichting:

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

- ja nee*

Toelichting:

* Geef toelichting

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

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

ja nee*

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

Toelichting:

18.3 Kwaliteitskeurmerk

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

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

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

PK 18.3.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk

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

ja nee*

Indien ja (meerdere antwoorden mogelijk)

- ISO 9001, datum laatste afgifte
- HKZ, datum laatste afgifte
- ZKN, datum laatste afgifte
- NIAZ, datum laatste afgifte
- Anders, namelijk, datum laatste afgifte

Toelichting:

18.4 Meldcode

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Sinds 1 juli 2013^{h80j} zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Zie voor meer informatie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>.

* Geef toelichting

[180] <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>

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

Een meldcode beschrijft in 5 stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval deze 5 stappen:

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

PK 18.4.1 Indicator Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

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

ja nee*

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

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

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

ja nee*

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

Indien **nee**:

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

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

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

- 2018
 2019
 Onbekend

Toelichting

* Geef toelichting

18.5 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen

De wetenschappelijke vereniging toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of de praktijkvoering aan vastgestelde normen voldoet. Doel van de visitatie is het verkrijgen van een objectief oordeel over de kwaliteit van de zorgverlening in een instelling. Als een instelling door de wetenschappelijke vereniging is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor goede zorgverlening.

PK 18.5.1 Indicator Visitatie door NVA^[181]

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

PK 18.5.2 Indicator Visitatie door NVKNO

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

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

[182] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden

verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[183] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef toelichting

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

ja nee*

Toelichting:

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja* nee

Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?

ja* nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[184] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja nee*

Heeft u van de NVKNO hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

ja nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

ja* nee

Werden de voorwaarden^[185] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja nee*

Heeft u van de NVKNO hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

ja nee*

Toelichting:

PK 18.5.3 Indicator Visitatie door NOG

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

ja nee*

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

ja nee*

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja* nee

Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?

ja* nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[186] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja nee*

[184] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[185] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen

de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

[186] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

* Geef toelichting

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

Werden er voorwaarden gesteld? ja* nee

Werden de voorwaarden^[187] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd? ja nee*

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

Toelichting:

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

Indien **nee**:

Vond vervolgisitatie binnen 1 jaar plaats? ja nee*

Toelichting:

PK 18.5.4 Indicator Visitatie door NVVC

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

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

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

Zijn de cardiologen werkzaam in uw centrum (ook) in een andere instelling gevisiteerd? ja nee*

Toelichting:

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

Werden er aanbevelingen gedaan? ja* nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven? ja* nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[188] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd? ja nee*

[187] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

[188] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

* Geef toelichting

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

Werden er voorwaarden gesteld? ja* nee

Werden de voorwaarden^[189] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd? ja nee*

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

Toelichting:

PK 18.5.5 Indicator Visitatie door NVDV

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

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

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

Toelichting:

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

Werden er aanbevelingen gedaan? ja* nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven? ja* nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[190] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd? ja nee*

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

Werden er voorwaarden gesteld? ja* nee

Werden de voorwaarden^[191] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd? ja nee*

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

[189] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

[190] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden

verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

[191] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

Toelichting:

PK 18.5.6 Indicator Visitatie door NVPC

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

ja nee*

Indien ja, geef aan welke:

NVDV
 NVKNO
 NVPC
 NOG
 NVCG
 Anders, namelijk:

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

ja nee*

Wat is de datum van de laatste visitatie?

____ | ____ | _____

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

ja nee*

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja* nee

Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?

ja* nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[192] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja nee*

Heeft u van uw beroepsvereniging hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

ja nee*

Werden er voorwaarden gesteld?

ja* nee

Werden de voorwaarden^[193] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja nee*

Heeft u van uw beroepsvereniging hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

ja nee*

Toelichting:

[192] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

[193] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

PK 18.5.7 Indicator Visitatie door NOV

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

PK 18.5.8 Indicator Visitatie door NVMDL^[196]

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

[194] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[195] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen

de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

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

* Geef toelichting

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

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

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

Zijn de internisten werkzaam in uw instelling (ook in een andere instelling gevisiteerd)? ja nee*

Toelichting:

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

Werden er aanbevelingen gedaan? ja* nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven? ja* nee

Werden de zwaarwegende adviezen^[197] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd? ja nee*

