



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Basisset
Medisch Specialistische Zorg
Kwaliteitsindicatoren**




2021

voor ziekenhuizen en particuliere klinieken



Voor algemene informatie over kwaliteitsindicatoren en verbeterdoelen en een digitale basisset verwijzen wij u naar de websites www.igj.nl, <https://omniq.dhd.nl> en <https://www.desan.nl>. Bij verschil tussen deze publicatie en de websites van Omniq en Desan zijn de websites leidend.

In de basisset MSZ zijn drie doelgroepen te onderscheiden:

-  Kwaliteitsindicatoren en verbeterdoelen aan te leveren door ziekenhuizen, aangegeven in kleur oranje;
-  Kwaliteitsindicatoren en inventarisatievragen aan te leveren door particuliere klinieken, aangegeven in kleur blauw;
-  Verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren aan te leveren door ziekenhuizen en particuliere klinieken, aangegeven in kleur paars.

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

In samenwerking met

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



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Inhoud




Wat is de basisset?	6
Basisfilosofie	11
Gebruikershandleiding	12

Indicatoren ziekenhuizen




Indicatoren en inventarisatievragen particuliere klinieken

1 Operatief proces



1.1 Preoperatief en infrastructuur

	1.1.1	Indicator Kwalificatie behandelruimte		59
	1.1.2	Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV		61
	1.1.3	Verbeterdoel Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase	15	



1.2 Peroperatief

	1.2.1	Indicator Procedurele sedatie		61
	1.3	Traumatologische en orthopedische chirurgie	17	62
	1.3.1	Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	17	
	1.3.2	Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese		62

1.4 Oogheelkundige chirurgie

	1.4.1	Indicator Visuswinst		63
	1.5	KNO chirurgie		64
	1.5.1	Indicator Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering		64



1.6 Bariatrische chirurgie en ingrepen

	1.6.1	Indicator Percentage postoperatieve controles		66
	1.6.2	Indicator Volume bariatrische chirurgie en ingrepen		67

1.7 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)

	1.7.1	Indicator Implantatenregister		67
	1.7.2	Indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)		67

1.8 Cosmetische chirurgie

	1.8.1	Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie		68
	1.8.2	Indicator Ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling		69


2 Spoedprocessen

3 Intensive care



4 Polikliniek

5 Diagnostiek

5.1 Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV

	5.1.1	Indicator Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV	22	71
---	-------	--	----	----

6 Interventies

				
			14	
				58
			15	59
				59
				61
			15	
				61
				61
			17	62
			17	
				62
				63
				63
				64
				64
				66
				66
				67
				67
				67
				67
				68
				68
				69
			19	
			20	
			21	
			22	71
			22	71
			22	71
			25	

		Z	PK
7	Medicatieproces	26	74
	7.1 Elektronisch voorschrijven		74
PK	7.1.1 Indicator Elektronisch voorschrijven		74
	7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	26	
Z	7.2.1 Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen	26	
8	Zorg	29	76
	8.1 Delirium	29	76
PK	8.1.1 Indicator Zorgplan voor Delirium	29	76
Z	8.1.2 Indicator Screening op delirium op de SEH	30	
	8.2 Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)	32	
Z	8.2.1 Indicator Middelen voor toepassen VBI	32	
9	Oncologie	34	
10	Hart en vaten	35	78
	10.1 Atriumfibrilleren		78
PK	10.1.1 Indicator Atriumfibrilleren		78
	10.2 Doorlooptijd IAT	35	
Z	10.2.1 Indicator Doorlooptijd IAT	35	
11	Bewegingsapparaat	37	80
	11.1 Reumatologie praktijk		80
PK	11.1.1 Indicator Reumatologie praktijk		80
12	Infectieziekten	38	82
	12.1 Infecties na behandeling		82
PK	12.1.1 Indicator Surveillance van (postoperatieve) infecties na invasieve behandeling		82
PK	12.1.2 Indicator Ingrepen met infectie		82
	12.2 Vroege herkenning sepsis	38	83
Z+PK	12.2.1 Indicator Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis	38	83
Z+PK	12.2.2 Indicator Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis	39	84
Z+PK	12.2.3 Indicator Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis	40	84
	12.3 Staphylococcus aureus bacteriëmie	41	85
Z+PK	12.3.1 Indicator Melding Staphylococcus aureus bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar	41	85
Z+PK	12.3.2 Indicator Snel behandelen Staphylococcus aureus bacteriëmie	42	87
13	Longen	44	
14	Maag-darm-lever	45	
15	Zenuwstelsel	46	
16	Perinatale zorg	47	
17	Kwetsbare groepen	48	
	17.1 Heupfractuur bij kwetsbare ouderen	48	
Z	17.1.1 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur	48	

	Z	PK
18	53	89
18.1		89
18.1.1		89
18.1.2		91
18.2		91
18.2.1		91
18.3		92
18.3.1		92
18.3.2		92
18.4		93
18.4.1		93
18.5		93
18.5.1		94
18.6		94
18.6.1		94
18.6.2		95
18.6.3		95
18.6.4		96
18.6.5		96
18.6.6		96
18.6.7		97
18.6.8		97
18.6.9		98
18.6.10		98
18.7	53	99
18.7.1	53	99
19	55	
19.1	55	
19.1.1	56	
19.2	56	
19.2.1	57	
20		101
Algemene organisatie		101
Personeel		102
Behandelingen		104

Wijzigingstabel

109

Wat is de basisset?

Op basis van gesignaleerde risico's in de zorg worden kwaliteitsindicatoren en verbeterdoelen vastgesteld om verbeteringen in de zorg te stimuleren. De inspectie doet dit in samenwerking met de Federatie Medisch Specialististen (de Federatie), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). De basisset is van en voor de veldpartijen en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (de inspectie) samen.

De basisset medisch specialistische zorg (MSZ) is een combinatie van verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen en particuliere klinieken. Voor particuliere klinieken zijn in de basisset ook inventarisatievragen opgenomen. Zo krijgen de inspectie en het zorgveld inzicht in de kwaliteit van de gehele MSZ, ongeacht of deze zorg geleverd wordt in een ziekenhuis of een particuliere kliniek.

Hoe stimuleert de basisset MSZ kwaliteitsverbeteringen?

De basisset MSZ heeft in de afgelopen jaren substantieel bijgedragen aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Inmiddels is de basisset MSZ aan vernieuwing toe, waarbij de nadruk meer wordt gelegd op het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren. Er is toenemend aandacht voor het verminderen van registratiedruk zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit en veiligheid. Met de ontwikkeling van verbeterdoelen beogen de inspectie, de Federatie, NFU, NVZ, V&VN en ZKN méér ruimte te geven voor eigen inbreng in het stimuleren en bevorderen van veiligheid en kwaliteit van de zorg en de dialoog hierover.^[1]

Hoe komen de verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren tot stand?

Jaarlijks worden de kwaliteitsindicatoren en verbeterdoelen vastgesteld, dit doet de inspectie in samenwerking met de Federatie, NFU, NVZ, V&VN en ZKN. Verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren binnen de aandachtsgebieden worden voorbereid en opgesteld door gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en verpleegkundige verenigingen.

Het uitgangspunt is om de basisset MSZ niet meer te wijzigen na de start van het registratiejaar, tenzij evidente fouten of totaal veranderde omstandigheden een goede registratie onmogelijk maken. Als het toch nodig blijkt, zal een erratum worden gepubliceerd op de website <https://omniq.dhd.nl>.

Hoe gebruikt de inspectie de basisset MSZ bij het toezicht?

Een zorgproces en/of zorgaanbieder kan om meerdere redenen opvallen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de uitslag van een kwaliteitsindicator of aan de informatie over een verbeterdoel die opvallend afwijkt van wat landelijk gebruikelijk is. Ook meerdere minimaal afwijkende uitslagen samen kunnen een indicatie vormen voor een gesprek met de bestuurder van een instelling. Een opvallende uitslag is niet automatisch slechte zorg. De toelichting bij een indicator of verbeterdoel is belangrijk. De geanalyseerde resultaten worden jaarlijks gepubliceerd.

Omvang van de basisset MSZ

Deze basisset MSZ 2021 is een overgangseditie. Ten opzichte van de basisset MSZ 2020 wordt ongeveer één derde van de kwaliteitsindicatoren uitgevraagd. De basisset MSZ 2021 bestaat voor ziekenhuizen uit 85 variabelen. Voor particuliere klinieken is het behandelaanbod van de kliniek van invloed op het aantal, er zijn geen afspraken gemaakt over het aantal uit te vragen variabelen. Het aantal variabelen geeft een representatiever beeld en is nauwkeuriger dan het aantal kwaliteitsindicatoren, omdat het aantal variabelen per kwaliteitsindicator sterk kan verschillen (van één tot enkele tientallen).

In de bijlage van deze uitgave vindt u een compleet overzicht van de nieuwe en vervallen kwaliteitsindicatoren ten opzichte van de basisset MSZ 2020. De kwaliteitsindicatoren die niet terugkomen in deze basisset MSZ zijn vervallen, omdat deze hun doel hebben bereikt, (bijna alle) zorgaanbieders in ruime mate aan de doelstelling voor de kwaliteit van zorg van de kwaliteitsindicator voldeden, de betreffende informatie uit andere (openbare) bronnen verkregen kan worden of omdat de indicator is omgezet naar of ondergebracht bij een verbeterdoel.

[1] Een verdere toelichting over de toekomst staat in de brief: Aanbieding digitale basisset medisch specialistische zorg kwaliteitsindicatoren 2021 en transitie naar verbeterset MSZ.

Praktische zaken

In de basisset zijn drie groepen te onderscheiden:

- Kwaliteitsindicatoren en verbeterdoelen aan te leveren door ziekenhuizen;
- Kwaliteitsindicatoren en inventarisatievragen aan te leveren door particuliere klinieken;
- Verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren aan te leveren door ziekenhuizen en particuliere klinieken.

De verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren zijn voor ziekenhuizen en particuliere klinieken in twee afzonderlijke gedeeltes van de basisset MSZ ondergebracht, zodat in één oogopslag duidelijk is voor welke verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren de zorgaanbieder informatie aan moet leveren. In de inhoudsopgave is ook zichtbaar welke verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren u dient aan te leveren. Tevens wordt dit via de routing inzichtelijk op het moment dat u de kwaliteitsindicatoren en verbeterdoelen online registreert.

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

Verzamelen van data


















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

Aanlevering















De kwaliteitsindicatoren en verbeterdoelen uit de basisset MSZ 2021 moeten door ziekenhuizen ingevuld worden op <https://omniq.dhd.nl> en door particuliere klinieken op <https://www.desan.nl/>.