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

Werden er voorwaarden gesteld? ja* nee

Werden de voorwaarden^[198] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd? ja nee*

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

Toelichting:

[197] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

[198] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

19 Volume

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

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

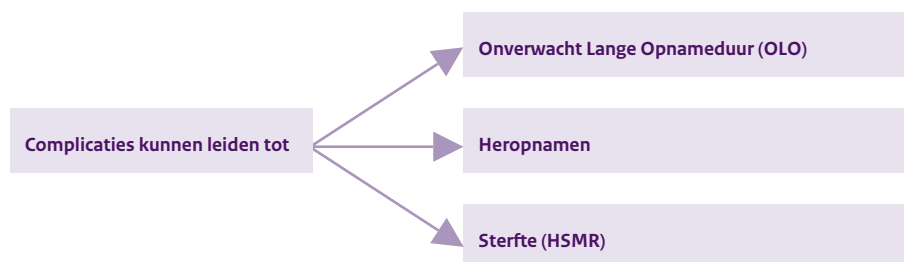
20 Onverwacht lange opnameduur en heropnamen

In Nederland is vanaf 2006 gewerkt aan de ontwikkeling van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Dit is een deels gecorrigeerde maat voor ziekenhuissterfte bij 50 diagnosegroepen die in Nederland verantwoordelijk zijn voor ongeveer 80 procent van de ziekenhuissterfte. De NZa heeft alle ziekenhuizen vanaf 2013 verplicht de HSMR en de SMR's per patiëntencategorie openbaar te maken. Deze indicatoren verkrijgt de inspectie via de NZa.

Een indicator die alleen gebaseerd is op ziekenhuissterfte, toont – als het om het in beeld brengen van complicaties gaat – in feite slechts 'het topje van de ijsberg' van complicaties. De meeste complicaties leiden niet tot sterfte, maar tot andere vormen van schade die kunnen leiden tot een verlengde opnameduur of tot heropnamen.

Figuur 1 geeft drie samenhangende uitkomstindicatoren weer voor mogelijk negatieve uitkomsten van klinische ziekenhuiszorg: onverwacht lange opnameduur (OLO), heropnamen en sterfte.

Figuur 1
Samenhangende uitkomstindicatoren



Het is belangrijk om deze indicatoren niet geïsoleerd te beoordelen maar in samenhang, omdat er substitutie tussen deze indicatoren kan optreden. Deze indicatoren kunnen ziekenhuizen inzetten om het dossieronderzoek efficiënter uit te voeren. Een aselechte steekproef van dossiers geeft een goed inzicht in het landelijke beeld van onbedoelde schade, terwijl een selectie van dossiers op basis van OLO, Heropnamen en HSMR de kans op het vinden van dossiers met adverse events vergroot. De brancheorganisatie DHD is één van de partijen die ziekenhuizen instrumenten biedt waarmee ziekenhuizen dossieronderzoek op basis van deze indicatoren efficiënter kunnen uitvoeren.

20.1 Onverwacht lange opnameduur

Uit onderzoek van EMGO en NIVEL naar zorggerelateerde schade in Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat 1,6% van alle in 2011/2012 in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken kreeg met potentieel vermijdbare schade. Dat is 30% minder dan in 2004 en 45% minder dan in 2008^[199].

Het onderzoek benoemt een aantal triggers in ziekenhuisdossiers die helpen bij het opsporen van onbedoelde en vermijdbare gebeurtenissen die tot schade bij patiënten kunnen leiden. Inmiddels doen vele ziekenhuizen dossieronderzoek voor het monitoren en waar mogelijk verminderen van vermijdbare schade. Hiertoe traint onder andere de brancheorganisatie DHD, de medewerkers uit het ziekenhuis, om triggers te signaleren en vervolgens in de geïdentificeerde dossiers systematisch te zoeken naar onbedoelde gebeurtenissen. Uit het EMGO/NIVEL onderzoek blijkt dat een veel langere opnameduur dan verwacht een goed meetbare en belangrijke trigger is. Deze onverwacht lange opname

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

duur wordt vrijwel altijd veroorzaakt door onverwachte complicaties die al dan niet aan de zorgverlening gerelateerd zijn. Ook recent onderzoek laat zien dat het selecteren op basis van onverwacht lange opnameduur voor het dossieronderzoek de kans op het vinden van onbedoelde schade vergroot en een belangrijk handvat biedt om de zorg te verbeteren^[200]. Omdat ziekenhuizen opnameduur en verwachte opnameduur al standaard in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) registreren, is de onverwacht lange opnameduur een makkelijk meetbare indicator zonder extra registratielast^[201].