- Alle **ziekenhuizen** moeten de data vóór 15 april 2022 aanleveren. Uiterlijk 1 juni 2022 moeten de gegevens definitief ondertekend worden. Tot deze definitieve ondertekening hebben ziekenhuizen nog de mogelijkheid om gegevens aan te vullen en indien nodig aan te passen. De gegevens zijn openbaar zodra alle ziekenhuizen definitief hebben ondertekend.
- Alle **particuliere klinieken** moeten de data vóór 1 maart 2022 aanleveren.





















V Plaats indicator of verbeterdoel in hoofdstuk
 x Indicator of verbeterdoel speelt een rol in dit zorgproces

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
		Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	Maag-darm-lever	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	OLO en heropnamen	
1	Operatief proces																				
	1.1 Preoperatief en infrastructuur																				
	1.1.1 Indicator Kwalificatie behandelruimte	V																		x	
	1.1.2 Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV	V					x													x	
	1.1.3 Verbeterdoel Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase	V					x		x						x			x		x	
	1.2 Peroperatief																				
	1.2.1 Indicator Procedurele sedatie	V					x	x												x	
	1.3 Traumatologische en orthopedische chirurgie																				
	1.3.1 Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	V	x									x								x	
	1.3.2 Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese	V						x				x	x							x	
	1.4 Oogheelkundige chirurgie																				
	1.4.1 Indicator Visuswinst	V			x															x	
	1.5 KNO chirurgie																				
	1.5.1 Indicator Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering	V				x														x	
	1.6 Bariatrische chirurgie en ingrepen																				
	1.6.1 Indicator Percentage postoperatieve controles	V			x											x					
	1.6.2 Indicator Volume bariatrische chirurgie en ingrepen	V			x											x					
	1.7 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)																				
	1.7.1 Indicator Implantatenregister	V										x								x	
	1.7.2 Indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)	V								x										x	
	1.8 Cosmetische chirurgie																				
	1.8.1 Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie	V											x							x	
	1.8.2 Indicator Ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling	V																		x	
2	Spoedprocessen	x							x		x		x							x	x
3	Intensive care												x							x	x
4	Polikliniek	x					x	x			x		x							x	
5	Diagnostiek	x							x		x		x							x	
	5.1 Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV																				
	5.1.1 Indicator Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV					V					x	x									
6	Interventies	x											x							x	x
	7 Medicatieproces																				
	7.1 Elektronisch voorschrijven																				
	7.1.1 Indicator Elektronisch voorschrijven				x		V													x	
	7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen																				
	7.2.1 Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen						V													x	

V Plaats indicator of verbeterdoel in hoofdstuk
 x Indicator of verbeterdoel speelt een rol in dit zorgproces

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
		Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	Maag-darm-lever	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	OLO en heropnamen	
8	Zorg																				
	8.1 Delirium																				
	8.1.1 Indicator Zorgplan voor Delirium				x	x			V							x		x			
	8.1.2 Indicator Screening op delirium op de SEH		x						V							x		x			
	8.2 Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)																				
	8.2.1 Indicator Middelen voor toepassen VBI								V									x	x		
9	Oncologie	x																	x	x	
10	Hart en vaten																				
	10.1 Atriumfibrilleren																				
	10.1.1 Indicator Atriumfibrilleren				x	x					V					x					
	10.2 Doorlooptijd IAT																				
	10.2.1 Indicator Doorlooptijd IAT		x								V					x			x		
11	Bewegingsapparaat																				
	11.1 Reumatologie praktijk																				
	11.1.1 Indicator Reumatologie praktijk											V								x	
12	Infectieziekten																				
	12.1 Infecties na behandeling																				
	12.1.1 Indicator Surveillance van (postoperatieve) infecties na invasieve behandeling	x					x						V							x	
	12.1.2 Indicator Ingrepen met infectie	x					x						V							x	
	12.2 Vroege herkenning sepsis																				
	12.2.1 Indicator Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis		x	x					x				V						x	x	
	12.2.2 Indicator Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis												V							x	
	12.2.3 Indicator Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis												V							x	
	12.3 Staphylococcus aureus bacteriëmie																				
	12.3.1 Indicator Melding Staphylococcus aureus bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar				x		x						V							x	
	12.3.2 Indicator Snel behandelen Staphylococcus aureus bacteriëmie				x	x	x						V							x	
13	Longen																			x	x
14	Maag-darm-lever	x																		x	x
15	Zenuwstelsel								x		x									x	x
16	Perinatale zorg																			x	x
17	Kwetsbare groepen																				
	17.1 Heupfractuur bij kwetsbare ouderen																				
	17.1.1 Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur	x							x		x								V	x	

V Plaats indicator of verbeterdoel in hoofdstuk
 x Indicator of verbeterdoel speelt een rol in dit zorgproces

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	Operatief proces	Spoedprocessen	Intensive care	Polikliniek	Diagnostiek	Interventies	Medicatieproces	Zorg	Oncologie	Hart en vaten	Bewegingsapparaat	Infectieziekten	Longen	Maag-darm-lever	Zenuwstelsel	Perinatale zorg	Kwetsbare groepen	Algemeen kwaliteitsbeleid	OLO en heropnamen
18 Algemeen kwaliteitsbeleid																			
18.1 Functioneren medisch specialisten																			
 18.1.1 Indicator IFMS																			V
 18.1.2 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren zorgverleners																			V
18.2 Evalueren functioneren zorgverleners																			
 18.2.1 Indicator Functioneringsgesprekken																			V
18.3 Patiënttevredenheid																			
 18.3.1 Indicator Geschillen																			V
 18.3.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek																			V
18.4 Kwaliteitskeurmerk																			
 18.4.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk																			V
18.5 Meldcode																			
 18.5.1 Indicator Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling																		x	V
18.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen																			
 18.6.1 Indicator Visitatie door NVA	x																		V
 18.6.2 Indicator Visitatie door NVKNO	x																		V
 18.6.3 Indicator Visitatie door NOG	x																		V
 18.6.4 Visitatie door NVVC				x						x									V
 18.6.5 Indicator Visitatie door NVDV				x															V
 18.6.6 Indicator Visitatie door NVPC	x																		V
 18.6.7 Indicator Visitatie door NOV	x										x								V
 18.6.8 Indicator Visitatie door NVMDL														x					V
 18.6.9 Indicator Visitatie door NIV				x															V
 18.6.10 Indicator visitatie NVCG	x																		V
18.7 Continuïteit van zorg																			
 18.7.1 Verbeterdoel Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	V
19 Onverwacht lange opnameduur en heropnamen																			
19.1 Onverwacht lange opname																			
 19.1.1 Indicator Onverwacht lange opnameduur	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	V
19.2 Heropnamen																			
 19.2.1 Indicator Heropnamen	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	V

Basisfilosofie





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

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

Gebruikershandleiding

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

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

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

Een indicator en zijn inleiding

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

Verslagjaar

De gegevens hebben betrekking op het verslagjaar 2021, te weten de periode van 1 januari tot en met 31 december 2021, tenzij in de indicator een andere definitie staat. De registratieperiodes zijn zo gekozen dat alle registraties op 31 december 2021 kunnen worden afgesloten, onafhankelijk van de lengte van de follow-up, zodat op tijd met het opstellen van het jaarverslag kan worden begonnen. De noemer is altijd de periode van het verslagjaar, zodat ze vergeleken kunnen worden met andere bronnen. Ook de periode voor de teller is het verslagjaar, tenzij er duidelijke inhoudelijke redenen zijn om een andere periode te kiezen. Dit betekent dat de populatie unieke patiënten die onder de noemer valt, soms net een andere is dan die onder de teller valt.

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

Minimumnormen per locatie

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

Gebruik landelijke registraties

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

Website is leidend

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

Toelichting

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

Steekproef

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

Indicatoren ziekenhuizen

1 Operatief proces

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

In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op het operatieve proces, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

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

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

Het nuchter houden van de patiënt is de belangrijkste strategie om pulmonale aspiratie te voorkomen bij ingrepen onder anesthesie. Huidige internationale richtlijnen bevelen een nuchter periode aan van zes uur nuchter voor vast voedsel, een lichte maaltijd en (koe- en poeder-) melk; vier uur nuchter voor moedermelk en twee uur nuchter voor heldere vloeistoffen, de 6-4-2 regel^[1]. Op 10 januari 2019 is het Sectie Kinderanesthesiologen (SKA) statement vastgesteld, waarin opgenomen is een nuchterbeleid van 6-4-0/1^[2]. Echter, in de praktijk is de nuchter periode vaak veel langer door miscommunicatie, organisatorische problemen of omdat het kind niet wakker gemaakt wordt om te drinken indien de ingreep vroeg in de morgen gepland staat of ouders/verzorgers/het kind onvoldoende geïnformeerd zijn^[3]. Het is van belang dat informatie zowel schriftelijk als mondeling gegeven wordt in begrijpelijke taal (logische opbouw, korte, persoonlijke, actieve zinnen, alledaagse woorden).

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

Richtlijn/norm

De indicator is gebaseerd op de richtlijn 'Anesthesie bij Kinderen' en op een nieuw advies van de SKA van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie waarin wordt aanbevolen de 6-4-1/0 regel te hanteren^[11]. Voor deze indicator wordt een maximale nuchter periode voor heldere vloeistoffen van twee uur (120 minuten) gehanteerd.

- [1] Smith I, Kranke P, Murat I, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European journal of anaesthesiology* 2011;28(8):556-69. doi: 10.1097/EJA. 0b013e3283495ba1 [published Online First: 2011/06/30]
- [2] Anesthesiologie NVv. Protocol Sectie Kinderanesthesiologie: Nuchterbeleid bij kinderen. 2019
- [3] Williams C, Johnson PA, Guzzetta CE, et al. Pediatric fasting times before surgical and radiologic procedures: benchmarking institutional practices against national standards. *Journal of pediatric nursing* 2014;29(3):258-67. doi: 10.1016/j.pedn.2013.11.011 [published Online First: 2013/12/25]
- [4] Dennhardt N, Beck C, Huber D, et al. Optimized preoperative fasting times decrease ketone body concentration and stabilize mean arterial blood pressure during induction of anesthesia in children younger than 36 months: a prospective observational cohort study. *Paediatric anaesthesia* 2016;26(8):838-43. doi: 10.1111/pan.12943 [published Online First: 2016/06/14]
- [5] Gawecka A, Mierzewska-Schmidt M. Tolerance of, and metabolic effects of, preoperative oral carbohydrate administration in children - a preliminary report. *Anaesthesiology intensive therapy* 2014;46(2):61-4. doi: 10.5603/ait.2014.0013 [published Online First: 2014/05/27]
- [6] Li LW, Z; Ying, X; et al. Preoperative carbohydrate loading for elective surgery: a systematic review and meta-analysis. 2012;42(7):613-24. doi: Surg Today 2012;42(7):12. doi: 10.1007/s00595-012-0188-7
- [7] Pillinger NL, Robson JL, Kam P. Nutritional prehabilitation: physiological basis and clinical evidence. *Anaesthesia and intensive care* 2018;46(5): 453-62. [published Online First: 2018/09/08]
- [8] Tudor-Drobjowski BAM, P; Kimberger, O; et al. Randomised controlled trial comparing preoperative carbohydrate loading with standard fasting in paediatric anaesthesia. 2018;121(3):656-61. doi: []. *British journal of anaesthesia* 2018;121(3):6. doi: 10.1016/j.bja.2018.04.040
- [9] Dennhardt N, Beck C, Huber D, et al. Impact of preoperative fasting times on blood glucose concentration, ketone bodies and acid-base balance in children younger than 36 months: A prospective observational study. *European journal of anaesthesiology* 2015;32(12):857-61. doi: 10.1097/ eja.0000000000000330 [published Online First: 2015/09/10]
- [10] Kind en ziekenhuis. [internet]. 1988 [Available from: https://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest/default.asp?guid=FD5_0ED6A795E4186BA97953D79D14CCF accessed 08-01 2019.
- [11] Anesthesiologie NVv. Protocol Sectie Kinderanesthesiologie: Nuchterbeleid bij kinderen. 2019

Doelstelling

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

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

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

ja nee

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

ja nee

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

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

ja nee

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

ja nee

Kies voor *qa* of *qb*.

qa Wat is het percentage kinderen dat langer dan twee uur nuchter is voor heldere vloeistoffen?

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

Percentage (automatisch berekend):

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

ja*

nee*

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N=

Selectiecriteria:

Hoe interpreteert de instelling de eigen resultaten?

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

of

Uw instelling beschikt niet over een eigen nuchterbeleid ten aanzien van het voorkomen dat kinderen langer dan twee uur nuchter zijn voor heldere vloeistoffen voor anesthesie. De instelling is er op andere gronden van overtuigd dat dit nuchterbeleid verantwoord wordt uitgevoerd. *Geef aan hoe.*

1.3 Traumatologische en orthopedische chirurgie

1.3.1 Indicator Heroperaties bij een heupfractuur

- **Definities:**
 - Een heroperatie is gedefinieerd als een operatie aan hetzelfde gewricht, binnen 60 dagen na de eerste ingreep met het doel om een complicatie van de eerste ingreep te behandelen. Een heroperatie omvat ook de onbloedige repositie van een geluxeerde endoprothese. Alle heroperaties binnen één verslagjaar worden meegeteld, ook als de primaire ingreep vóór het verslagjaar werd uitgevoerd.
- **Inclusie criterium teller:**
 - Heroperaties uitgevoerd in het registratiejaar waarvan de primaire operatie (die voldoet aan het inclusie criterium voor de noemer) minder dan 60 dagen voor de start van het registratiejaar is uitgevoerd.
- **Inclusie criterium noemer:**
 - Patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur ongeacht het type behandeling.

* Geef toelichting

- **Exclusie criterium:**
- *Multitraumapatiënten met een vastgestelde injury severity score > 15.*

Indien deze score niet bepaald wordt of niet beschikbaar is in uw ziekenhuis kan dit exclusie criterium niet gebruikt worden.

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

Teller 1 (ZA 38533)

Teller 2 (ZA 38565 + ZA 38567)

Teller 3 (ZA 38535)

Noemer 1 (ZA 38533)

Noemer 2 (ZA 38565)

Noemer 3 (ZA 38535)

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

Behandelt uw ziekenhuis patiënten met een heupfractuur?

 ja

 nee

1 Heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur

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

Noemer: aantal mediale collumfracturen met interne fixatie.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

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

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

Noemer: aantal mediale collumfracturen behandeld met een endoprothese.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

3 Heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur

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

Noemer: aantal pertrochantere fracturen met interne fixatie.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

2 Spoedprocessen

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

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren, opgenomen in andere hoofdstukken, betrekking hebben op spoedprocessen (X).

3 Intensive care

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

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren betrekking hebben op de intensive care, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

4 Polikliniek

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

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren, opgenomen in andere hoofdstukken, betrekking hebben op de polikliniek (X).

5 Diagnostiek

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

Zorggerelateerde schade als gevolg van diagnostiek komt niet vaak voor, maar is in meer dan de helft (56 procent) van de gevallen potentieel vermijdbaar, tegen 11 procent van de gevallen in het operatief proces. Daarnaast is in ongeveer 10 procent van de gevallen een relatie aangetoond met het overlijden van de patiënt^[12].

In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op diagnostiek, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

5.1 Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV

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

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

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



5.1.1 Indicator Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV

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

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

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

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

Multidisciplinaire behandeling diabetische voetulcus

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

- (Diabetisch) podotherapeut
 Revalidatiearts
 Gipsverbandmeester
 Wondverpleegkundige

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

- ja nee

Toelichting:

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

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

6 Interventies

Elke behandeling in het ziekenhuis kan worden gezien als een interventie.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren betrekking hebben op interventies, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

7 Medicatieproces

Uit onderzoek van het NIVEL en EMGO+/VUmc uit 2017 blijkt dat 24 procent van zorggerelateerde schade in ziekenhuizen gerelateerd is aan medicatie^[13]. Een belangrijk deel van deze fouten ontstaat door de overdracht van informatie over medicatie van de ene zorgverlener naar de andere, tussen instellingen of binnen afdelingen. Voor het verbeteren van de patiëntveiligheid is een zorgvuldige medicatieoverdracht belangrijk. Daarnaast is medicatiebewaking essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen.

In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op met medicatieproces, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

7.2 Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

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

7.2.1 Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen

De zorg voor kwetsbare patiënten, zoals ouderen waarbij sprake is van polyfarmacie, vraagt om samenhang, afstemming en samenwerking tussen patiënt (en/of mantelzorger), medisch specialist, huisarts, apotheker en verpleegkundigen en verzorgenden. Dit geldt in het bijzonder bij de zorg rond verschillende aandoeningen die door verschillende specialisten behandeld worden met zeer diverse geneesmiddelen. Daartoe dient bij iedere kwetsbare patiënt (ouderen en kinderen) bij ziekenhuisopname en bij ontslag medicatieverificatie plaats te vinden vanuit de gedachte dat dit leidt tot een optimaal medicatieoverzicht. Deze indicator levert hierdoor een belangrijke bijdrage aan een veilige inzet van medicatie bij ouderen en reduceert hiermee de risico's op onbedoelde schade door polyfarmacie bij opname en ontslag.

Uit de literatuur blijkt dat onderlinge verschillen en discrepanties in het medicatieoverzicht bij 22 tot 70 procent van de klinische opnames van patiënten jonger dan 18 jaar voorkomen. Het risico hierop wordt groter als een kind lijdt aan een medisch complexe aandoening (kwaadaardige ziekten, handicap, taaislijmziekte), meer dan 4 middelen gebruikt en als er anti-epileptica worden gebruikt^{[14][15][16]}.

- De medicatieverificatie bij **opname** is compleet uitgevoerd als:
 - Een medicatieopnamegesprek heeft plaats gevonden door een geschoold medewerker^[17].
 - Nagegaan wordt welke recente medicatie door de patiënt is gebruikt, door een afleveroverzicht van de openbare apotheek/ thuisapotheek op te vragen via bij voorkeur een beveiligde elektronische verbinding, aangevuld met informatie uit een eventuele huisartsenbrief of andere relevante informatie en informatie van de patiënt.
 - De hoofdbehandelaar (medisch specialist) het medicatieoverzicht heeft ingezien.
- Opname = zowel geplande als ongeplande meerdaagse (klinische) opname.

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

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

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

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

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

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

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

Is het percentage patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*	<input type="checkbox"/> n.v.t.*
Teller: alle opgenomen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar bij wie bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden.			
Noemer: alle opgenomen patiënten ouder dan 28 dagen en jonger dan 18 jaar.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

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

Is het percentage patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*	<input type="checkbox"/> n.v.t.*
Teller: alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder bij wie bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden.			

* Geef toelichting

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

Noemer: alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

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

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

ja

nee*

n.v.t.*

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

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

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

ja

nee*

n.v.t.*

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

Noemer: alle ontslagen patiënten van 70 jaar en ouder.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

* Geef toelichting

8 Zorg

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

In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren opgenomen zijn in dit hoofdstuk (V). Tevens staan daar de indicatoren die betrekking hebben op zorg, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

8.1 Delirium

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

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

In 2013 heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) de richtlijn delier Volwassenen en ouderen gepubliceerd met als doel het verbeteren van de vroegtijdige herkenning en behandeling van het delier en het verbeteren van de organisatie en zorg voor patiënten met een delier^[19].



8.1.1 Indicator Zorgplan voor delirium

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

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

- **Inclusie:**
 - Afdelingen van ziekenhuizen en klinieken, inclusief IC en SEH.
- **Exclusie:**
 - Lichte (dagklinische) ingrepen zoals cataractoperaties, lasers, injecties, huidbiopten en niet-invasieve behandelingen of onderzoeken.

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

A Wordt op uw SEH, preoperatieve poli, bij klinische opname en bij opname op de IC standaard het risico op een delier bij patiënten uitgevraagd en vastgelegd in het dossier aan de hand van de volgende drie vragen (VMS Veiligheidsprogramma):

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

SEH (patiënten van ≥ 70 jaar die worden opgenomen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Preoperatieve poli (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Klinische opname* (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
IC-opname* (alle volwassenen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.

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

SEH (patiënten van ≥ 70 jaar die worden opgenomen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Preoperatieve poli (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Klinische opname* (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
IC-opname* (alle volwassenen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.

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

SEH (patiënten van ≥ 70 jaar die worden opgenomen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Preoperatieve poli (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Klinische opname* (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
IC-opname* (alle volwassenen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.

• Referenties

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

8.1.2 Indicator Screening op delirium op de SEH

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

Screening op risicofactoren op de SEH

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

* Binnen 24 uur na opname

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

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

Screening op delier

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

Doel van de indicator

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

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

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

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

8.2 Vrijheidsbeperkende interventie (VBI)

In Nederlandse ziekenhuizen worden vrijheidsbeperkende interventies (VBI) regelmatig toegepast^[20]. Het toepassen van een vrijheidsbeperkende interventie is, hoewel soms noodzakelijk, ook risicovol^[21]. Jaarlijks raken patiënten gewond en zijn er dodelijke slachtoffers te betreuren door onzorgvuldig gekozen en/of toegepaste interventies^[22]. Om de patiëntveiligheid bij de toepassing van VBI in ziekenhuizen te verbeteren, is deze indicator in multidisciplinaire samenwerking ontwikkeld.