20.1.1 Indicator Onverwacht lange opnameduur

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

DHD maakt voor elk ziekenhuis dat aan de LBZ deelneemt een rapportage waarin deze indicator is uitgewerkt. Naast de indicatorgegevens bevat de rapportage ook een overzicht per specialisme en een bestand met gegevens op patiëntniveau dat het ziekenhuis kan gebruiken voor dossieronderzoek.

De gegevens van deze indicator vult DHD, indien van toepassing voor uw ziekenhuis, reeds vooraf in. U hoeft de gegevens bij de invoermodule op de website alleen te accorderen.

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

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

ja nee*

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

20.2 Heropnamen

Heropnamen kunnen een indicatie geven over de patiëntveiligheid. Hiervoor is het nodig voor zover mogelijk onderscheid te maken tussen heropnamen die het gevolg zijn van verminderde patiëntveiligheid en kwaliteit en heropnamen die voortkomen uit het ziekte- of behandelproces dat een patiënt doorloopt. Op basis van een administratieve database (LBZ) valt dit onderscheid

nooit met 100% zekerheid te maken. De heropnamenratio is een indicator die een signaal kan geven dat een ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen weinig/gemiddeld/veel heropnamen heeft. Een afwijkende heropnamenratio moet leiden tot nader onderzoek: wat zijn onderliggende oorzaken voor de gevonden heropnamenratio?

* Geef toelichting

[200] Cihangir S, Borghans I, Hekkert K, et al. A pilot study on record reviewing with a priori patient selection. *BMJ Open* 2013;3:e003034. doi:10.1136/bmjopen-2013-003034.

[201] Borghans I, Hekkert KD, den Ouden L, et al. Unexpectedly long hospital stays as an indicator of risk of unsafe care: an exploratory study. *BMJ Open* 2014;4:e004773. doi:10.1136/bmjopen-2013-004773.

Heropnamen is een indicator in ontwikkeling, waarbij de definitie en berekening zo gekozen is dat het zo goed mogelijk onderscheid maakt tussen heropnamen als gevolg van verminderde patiëntveiligheid en kwaliteit en heropnamen vanwege overige redenen, waaronder de heropnamen die standaard onderdeel van de zorg uitmaken.

20.2.1 Indicator Heropnamen

Onder 'heropname' verstaat de inspectie een opname binnen 30 dagen na de ontslagdatum van de indexopname van de patiënt. De indexopname is de opname vóór de heropname.

Voor de berekening van de heropnameratio wordt het werkelijke aantal heropnamen gedeeld door het aantal verwachte heropnamen. Het aantal verwachte heropnamen wordt bepaald door rekening te houden met de relevante casemixvariabelen, waaronder leeftijd, geslacht, urgentie van de indexopname en comorbiditeiten.

- **Inclusiecriteria:** Klinische opnamen
- **Exclusiecriteria:** De diagnosegroepen oncologie, obstetrie en psychiatrie worden momenteel uitgesloten in zowel index- als heropname en teller als noemer. Daarnaast worden de opnamen waarin een patiënt is overleden niet meegenomen in de noemer van de indicator.

Voor de volledige exclusiecriteria en casemixcorrectie wordt verwezen naar de methodologische verantwoording in het rapport LBZ indicatoren over het betreffende registratiejaar wat uitgebracht wordt door DHD.

De gegevens ten behoeve van deze indicator zijn beschikbaar in de LBZ. DHD stelt voor elk ziekenhuis dat volledig aan de LBZ deelneemt een rapportage op waarin de indicator heropnamen is uitgewerkt. De gegevens voor deze indicator vult DHD, indien uw ziekenhuis volledig deelneemt aan de LBZ, reeds vooraf in op ziekenhuizentransparant.nl. U hoeft de gegevens bij de invoermodule op de website alleen over te nemen.