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

8.2.1 Indicator Middelen voor toepassen VBI

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

- VBI score 1: belmat/bedsensor, bewegingsalarm/bewegingssensor, extra laag bed, opsta alarm, verlaten kamer alarm, onvrijwillige halve bedhekken.
- VBI score 2: akoestische bewaking (in of uitluistersysteem/microfoon).
- VBI score 3: arm- en beenspalk, cameratoezicht, rolkussen/bedpositioneringskussen, veiligheidshandschoen, wigvormig kussen/kantelkussen.
- VBI score 4: onvrijwillige bedhekken, beschermhelm, tentbed, tafelblad/rolstoelblad^[23].
- VBI score 5: pols- en/of enkelbanden, onrustband, stoelfixatie, verpleegdeken.

Onder VBI score 5 wordt een zware VBI verstaan.

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

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

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

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

- ja nee n.v.t.

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

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

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

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

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

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

Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten in het verslagjaar.

%

Percentage (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

9 Oncologie

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren betrekking hebben op het oncologische proces, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

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^[24], maar er zijn nog meer verbeteringen mogelijk. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe. Op basis van huisartsregistraties 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)^[25]. 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 8 - 10 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).

10.2 Doorlooptijd IAT

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

10.2.1 Indicator Doorlooptijd IAT

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

- **Definities**
 - Definities aanhouden zoals die bij de DASA gebruikt worden. Bij verschillen zijn de definities van de DASA leidend.
- **Herseninfarct**
 - Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
- **Inclusie**
 - Aantal patiënten met een herseninfarct dat met IAT behandeld is en dat hiervoor verwezen is vanuit een ander ziekenhuis.

[24] 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.

[25] 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.

- *Deur (1)*
 - *Tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp van het verwijzende centrum. Indien patiënt reeds opgenomen is in het verwijzende centrum, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet.*
- *Deur (2)*
 - *Tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp van het IAT-centrum waarnaar verwezen is.*
- *Lies*
 - *Tijdstip van aanprikken van de lies voor start intra-arteriële behandeling.*
- *Tijdseensheid*
 - *Tijdseenheid in minuten.*
- *Inclusiecriteria*
 - *Herseninfect (diagnosecode 1111)*
 - *Intra-arteriële trombectomie (verrichtingencode 039449 - begeleiding en interpretatie bij interventie door radioloog)*
- *Exclusiecriteria*
 - *Patiënten die zich primair presenteren in een IAT-centrum.*

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

_____ aantal minuten

11 Bewegingsapparaat

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

Het meest risicovol zijn heupfracturen en deze leiden tot een groot aantal ziekenhuisopnamen per jaar. De heupfractuur is onderdeel van een complex aan problemen die veel voorkomen bij kwetsbare ouderen. Het optreden van een heupfractuur bij een 'eenvoudige' val is een indicator voor kwetsbaarheid. Heupfracturen komen meestal voor bij ouderen en ongeveer een kwart van hen overlijdt binnen een jaar na het oplopen van de fractuur. Ook herstelt een kwart van de patiënten niet volledig^[26]. 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^[27].

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 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren betrekking hebben op het bewegingsapparaat, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

[26] 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/>

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

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 8 - 10 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).

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

12.2 Vroege herkenning sepsis

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

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



12.2.1 Indicator Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis

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

In de reeds bestaande structuurindicator van het VMS thema 'vitaal bedreigde patiënt' wordt het gebruik van een single- of geaggregeerde parametersysteem ((M)EWS) aanbevolen om sepsis vroegtijdig te signaleren op verpleegafdelingen, maar er worden geen aanbevelingen gedaan voor de spoedeisende hulp. Uit de literatuur is gebleken dat de (M)EWS ook bruikbaar lijkt op de spoedeisende hulp. De prognostische accuratesse voor mortaliteit van de MEWS en NEWS zijn matig, desalniettemin vergelijkbaar met de accuratesse op de algemene verpleegafdelingen.

Het primaire doel van de indicator is het aanzetten tot invoering en toepassing van een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt in combinatie met de vraag of er een verdenking is op een infectie bij een verhoogde score op alle (dag)verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp met als doel de kwaliteit van de zorg en risicodetectie rondom de septische patiënt te verbeteren.

- **Definities**

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

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

- **Inclusiecriteria:**
 - Alle (dag)verpleegafdelingen en spoedeisende hulp.
- **Exclusiecriteria:**
 - ICU, Kindergeneeskunde, Neonatologie.

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

ja nee*

Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem op de spoedeisende hulp?

ja nee*

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

ja nee*

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

ja nee*

Toelichting:



12.2.2 Indicator Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis

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

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

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

Structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus

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

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

ja nee*

Zijn er verbetermaatregelen getroffen naar aanleiding van deze evaluatie?

ja nee*

Toelichting:

* Geef toelichting



12.2.3 Indicator Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis

In deze indicator dient er aantoonbaar scholing te worden aangeboden en gevolgd voor vroege herkenning en follow-up bij verdenking van patiënten op sepsis gericht op de juiste implementatie van een vroegtijdig signaleringssysteem zoals beschreven in de eerste indicator. Iedere zorgprofessional die patiënten behandelt op (dag)verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp dient geschoold te worden in het herkennen van vitaal bedreigde patiënten of patiënten met verhoogde kans op sepsis. Niet alleen nieuwe medewerkers moeten worden geschoold. (Na)scholing moet een verplichte en regelmatig terugkerende activiteit zijn voor alle zorgprofessionals werkzaam in de primaire patiëntenzorg. De kwaliteitsindicator scholing is bedoeld om de vroege herkenning van sepsis te bevorderen en door middel van o.a. ABCDE training de opvang van de zieke patiënt te optimaliseren. Door kennis zal de intrinsieke motivatie voor het goed meten en rapporteren van de scores toenemen en de zorg verbeteren.

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

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

Scholing

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

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

Beschikt uw instelling over minimaal tweemaal per jaar scholing voor alle zorgprofessionals op de (dag)verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp werkzaam in de primaire patiëntenzorg om de bewustwording voor de vroegtijdige herkenning van sepsis te vergroten?

ja nee*

Is deze scholing verplicht?

ja nee* deels*

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

ja nee*

Toelichting:

* Geef toelichting

12.3 Staphylococcus aureus bacteriëmie

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



12.3.1 Indicator Melding Staphylococcus aureus bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar

Staphylococcus aureus bacteriëmie

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

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

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

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

ja nee*

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

ja nee*

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

ja nee*

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

—

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

* Geef toelichting

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

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

%

Toelichting:

Deze indicator sluit aan op de richtlijn *Staphylococcus aureus* bacteriëmie.^[28]



12.3.2 Indicator Snel behandelen *Staphylococcus aureus* bacteriëmie

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

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

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

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

Staphylococcus aureus bacteriëmie

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

Gerichte therapie

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

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

* Geef toelichting

[28] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/staphylococcus_aureus_bacteriemie/organisatie_van_zorg_s_aureus_bacteriemie/informatiestroom_en_follow-up_bij_s_aureus.html

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

Heeft u een audit of steekproef genomen?

ja nee

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N =

Selectiecriteria:

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

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

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

%

13 Longen

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

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

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren, opgenomen in andere hoofdstukken, betrekking hebben op de longen (X).

14 Maag-darm-lever

Aandoeningen van het spijsverteringssysteem vormen een belangrijke groep van aandoeningen, zowel qua mortaliteit als qua chronische ziektelast.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren betrekking hebben op maag-darm-lever, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

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^[29]. Op dit moment zijn er nog weinig klinische behandelmogelijkheden voor dementie binnen de ziekenhuiszorg, waardoor dit nu geen indicatoronderwerp is.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren betrekking hebben op het zenuwstelsel, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

[29] CBS doodoorzaken.

16 Perinatale zorg

Verloskundige zorg heeft een belangrijke plaats in het ziekenhuis. In Nederland bevallen ieder jaar ongeveer 175.000 vrouwen^[30]. 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^[30]. 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.

Dit hoofdstuk heeft geen eigen indicatoren. In de tabel op bladzijde 8 - 10 kunt u vinden welke indicatoren betrekking hebben op perinatale zorg, maar niet opgenomen zijn in dit hoofdstuk (X).

[30] 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.

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 8 - 10 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 Heupfractuur bij kwetsbare ouderen

17.1.1. Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur

Oudere patiënten die met een proximale femurfractuur worden opgenomen in het ziekenhuis zijn extra kwetsbaar. Uit literatuur blijkt dat significante comorbiditeit is geassocieerd met een slechtere gezondheidsuitkomst (iets minder dan de helft bereikt het functioneringsniveau van voor de val) en hogere mortaliteit (12% tijdens opname en 36% 1 jaar na opname^[31]).

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^[31].

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^[31]. De kans op complicaties is het grootst bij kwetsbare ouderen. Zoals in de praktijkbundel VMS kwetsbare ouderen is vastgesteld, moet screening op kwetsbaarheid plaatsvinden bij opname van ouderen van 70 jaar en ouder. Het risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies wordt daarbij gescoord. Er zijn aanwijzingen dat standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrische zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op herstel tot oorspronkelijk functieniveau en ontslag naar oorspronkelijke woonsituatie verhoogd^[32]^[33]. Er zijn aanwijzingen bij 70 plussers dat standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrische zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op mortaliteit na 30 dagen^[34] en na 1 jaar vermindert^[35]. Het is aannemelijk/waarschijnlijk dat bij standaard geïntegreerde orthopedische of chirurgische en geriatrische zorg voor 70 plussers opgenomen met een proximale femurfractuur de kans op overlijden in het ziekenhuis kleiner wordt^[36]^[37]. Op de uitkomstmaten functionaliteit en mortaliteit is er bewijs dat geïntegreerde behande-

[31] Langelaan M, Broekens MA, de Bruijne MC, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: EMGO+ instituut en NIVEL, Nederland; 2017.

[32] Lundström, M., Edlund, A., Lundström, G., Gustafson, Y. (1998). Reorganisation 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.

[33] 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.

[34] 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.

[35] 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.

[36] 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.

[37] 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.

ling 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^[38]. De lijst is relatief eenvoudig te scoren met anamnestiche informatie, waarbij gescoord wordt per item en op het totaal percentage per categorie worden berekend.

Voor het domein functionaliteit is gekozen voor de Katz-6 ADL-lijst^[39]. 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 (Mobilityscore 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

[38] 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.

[39] 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.

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^[40].

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in het verslagjaar^[40].

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

De verslagperiode voor deze indicator: van 1 oktober (inclusief) vóór het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar.

A Het percentage patiënten met een mobiliteitsscore 2 en 3 vóór het incident

Teller 1: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die categorie 2 van de mobiliteitsscore hebben voor het incident.

Teller 2: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die categorie 3 van de mobiliteitsscore hebben voor het incident.

Noemer 1: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, waarbij de mobiliteitsscore vóór het incident is ingevuld.

Percentage 1: percentage patiënten in categorie 2 van de mobiliteitsscore vóór het incident van alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder met bekende mobiliteitsscore (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2: percentage patiënten in categorie 3 van de mobiliteitsscore voor het incident van alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder (wordt automatisch berekend):

%

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

B1 De gemiddelde uitkomst: de mobiliteitsscore van patiënten met een mobiliteitsscore vóór het incident van 2

Teller: de optelsom van alle mobiliteitsscore na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die vóór het incident mobiliteitsscore 2 hadden.

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die voor het incident mobiliteits-score 2 hadden en waarbij de mobiliteitsscore is ingevuld na 3 maanden.

De gemiddelde mobiliteitsscore: na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die voor het incident een mobiliteitsscore 2 hadden (wordt automatisch berekend)

B2 De gemiddelde uitkomst: de mobiliteitsscore van patiënten met een mobiliteitsscore vóór het incident van 3

Teller: de optelsom van alle mobiliteitsscore na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die vóór het incident mobiliteitsscore 3 hadden.

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die vóór het incident mobiliteitsscore 3 hadden en waarbij de mobiliteitsscore is ingevuld na 3 maanden.

De gemiddelde mobiliteitsscore na 3 maanden: bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die voor het incident een mobiliteitsscore 3 hadden (wordt automatisch berekend)

C Het percentage patiënten met een KATZ-6 ADL-score 0 en 1 vóór het incident

Teller 1: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode verslagjaar die een KATZ-6 ADL-score 0 hebben voor het incident.

Teller 2: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode die een KATZ-6 ADL-score 1 hebben voor het incident.

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld voor het incident.

Percentage 1 per KATZ-6 ADL-score 0 voor het incident bij proximale femurpatiënten van 70 jaar en ouder (wordt automatisch berekend):

Percentage 2 per KATZ-6 ADL-score 1 voor het incident bij proximale femurpatiënten van 70 jaar en ouder (wordt automatisch berekend):

D1 De gemiddelde uitkomst: de KATZ-6 ADL-score van patiënten met een KATZ-6 ADL-score vóór het incident van 0

Teller: de optelsom van alle KATZ-6 ADL-scores na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die voor het incident een KATZ-6 ADLscore 0 hadden.

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die voor het incident KATZ-6 ADLscore 0 hadden en waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld na 3 maanden.

Gemiddelde KATZ-6 ADL-score na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die vóór het incident een KATZ-6 ADL-score 0 hadden (wordt automatisch berekend):

D2 De gemiddelde uitkomst: de KATZ-6 ADL-score van patiënten met een KATZ-6 ADL-score vóór het incident van 1

Teller: de optelsom van alle KATZ-6 ADL-scores na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die vóór het incident een KATZ-6 ADLscore 1 hadden .

Noemer: aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis in de verslagperiode, die vóór het incident KATZ-6 ADLscore 1 hadden en waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld na 3 maanden.

Gemiddelde KATZ-6 ADL-score na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die vóór het incident een KATZ-6 ADL-score 1 hadden (wordt automatisch berekend):

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 8 - 10 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).

18.7 Continuïteit van zorg



18.7.1 Verbeterdoel Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten

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

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

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

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

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

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

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

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

In de overdracht moeten tenminste de volgende zaken worden verwoord:

- actuele aandoeningen en interventies tijdens opname
- behandelplan met acties die de eerste week moeten plaatsvinden

- het actueel medicatieoverzicht
- contactgegevens (naam en telefoonnummer) van de persoon/collega, waar men extra informatie kan opvragen of waarmee te overleggen
- het reanimeer- en behandelbeperkingenbeleid

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

- *Inclusiecriteria:*
 - *Alle ouderen van 70 of ouder op het moment van opname, die langer dan één dag (24 uur) in de instelling zijn opgenomen.*
- *Exclusie criterium:*
 - *Patiënten die doorgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis.*
 - *Patiënten die in het ziekenhuis overlijden.*

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

Dit verbeterdoel wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

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

2 Beschrijf hoe dit beleid wordt geëvalueerd.

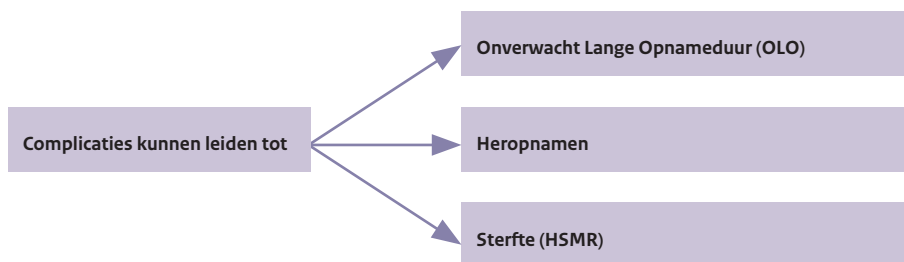
19 Onverwacht lange opnameduur en heropnamen

In Nederland is vanaf 2006 gewerkt aan de ontwikkeling van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Dit is een deels gecorrigeerde maat voor ziekenhuissterfte bij 157 diagnosegroepen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft alle ziekenhuizen vanaf 2013 verplicht de HSMR en de SMR's per patiëntencategorie openbaar te maken. Deze indicatoren verkrijgt de inspectie via de NZa.

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

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

Figuur 1
Samenhangende uitkomstindicatoren



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

19.1 Onverwacht lange opname

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^[41].

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

[41] Langelan M, Broekens MA, de Bruijne MC, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: EMGO+ instituut en NIVEL, Nederland; 2017.

verbeteren^[42]. Omdat ziekenhuizen opnameduur al standaard in de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) registreren, is de onverwacht lange opnameduur een makkelijk meetbare indicator zonder extra registratielast^[43].

19.1.1 Indicator Onverwacht lange opnameduur

Onder 'onverwacht lange opnameduur' verstaat de inspectie een opnameduur die langer is dan verwacht mag worden op basis van kenmerken van de patiënt. Voor een uitgebreide toelichting over de berekening van de verwachte opnameduur wordt verwezen naar het Rapport LBZ-indicatoren over het betreffende registratiejaar dat uitgebracht wordt door DHD. Voor de berekening van de OLO wordt het aantal onverwacht lange opnamen gedeeld door het aantal opnamen in het ziekenhuis. Bij de berekening van de verwachte opnameduur wordt rekening gehouden met de relevante casemixvariabelen, waaronder hoofddiagnose, leeftijd, geslacht, urgentie, verrichting en comorbiditeiten.

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

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

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

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

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

ja nee*

Teller: aantal opnamen in het verslagjaar waarbij de gerealiseerde opnameduur langer was dan verwacht.

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

Ratio (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

19.2 Heropnamen

Heropnamen kunnen een indicatie geven over de patiëntveiligheid. Hiervoor is het nodig voor zover mogelijk onderscheid te maken tussen heropnamen die het gevolg zijn van verminderde patiëntveiligheid en kwaliteit en heropnamen die voortkomen uit het ziekte- of behandelproces dat een patiënt doorloopt. Op basis van een administratieve database (LBZ) valt dit onderscheid nooit met 100% zekerheid te maken. De heropnamenratio is een indicator die een signaal kan geven dat een ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen weinig/gemiddeld/veel heropnamen heeft. Een afwijkende heropnamenratio moet leiden tot nader onderzoek: wat zijn onderliggende oorzaken voor de gevonden heropnamenratio?

[42] 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.

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

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

19.2.1 Indicator Heropnamen

Onder 'heropname' verstaat de inspectie een opname binnen 30 dagen na de ontslagdatum van de indexopname van de patiënt. De indexopname is de opname vóór de heropname. Voor de berekening van de heropnamenratio wordt het werkelijke aantal heropnamen gedeeld door het verwachte aantal heropnamen. Het verwachte aantal heropnamen wordt bepaald door rekening te houden met de relevante casemixvariabelen, waaronder leeftijd, geslacht, urgentie van de indexopname en comorbiditeiten.

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

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

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

Werkelijk aantal heropnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Verwacht aantal heropnamen in uw ziekenhuis in het verslagjaar.

Ratio (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

Indicatoren en inventarisatievragen particuliere klinieken

1 Operatief proces

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

1.1 Preoperatief en infrastructuur

PK 1.1.1 Indicator Kwalificatie behandelruimte

Het verrichten van invasieve ingrepen stelt eisen aan de (bouwkundige) omstandigheden ten aanzien van de mate van steriliteit. Van OK klasse 1 tot zelfstandige behandelkamer^{[44][45]}.

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

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

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

ja nee

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

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

____ | ____ | _____

[44] Omstandigheden (kleine chirurgische en invasieve ingrepen, Werkgroep Infectiepreventie, 2011. <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/Omstandigheden%20ingrepen-disclaimer.pdf>

[45] Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1, Werkgroep Infectie Preventie, november 2014. <https://www.rivm.nl/wip-richtlijn-luchtbehandeling-in-operatiekamer-en-opdekruimte-in-operatieafdeling-klasse-1-zkh>

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1, prestatieniveau 1?	Benoem de instellingen*
Wat is de datum van het laatste validatierapport (van de gehele operatieafdeling van deze andere instelling)?	____ ____ _____
Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK 1, prestatieniveau 2?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Hoeveel OK's klasse 1, prestatieniveau 2 behoren tot uw eigen instelling?	
Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling?	____ ____ _____
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1, prestatieniveau 2?	Benoem de instellingen*
Wat is de datum van het laatste validatierapport (van de gehele operatieafdeling van deze andere instelling)?	____ ____ _____
Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 2?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Hoeveel OK's klasse 2 behoren tot uw eigen OK's klasse 2 instelling?	
Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling?	____ ____ _____
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 2?	Benoem de instellingen*
Wat is de datum van het laatste validatierapport (van de gehele operatieafdeling van deze andere instelling)?	____ ____ _____
Voerde u invasieve ingrepen uit in een zelfstandige behandelkamer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Hoeveel zelfstandige behandelkamers behoren tot uw eigen instelling?	
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelkamers?	Benoem de instellingen*
Voerde u invasieve ingrepen uit in behandelruimten anders dan hierboven genoemd?	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nee
Hoeveel andere behandelruimten behoren tot uw eigen instelling?	
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelruimten?	Benoem de instellingen*
Toelichting:	

* Geef toelichting

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

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid bevoegd en bekwaam personeel, materialen en bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, voor de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt^[46]. De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stop-moment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd in het medisch dossier. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam. Deze indicator is ook opgenomen als interne indicator in de richtlijn Peroperatief traject.^[47]

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

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

1.2 Peroperatief

PK 1.2.1 Indicator Procedurele sedatie

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

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

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

De Richtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer^[48] en het toetsingskader van de inspectie^[49] liggen ten grondslag aan deze indicator.