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

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

Ratio (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

21 Inventarisatievragen particuliere klinieken

In dit hoofdstuk vindt u inventarisatievragen specifiek voor de particuliere klinieken. Dit zijn vragen die de inspectie meer inzicht geven in de organisatie van de particuliere kliniek. De inventarisatievragen zijn onderverdeeld in algemene organisatorische vragen, vragen over het personeel en vragen over de behandelingen die een instelling aanbiedt. Bij enkele inventarisatievragen is het diagnostisch onderzoek^[202] geëxcludeerd. Dit is expliciet aangegeven en indien dit niet is benoemd, dan moeten deze aantallen dus worden geïnccludeerd.

De inventarisatievragen moet elke particuliere kliniek via www.ziekenhuizen transparant.nl beantwoorden voordat de particuliere kliniek de resultaten op de indicatoren digitaal kan aanleveren.

Algemene organisatie

Inventarisatievraag: Organisatie

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

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

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

* Geef toelichting

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

- ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
- ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
- nee *

Toelichting

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

- ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
- ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
- nee *

Toelichting

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

Meldpunt Inspectie voor de Gezondheidszorg

Fax: 088-1205001

Email: meldpunt@igz.nl

Adres: Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

Personeel

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

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

Inventarisatievraag: Percentage BIG-geregistreeerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE

De Wet BIG spreekt zich uitdrukkelijk uit over de bevoegdheid en de bekwaamheid van beroeps- beoefenaren. Ook al is een beroeps- beoefenaar bevoegd tot het uitvoeren van een bepaalde behandeling, indien hij niet bekwaam is mag hij de behandeling toch niet uitvoeren. De norm is dus dat een behandeling wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die bevoegd en bekwaam is om dergelijke handelingen of verrichtingen te doen. Het is een taak van de raad van bestuur/directie om de BIG-registratie, maar ook de bekwaamheid van de zorgverleners te controleren, bewaken en vast te leggen. Dit vanwege de risico's die een behandeling door een onbekwaam arts met zich meebrengt, ook bij de indicatiestelling voor de ingreep en het inschatten van de resultaten van de behandeling bij een patiënt.

De volgende vragen gaan over de samenstelling, de deskundigheid en de bekwaamheid van de zorgverleners.

- *Inclusiecriteria:*
 - *Onder medisch specialisten worden ook in het buitenland opgeleide artsen die een BIG en RGS-registratie hebben, bedoeld.*
 - *Ingehuurd (ziekenhuis)personeel.*

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

- ja nee

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

* Geef toelichting

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

ja nee

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

Waren er in het verslagjaar geregistreerde anesthesie-medewerkers en OK-assistenten^[204] werkzaam in uw instelling?

ja nee

Teller: Wat is het aantal geregistreerde anesthesie-medewerkers 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

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

Noemer: Wat is het totaal aantal personeelsleden (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

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

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

- **Definitie:**
Buitenlandse artsen zijn gedefinieerd als artsen die hun medische basisopleiding en/of hun medisch specialistische opleiding buiten Nederland hebben gevolgd. Ook buitenlandse artsen met een tijdelijk contract, buitenlandse artsen die hun vervolgopleiding nog niet hebben afgemaakt of freelance werkende buitenlandse artsen vallen hieronder.

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

ja nee

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

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

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

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

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

ja nee*

Toelichting:

Inventarisatievraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen, meer mogelijkheden hebben om hun vak breed uit te oefenen en hun vaardigheden op peil te houden. Daarnaast zijn in ziekenhuizen vaak meer kwaliteitsbevorderende activiteiten.

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

ja nee*

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

ja nee*

Toelichting

Inventarisatievraag: Bereikbaarheid

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

Hoe was de 24-uurs continuïteit van zorg in het verslagjaar gewaarborgd?

- De behandelend arts was 24 uur per dag oproepbaar
 De dienstdoende arts was 24 uur per dag oproepbaar
 De spoedeisende hulp van het ziekenhuis ving patiënten op
 Anders, licht toe*

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

ja nee*

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

ja nee*

Toelichting

Behandelingen

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

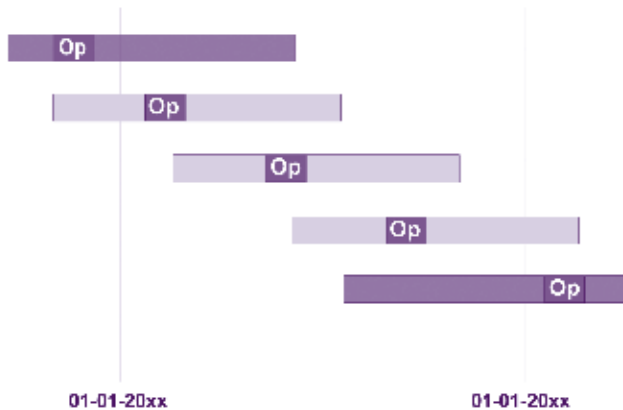
- Definitie behandelingen:
Een behandeling betreft een in het verslagjaar nieuw gestart behandeltraject van medische (specialistische) of gedragwetenschappelijke aard, maar hoeft niet een afgesloten (DOT)traject te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt. Verrichtingen die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