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

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

[47] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/het_perioperatieve_proces/startpagina_-_het_perioperatieve_proces.html

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

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

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

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

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

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

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

Indien u procedurele sedatie toepaste:

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

Indien er geen lokale PSA-commissie actief was:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA-commissie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee* |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

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

Toelichting:

1.3 Orthopedische chirurgie

PK 1.3.2 Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese

Indicator A Infectie na een totale heupprothese

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Bodde u instelling in het verslagjaar de operatie totale heupprothese aan? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een totale heupprothese? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee* |

* Geef toelichting

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Indicator B Infectie na een totale knieprothese

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

ja

nee

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

ja

nee*

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

1.4 Oogheelkundige chirurgie

PK 1.4.1 Indicator Visuswinst

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

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

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

- Inlusiecriteria:
 - Patiënten van 18 jaar en ouder. Peildatum – geboortedatum = leeftijd.
 - De populatie voor cataract bestaat uit het aantal patiënten bij wie op enig moment in het verslagjaar een zorgproduct wordt afgesloten dat voldoet aan:
 - 70401002 (complexe cataractoperatie), of 70401009 (standaard cataractoperatie met verpleegdagen) of
 - 70401008 (standaard cataractoperatie zonder verpleegdagen) per specialist.

* Geef toelichting

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

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

Teller: Aantal operaties waarbij de patiënt na de cataractoperatie minstens 1 regel visuswinst behaald heeft.

Noemer: Totaal aantal cataractoperaties

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

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

Teller: Aantal operaties waarbij de patiënt na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie is uitgekomen.

Noemer: Totaal aantal cataractoperaties

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

1.5 KNO chirurgie

PK 1.5.1 Indicator Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering

Voordat een patiënt aan zijn stembanden wordt geopereerd, is het van belang om de stemkwaliteit, stemfunctie en het trillingspatroon van de stembanden goed te beschrijven. Het uitgangspunt van de ingreep wordt hierdoor vastgelegd. Deze omschrijving is de basis om het resultaat van de ingreep te beoordelen. Een standaard work-up draagt bij aan een

gestructureerde evaluatie van het doorlopen behandelproces, waardoor de kwaliteit van de zorg verhoogd wordt. Tevens vergemakkelijkt een standaard work-up intercollegiaal overleg en de vorming van een tweede mening. Videolaryngostroboscopia is een beeldvormend onderzoek waarbij met stroboscopische belichting de stembandtrilling gedetailleerd zichtbaar gemaakt wordt. Dit kan als filmbeeld worden vastgelegd. Subtiele en sommige functionele afwijkingen kunnen daardoor gediagnosticeerd worden. De opgeslagen beelden kunnen na het onderzoek nogmaals beoordeeld worden. Daardoor kan een meer nauwkeurige omschrijving van het stembandbeeld verkregen worden. De diagnose en voorgestelde behandeling kunnen beter met de patiënt worden besproken aan de hand van de opgeslagen beelden.

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

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

Probleemstelling

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

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

Richtlijn/ norm

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

Doelstelling

Doel van de indicator is het beter implementeren van het stroboscopisch onderzoek. Videolaryngostroboscopia is algemeen geaccepteerd als de gouden standaard voor de evaluatie van stemklachten. Videolaryngostroboscopia maakte eerder al deel uit van het onderzoek bij stemklachten in een Europese en een Amerikaanse richtlijn^[50].

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

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

[50] Dejonckere PH, Bradley P, Clemente P, et al. A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. Guideline elaborated by the Committee on Phoniatrics of the European Laryngological Society (ELS). Eur Arch Otorhinolaryngol 2001;258:77-82; Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, et al. Clinical practice guideline: Hoarseness (Dysphonia). Otolaryngol Head and Neck Surgery 2009;141: S1-S31; Sataloff RT, Spiegel JR, Hawkshaw MJ. Stroboscopy: results and clinical value. Ann Otol Rhinol Laryngol 1991;100:725-7.

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

Worden er in uw instelling patiënten behandeld met stemklachten?

ja nee

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

ja nee*

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

1.6 Bariatrische chirurgie en ingrepen

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

PK 1.6.1 Indicator Percentage postoperatieve controles

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

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

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

ja nee

Teller: totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij postoperatieve controle heeft plaatsgevonden na 24 maanden (d.w.z. patiënten die in 2019 zijn geopereerd en in het verslagjaar nog voor follow-up kwamen).

* Geef toelichting

Noemer: totaal aantal patiënten waarbij in 2019 bariatrische chirurgie is uitgevoerd.

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

PK 1.6.2 Indicator Volume bariatrische chirurgie en ingrepen

Werden er in uw instelling bariatrische ingrepen uitgevoerd?

ja nee

Welke ingrepen betrof dit:

- gastric bypass, aantal
- gastric sleeve, aantal
- maagband, aantal
- maagballon, aantal
- anders, aantal

Toelichting:

1.7 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)

PK 1.7.1 Indicator Implantatenregister

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

Gebruikte uw instelling implantaten in het verslagjaar?

ja nee

Indien ja, welke?
(meerdere antwoorden mogelijk)

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

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?

ja nee*

Indien ja, welke?
(meerdere antwoorden mogelijk)

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

Toelichting:

* Geef toelichting

PK 1.7.2 Indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)

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

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

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

Het doel is dat binnen drie jaar na de start van de registratie vanuit het register kwaliteitsindicatoren ontwikkeld gaan worden. Het is van groot belang dat iedere zorgverlener die borstimplantaten implanteert of explanteert meewerkt aan dit register. De deelname aan dit register is daarom als proces indicator opgenomen in de basisset voor medisch specialistische zorg. De inspectie beschouwt deelname aan het register als veldnorm.

Bij verschillen in definities is de DBIR leidend.

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

Indicator A

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

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

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

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

%

Indicator B

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

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

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

%

Toelichting:

1.8 Cosmetische chirurgie

PK 1.8.1 Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie

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

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

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

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

Er zijn drie groepen benoemd:

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

• *Inclusie criterium:*

- *Cosmetische augmentaties.**

• *Exclusie criterium:*

- *Borstreconstructieve casus vallen niet onder deze indicator en zijn geëxcludeerd.*

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

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

ja nee*

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

PK 1.8.2 Indicator Ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling

* Geef toelichting

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

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

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

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

ja nee*

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

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

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

Percentage 1 (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2 (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

5 Diagnostiek

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

Zorggerelateerde schade als gevolg van diagnostiek komt niet vaak voor, maar is in meer dan de helft (56 procent) van de gevallen potentieel vermijdbaar, tegen 11 procent van de gevallen in het operatief proces. Daarnaast is in ongeveer 10 procent van de gevallen een relatie aangetoond met het overlijden van de patiënt^[51].

5.1 Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV

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

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

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



5.1.1 Indicator Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV

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

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

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

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

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

Multidisciplinaire behandeling diabetische voetulcus

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

- (Diabetisch) podotherapeut
- Revalidatiearts
- Gipsverbandmeester
- Wondverpleegkundige

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

- ja nee

Toelichting:

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

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

Toelichting:

%

7 Medicatieproces

Uit onderzoek van het NIVEL en EMGO+/VUmc uit 2017 blijkt dat 24 procent van zorggerelateerde schade in ziekenhuizen gerelateerd is aan medicatie^[52]. Een belangrijk deel van deze fouten ontstaat door de overdracht van informatie over medicatie van de ene zorgverlener naar de andere, tussen instellingen of binnen afdelingen. Voor het verbeteren van de patiëntveiligheid is een zorgvuldige medicatieoverdracht belangrijk. Daarnaast is medicatiebewaking essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen.

7.1 Elektronisch voorschrijven

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

7.1.1 Indicator Elektronisch voorschrijven

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

Een elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten:

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

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

- *Inclusiecriteria:*
 - *Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten.*
- *Exclusiecriteria:*
 - *Het voorschrijven van cytostatica wordt in deze indicator buiten beschouwing gelaten.*

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

Indicator 1

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

 ja nee*

Toelichting:

Indicator 2

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

 ja nee*

Toelichting:

* Geef
toelichting

8 Zorg

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

8.1 Delirium

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

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

In 2013 heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) de richtlijn delier Volwassenen en ouderen gepubliceerd met als doel het verbeteren van de vroegtijdige herkenning en behandeling van het delier en het verbeteren van de organisatie en zorg voor patiënten met een delier^[53].



8.1.1 Indicator Zorgplan voor Delirium

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

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

- **Inclusie:**
 - Afdelingen van ziekenhuizen en klinieken, inclusief IC en SEH.
- **Exclusie:**
 - Lichte (dagklinische) ingrepen zoals cataractoperaties, lasers, injecties, huidbiopten en niet-invasieve behandelingen of onderzoeken.

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

A Wordt op uw SEH, preoperatieve poli, bij klinische opname en bij opname op de IC standaard het risico op een delier bij patiënten uitgevraagd en vastgelegd in het dossier aan de hand van de volgende drie vragen (VMS Veiligheidsprogramma):

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

SEH (patiënten van ≥ 70 jaar die worden opgenomen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Preoperatieve poli (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Klinische opname* (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
IC-opname* (alle volwassenen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.

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

SEH (patiënten van ≥ 70 jaar die worden opgenomen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Preoperatieve poli (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Klinische opname* (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
IC-opname* (alle volwassenen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.

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

SEH (patiënten van ≥ 70 jaar die worden opgenomen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Preoperatieve poli (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
Klinische opname* (patiënten ≥ 70 jaar)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
IC-opname* (alle volwassenen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.

• Referenties

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

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^[54], 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)^[55]. 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.

10.1 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^[56]. 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^[57]. Patiënten met een kans van meer dan twee CVA-incidenten per 100 patiënten jaren hebben een indicatie voor antistolling^[58]. 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.

PK 10.1.1 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^[59]. De Nederlandse vereniging voor cardiologie (NVVC) heeft het besluit genomen dat bij elke patiënt met de diagnose atriumfibrilleren de CHA₂DS₂-VASc score vastgelegd moet zijn in het patiëntendossier.

Deze indicator is van toepassing voor alle organisaties waar cardiologische zorg wordt geleverd. Bij een CHA₂DS₂-VASc score ≥ 2 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 diagnose typering: 401 en 106.

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

Levert uw instelling cardiologische zorg?

ja nee

[54] 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.

[55] 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.

[56] NHG-Standaard Atriumfibrilleren 2013.

[57] 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>).

[58] 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.

[59] Leidraad begeleide introductie van nieuwe orale antistollingsmiddelen. Werkgroep NOACs van de wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten (https://www.nvpc.nl/uploads/stand/NVPC121117DOC-MW-Orde_Leidraad+NOAC_pdf118.pdf).

Indicator A Indicator Percentage nieuwe patiënten met atriumfibrilleren waarvan een CHA₂DS₂-VASc score werd vastgelegd^[60]

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

ja nee* n.v.t.*

Heeft u een steekproef genomen?
Indien ja, vul in:
Populatiegrootte: N =
Selectiecriteria:

ja nee

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

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

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Toelichting:

Indicator B Percentage patiënten met CHA₂DS₂-VASc score ≥ 2 waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten of zijn gecontinueerd^[61]

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

Noemer: Aantal nieuwe patiënten dat in het verslagjaar poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter met een CHA₂DS₂-VASc score van ≥ 2 .

Percentage (wordt automatisch berekend):

%

Hoe interpreteren de cardiologen de resultaten?

[60] 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.

[61] 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

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^[62]. 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^[63].

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.

11.1 Reumatologie praktijk^[64]

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

PK 11.1.1 Indicator Reumatologie praktijk

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

Dit betreft een structuur indicator, er is geen directe relatie met klinisch proces of uitkomsten, anders dan hierboven genoemd.

De norm voor het aantal fte reumatologen binnen één reumatologie praktijk is minimaal 1.6 fte.

Probleemstelling

Binnen de 316 geregistreerde reumatologen in Nederland^[65] functioneren een tiental reumatologen als solo/eenmans praktijk. In de afgelopen decade is rondom visitaties van deze praktijken een aantal problemen geweest, waaronder niet meedoen aan visitatie, niet voldoen aan minimum normen, en niet voldoen aan minimum normen bij hervisitatie. Problemen betreffen met name:

- Ontbreken van intercollegiale toetsing op medisch handelen
- Suboptimale CANMED competenties^[66] betreffende samenwerken
- Geen goede borging continuïteit en toegankelijkheid buiten kantooruren en bij afwezigheid

[62] 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/>

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

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

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

[66] CANMEDs competenties <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/competentieverricht-opleiden>.

Richtlijn/ norm

Kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie van de NVR.

Doelstelling

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

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

Zijn er reumatologen werkzaam in de instelling?

ja

nee

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

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

Toelichting:

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.

12.1 Infecties na behandeling

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

PK 12.1.1 Indicator Surveillance van (postoperatieve)^[67] infecties na invasieve behandeling

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

Indien **Ja**, gebeurde dit door:

Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren. ja nee

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

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

Er is geen beleid. ja nee

Anders, namelijk:

PK 12.1.2 Indicator Ingrepen met infectie

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

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

Toelichting:

* Geef toelichting

[67] Dit betreft alle operatieve en invasieve ingrepen.

12.2 Vroege herkenning sepsis

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

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



12.2.1 Indicator Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis

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

In de reeds bestaande structuurindicator van het VMS thema 'vitaal bedreigde patiënt' wordt het gebruik van een single- of geaggregeerde parametersysteem ((M)EWS) aanbevolen om sepsis vroegtijdig te signaleren op verpleegafdelingen, maar er worden geen aanbevelingen gedaan voor de spoedeisende hulp. Uit de literatuur is gebleken dat de (M)EWS ook bruikbaar lijkt op de spoedeisende hulp. De prognostische accuratesse voor mortaliteit van de MEWS en NEWS zijn matig, desalniettemin vergelijkbaar met de accuratesse op de algemene verpleegafdelingen.

Het primaire doel van de indicator is het aanzetten tot invoering en toepassing van een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt in combinatie met de vraag of er een verdenking is op een infectie bij een verhoogde score op alle (dag)verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp met als doel de kwaliteit van de zorg en risicodetectie rondom de septische patiënt te verbeteren.

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

- **Definities**

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

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

- **Inclusiecriteria:**

- Alle (dag)verpleegafdelingen en spoedeisende hulp.

- **Exclusiecriteria:**

- ICU, Kindergeneeskunde, Neonatologie.

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

 ja nee*

Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem op de spoedeisende hulp?

 ja nee* n.v.t.

* Geef toelichting

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

ja nee*

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

ja nee* n.v.t.

Toelichting:



12.2.2 Indicator Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis

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

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

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

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

Structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus

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

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

ja nee*

Zijn er verbetermaatregelen getroffen naar aanleiding van deze evaluatie?

ja nee*

Toelichting:



12.2.3 Indicator Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis

In deze indicator dient er aantoonbaar scholing te worden aangeboden en gevolgd voor vroege herkenning en follow-up bij verdenking van patiënten op sepsis gericht op de juiste implementatie van een vroegtijdig signaleringssysteem zoals beschreven in de eerste indicator. Iedere zorgprofessional die patiënten behandelt op (dag)verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp dient geschoold te worden in het herkennen van vitaal bedreigde patiënten of patiënten met verhoogde kans op sepsis. Niet alleen nieuwe medewerkers moeten worden geschoold. (Na)scholing moet een verplichte en regelmatig terugkerende activiteit zijn voor alle zorgprofessionals werkzaam in de primaire patiëntenzorg. De kwaliteitsindicator scholing is bedoeld om de vroege herkenning van sepsis te bevorderen en door middel van o.a. ABCDE training de opvang van de zieke patiënt te optimaliseren. Door kennis zal de intrinsieke motivatie voor het goed meten en rapporteren van de scores toenemen en de zorg verbeteren.

* Geef toelichting

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

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

Scholing

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

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

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

Beschikt uw instelling over minimaal tweemaal per jaar scholing voor alle zorgprofessionals op de (dag)-verpleegafdelingen en de spoedeisende hulp werkzaam in de primaire patiëntenzorg om de bewustwording voor de vroegtijdige herkenning van sepsis te vergroten?

ja nee*

Is deze scholing verplicht?

ja nee* deels*

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

ja nee*

Toelichting:

12.3 Staphylococcus aureus bacteriëmie

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



12.3.1 Indicator Melding Staphylococcus aureus bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar

Staphylococcus aureus bacteriëmie

Staphylococcus aureus aangetoond door middel van groei van de bacterie in bloedkweek en determinatie van de bacterie als Staphylococcus aureus volgens de geëigende laboratoriumdiagnostiek bij volwassenen en kinderen. Dit

* Geef toelichting

betreft zowel determinatie op koloniegroei, als indicatie van *Staphylococcus aureus* in de bloedkweek door middel van diagnostiek direct op bloedkweekmateriaal. Een kwaliteitsregistratie is in ontwikkeling rondom Antibiotic Stewardship en *Staphylococcus aureus* bacteriëmie.

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

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

Is het aantal patiënten met een <i>Staphylococcus aureus</i> in de bloedkweek bekend, waarbij de bloedkweek is afgenomen in uw zorginstelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Is uit het laboratorium-informatiesysteem de datum (eventueel met tijdstip) te achterhalen waarop een <i>Staphylococcus aureus</i> groeiend in een bloedkweek voor het eerst als zodanig werd geïdentificeerd? (Dit kan determinatie betreffen op koloniegroei of direct op een positieve bloedkweek.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Documenteert de arts-microbioloog het doorgeven van een <i>Staphylococcus aureus</i> in de bloedkweek bij een patiënt aan de hoofdbehandelaar (of zijn/haar vertegenwoordiger) in het elektronische patiënten dossier, laboratorium-informatiesysteem of een consultregistratiesysteem met de datum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Wat is het aantal patiënten bij wie een <i>Staphylococcus aureus</i> in de bloedkweek is aangetoond in het verslagjaar, waarbij de bloedkweek is afgenomen in uw zorginstelling.	—	
Teller: aantal patiënten van wie de <i>Staphylococcus aureus</i> bacteriëmie op dezelfde dag werd gemeld aan de hoofdbehandelaar (of zijn/haar vertegenwoordiger).		
Noemer: aantal patiënten bij wie <i>Staphylococcus aureus</i> bacteriëmie werd aangetoond.		
Het percentage patiënten met een <i>Staphylococcus aureus</i> in de bloedkweek, waarbij de bloedkweek is afgenomen in uw zorginstelling, bij wie de arts-microbioloog de <i>Staphylococcus aureus</i> bacteriëmie aantoonbaar op dezelfde dag na determinatie van de <i>Staphylococcus aureus</i> in de bloedkweek meldde aan de hoofdbehandelaar (of zijn/haar vertegenwoordiger).		%
Toelichting:		

* Geef toelichting

Deze indicator sluit aan op de richtlijn Staphylococcus aureus bacteriëmie.^[68]



12.3.2 Indicator Snel behandelen *Staphylococcus aureus* bacteriëmie

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

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

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

Deze indicator wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

Staphylococcus aureus bacteriëmie

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

Gerichte therapie

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

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

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

Heeft u een audit of steekproef genomen?

ja

nee

Indien ja, vul in:

Populatiegrootte: N =

Selectiecriteria:

[68] https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/staphylococcus_aureus_bacteriëmie/organisatie_van_zorg_s_aureus_bacteriëmie/informatiestroom_en_follow-up_bij_s_aureus.html

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

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

Het percentage patiënten met een Staphylococcus aureus in de bloedkweek, waarbij de bloedkweek is afgenomen in uw zorginstelling, dat binnen 24 uur, na identificatie van deze Staphylococcus aureus, behandeld werd met gerichte antimicrobiele therapie.

%

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.

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^[69] 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^[70] 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.

- Richtlijn/ norm
De normatieve kaders waarin deze indicator is ontleend zijn:
 - Het Kwaliteitskader Medisch Specialisten (OMS, 2010)
 - Het Kwaliteitskader voor alle artsen (KNMG, 2010)

[69] <https://www.demedischspecialist.nl/nieuws/leidraad-helpt-medisch-specialist-bijverder-verbeteren-functioneren>

[70] <https://www.zkn.nl/uploads/documenten/website/ZKN-IFMSHandreiking.pdf>

- Het Herregistratie Besluit Specialisten (CGS, 2015)
- De Leidraad IFMS (OMS, 2014)

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

- **Doelstelling**
Alle medisch specialisten nemen één keer in de twee jaar deel aan een evaluatiecyclus conform de in de Leidraad IFMS genoemde instrumenten en randvoorwaarden.
- **Definities**
 - **Evaluatiecyclus:** Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) is een evaluatief systeem dat gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten door in een periodiek gesprek de omgevingsfeedback, het eigen portfolio en de zelfreflectie te bespreken. Dit (vertrouwelijke) gesprek wordt gebruikt als input voor een individueel ontwikkelingsplan. In een volgend gesprek (uiterlijk na twee jaar) worden, naast het bespreken van de nieuwe zelfreflectie, het bijgewerkte portfolio en de nieuwe omgevingsfeedback, de resultaten van het ontwikkelingsplan geëvalueerd en bijgesteld.
 - **Instrumenten:** Een IFMS-instrument is een hulpmiddel om één of meerdere aspect(en) van het functioneren te evalueren. Zo zijn 360-graden feedback (o.a. Multisource Feedback en Appraisal & Assessment), het portfolio, de zelfevaluatie, het evaluatiegesprek, het persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) op te vatten als IFMS-instrumenten.
 - **Randvoorwaarden:** Om bovengenoemde instrumenten goed te kunnen hanteren en tot hun recht te laten komen, moet in de instelling aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Deze randvoorwaarden zijn duidelijk geworden uit (inter)nationale ervaringen met soortgelijke (HRM-) evaluatiesystemen en uit systematisch onderzoek zoals dat hier in Nederland is verricht. De randvoorwaarden zijn nader weergegeven in de Leidraad IFMS.
- **Inclusiecriteria**
 - Medisch specialist werkzaam in instelling (vrij beroep en dienstverband)
- **Exclusiecriteria**
 - Medisch specialist niet werkzaam in instelling

Is in de instelling een IFMS systematiek^[7], zoals beschreven in de Leidraad IFMS (2014) en te checken middels de in de Leidraad opgenomen checklists, in volle omvang ingevoerd?

ja nee* n.v.t.*

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

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

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

* Geef toelichting

[7] 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.