* Geef toelichting

In figuur 3.1 staat schematisch weergegeven welke behandelingen meegeteld kunnen worden voor het verslagjaar. Elk balkje staat voor een zorgtraject met een voorbereiding, zorgactiviteit of operatie en nazorg. De drie middelste zorgtrajecten worden geselecteerd omdat de zorgactiviteiten of operaties binnen het verslagjaar vallen.

Figuur 3.1

Schematische toelichting op de selectie van de behandelingen^[205]



Op = operatie / zorgactiviteit

Inventarisatievraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen

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

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat binnen uw instelling werd behandeld en/of waar diagnostisch onderzoek^[206] werd uitgevoerd?

ja nee*

Indien ja:

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

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

ja nee*

Indien ja:

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

Toelichting:

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

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

* Geef toelichting

Inventarisatievraag: Invasieve behandelingen

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

- *Definitie invasieve behandelingen: behandelingen waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Dit zijn dus snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie.^[208] Daarnaast alle (endo)scopische ingrepen, zoals coloscopie.*

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

Voerde uw instelling in het verslagjaar **invasieve** behandelingen uit (exclusief het diagnostisch onderzoek^[209])?

ja nee*

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

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

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

ja nee*

Indien **ja**,

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

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

Toelichting:

Inventarisatievraag: Specifieke ingrepen

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

Oogheelkundige ingrepen:
– refractiechirurgie
– cataract

ja nee
 ja nee

Orthopedische ingrepen

ja nee

Plastisch chirurgische ingrepen

ja nee

Cosmetische ingrepen

ja nee

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

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

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

* Geef toelichting

Bariatrische chirurgie en/of ingrepen ja nee

Dermatologische ingrepen ja nee

Keel-, neus- oorheelkundige ingrepen ja nee

Diagnostisch onderzoek^[211] ja nee

Inventarisatievraag: Zorgzwaarte van de patiënten

Om de gezondheidstoestand van de patiënt te beoordelen voor een invasieve ingreep/operatie is het gebruikelijk om patiënten voorafgaand aan de ingreep/preoperatief in te delen in vijf ASA-klassen (American Society of Anesthesiologists). ASA 1 komt overeen met een volkomen gezonde patiënt, ASA 2 betreft patiënten met een systemische aandoening die niet tot beperkingen in de dagelijkse activiteiten leidt, bij ASA 3 is dat wel het geval, ASA 4 betreft patiënten met zeer ernstige gezondheidsproblemen, bij ASA 5 patiënten is overlijden met of zonder ingreep binnen 24 uur te verwachten. Naast de ASA-klasse zijn er ook leeftijdsafhankelijke gezondheidsaspecten die van invloed zijn op de risico's van een operatie.

Registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar? ja nee

Indien ja:

Kunt u onderscheid maken naar ASA-klasse? ja nee

Indien ja:

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

Teller 4.2.3: ASA-klasse 3 en hoger*

Teller 4.2.4: ASA onbekend*

*Toelichting (inclusief type behandeling):

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

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

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

Indien ja:

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

*Toelichting (inclusief type behandeling):

Inventarisatievraag: Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen. Invasieve behandelingen van kinderen kunnen naar het oordeel van de inspectie alleen onder duidelijke voorwaarden^[212] in een particuliere kliniek worden verricht. Voor elke invasieve behandeling, operatie of onderzoek dient de screening op het risico op delier te worden vastgelegd bij alle patiënten van

* Geef toelichting

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

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

70 jaar en ouder. Indien een patiënt als risicopatiënt wordt beschouwd, kan deze patiënt niet in een particuliere kliniek worden behandeld en dient er gericht te worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar?

ja*

nee

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

ja

nee

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

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

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

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

* Toelichting

- Type behandeling
- Aantallen patiënten per type behandeling

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