Zijn er afspraken^[72] 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):

%

Toelichting:

PK 18.1.2 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren^[73] zorgverleners

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

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

ja nee*

Wordt een ontslag van zorgverleners wegens disfunctioneren gemeld bij de inspectie?

ja nee*

Toelichting:

18.2 Evalueren functioneren zorgverleners

PK 18.2.1 Indicator Functioneringsgesprekken

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

Is er een systeem van functioneringsgesprekken tussen raad van bestuur en zorgverleners?

ja nee*

[72] 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.

[73] 'Een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.'

* Geef toelichting

Teller: Het aantal zorgverleners dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal 1 functioneringsgesprek heeft deelgenomen.^[74]

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

Toelichting:

18.3 Patiënttevredenheid

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

PK 18.3.1 Indicator Geschillen

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

- *Exclusie criterium:*
- *Nog lopende klachten en geschillen uit voorgaande verslagjaren.*

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

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

PK 18.3.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek

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

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

Voerde u in het verslagjaar patiënttevredenheids-
onderzoek uit?

ja

nee*

Toelichting:

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

ja

nee*

Toelichting:

* Geef
toelichting

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

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

18.4 Kwaliteitskeurmerk

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

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

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

PK 18.4.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk

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

ja nee*

Indien ja (meerdere antwoorden mogelijk)

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

Toelichting:

18.5 Meldcode

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Sinds 1 juli 2013^[75] zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Zie voor meer informatie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>.

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

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

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

* Geef toelichting

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

PK 18.5.1 Indicator Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

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

ja nee*

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

ja nee*

Toelichting:

18.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen

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

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

- anesthesiologen
- KNO-artsen
- oogartsen
- cardiologen
- dermatologen
- plastisch chirurgen
- orthopeden
- MDL-artsen
- internisten
- cosmetisch artsen^[76]
- anders, namelijk:

PK 18.6.1 Indicator Visitatie door NVA^[77]

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

ja nee*

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

ja nee*

Toelichting:

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja* nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja* nee

* Geef toelichting

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

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

Werden er voorwaarden gesteld?

ja*

nee

Toelichting:

PK 18.6.2 Indicator Visitatie door NVKNO

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

ja

nee*

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

ja

nee*

Toelichting:

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja*

nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja*

nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja*

nee

Toelichting:

PK 18.6.3 Indicator Visitatie door NOG

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

ja

nee*

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

ja

nee*

Toelichting:

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja*

nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja*

nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja*

nee

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

ja

nee*

Toelichting:

* Geef toelichting

PK 18.6.4 Visitatie door NVVC

Waren alle in uw instelling werkzame cardiologen aangesloten bij de NVVC?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVVC (dus inclusief verslagjaar)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVVC?	____	____
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 er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee
Toelichting:		

PK 18.6.5 Indicator Visitatie door NVDV

Waren alle in uw instelling werkzame dermatologen aangesloten bij de NVDV?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVDV (dus inclusief verslagjaar)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVDV?	____	____
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 er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nee
Toelichting:		

PK 18.6.6 Indicator Visitatie door NVPC

Waren alle in uw instelling werkzame plastisch chirurgen aangesloten bij de NVPC?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*
Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVPC (dus inclusief verslagjaar)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee*

* Geef toelichting

Toelichting:

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja* nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja* nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja* nee

Toelichting:

PK 18.6.7 Indicator Visitatie door NOV

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

ja nee*

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

ja nee*

Toelichting:

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja* nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja* nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja* nee

Toelichting:

PK 18.6.8 Indicator Visitatie door NVMDL^[78]

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

ja nee*

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

ja nee*

Waren alle in uw instelling werkzame internisten die endoscopieën uitvoerden aangesloten bij de NVMDL?

ja nee*

* Geef toelichting

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

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

ja nee*

Toelichting:

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja* nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja* nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja* nee

Toelichting:

PK 18.6.9 Indicator Visitatie door NIV

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

ja nee*

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

ja nee*

Toelichting:

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

____ | ____ | _____

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja* nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

ja* nee

Werden er voorwaarden gesteld?

ja* nee

Toelichting:

PK 18.6.10 Indicator visitatie NVCG

Waren alle in uw instelling werkzame cosmetisch artsen aangesloten bij de NVCG?

ja nee*

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

ja nee*

Toelichting:

* Geef toelichting

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

Werden er aanbevelingen gedaan? ja* nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven? ja* nee

Werden er voorwaarden gesteld? ja* nee

Toelichting:

18.7 Continuïteit van zorg



18.7.1 Verbeterdoel Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten

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

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

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

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

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

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

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

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

In de overdracht moeten tenminste de volgende zaken worden verwoord:

- actuele aandoeningen en interventies tijdens opname
- behandelplan met acties die de eerste week moeten plaatsvinden
- het actueel medicatieoverzicht

* Geef toelichting

- contactgegevens (naam en telefoonnummer) van de persoon/collega, waar men extra informatie kan opvragen of waarmee te overleggen
- het reanimeer- en behandelbeperkingenbeleid

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

- *Inclusiecriteria:*
 - *Alle ouderen van 70 of ouder op het moment van opname, die langer dan één dag (24 uur) in de instelling zijn opgenomen.*
- *Exclusie criterium:*
 - *Patiënten die doorgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis.*
 - *Patiënten die in het ziekenhuis overlijden.*

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

Dit verbeterdoel wordt zowel bij ziekenhuizen als particuliere klinieken uitgevraagd.

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

2 Beschrijf hoe dit beleid wordt geëvalueerd.

20 Inventarisatievragen particuliere klinieken

In dit hoofdstuk vindt u inventarisatievragen specifiek voor de particuliere klinieken. Dit zijn vragen die de inspectie meer inzicht geven in de organisatie van de particuliere kliniek. De inventarisatievragen zijn onderverdeeld in algemene organisatorische vragen, vragen over het personeel en vragen over de behandelingen die een instelling aanbiedt. Bij enkele inventarisatievragen is het diagnostisch onderzoek^[79] geëxcludeerd. Dit is expliciet aangegeven en indien dit niet is benoemd, dan moeten deze aantallen dus worden geïnccludeerd.

De inventarisatievragen moet elke particuliere kliniek beantwoorden voordat de resultaten op de indicatoren digitaal aangeleverd kunnen worden.

Algemene organisatie

PK Inventarisatievraag: Organisatie

Naam instelling	
Aantal locaties	
Naam locatie (indien van toepassing)	
KvK-nummer	
Vestigingsnummer ^[80]	
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 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)?	<input type="checkbox"/> ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis: <i>Lijst van ziekenhuizen</i> <input type="checkbox"/> ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis: <i>Lijst van ziekenhuizen</i> <input type="checkbox"/> nee*

* Geef toelichting

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

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

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

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

Toelichting

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

- ja nee

Personeel

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

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

Inventarisatievraag: Percentage BIG-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

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

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

- ja nee

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

Waren er in het verslagjaar geregistreeerde anesthesie-medewerkers en OK-assistenten^[81] werkzaam in uw instelling?

- ja nee

* Geef toelichting

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

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

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

ja nee

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

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

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

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

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

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

ja nee

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

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

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

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

ja nee*

Toelichting:

Inventarisatievraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen veelal meer mogelijkheden hebben om deel te nemen aan kwaliteitsbevorderende activiteiten.

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

ja nee*

* Geef toelichting

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

Toelichting

Inventarisatievraag: Bereikbaarheid

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

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

- De behandelend arts was 24 uur per dag oproepbaar
- De dienstdoende arts was 24 uur per dag oproepbaar
- De instelling levert zelf geen 24-uurs continuïteit*
- Anders, licht toe*

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

- ja
- nee*

Toelichting

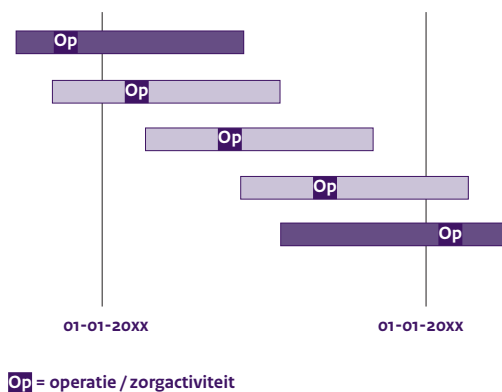
Behandelingen

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

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

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

Figuur 3.1. Schematische toelichting op de selectie van de behandelingen^[82]



* Geef toelichting

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

Inventarisatievraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen

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

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat binnen uw instelling werd behandeld en/of waar diagnostisch onderzoek^[83] werd uitgevoerd?

ja nee*

Indien ja:

Voerde uw instelling diagnostisch onderzoek^[83] uit in het verslagjaar?

ja nee

Indien ja, was dat (meerdere antwoorden mogelijk):

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

Toelichting:

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij binnen uw instelling diagnostisch onderzoek^[83] plaats vond?

ja nee*

Totaal aantal patiënten in het verslagjaar.

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

ja nee*

Totaal aantal diagnostische onderzoeken in het verslagjaar.

Toelichting:

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

- Definitie invasieve onderzoeken:
onderzoeken waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Hieronder vallen ook alle endoscopische onderzoeken.

Voerde uw instelling het verslagjaar invasieve onderzoeken uit?

ja nee

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

ja nee*

Totaal aantal invasieve onderzoeken in het verslagjaar?

* Geef toelichting

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

Toelichting:

Anders, namelijk:

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

ja nee*

Indien **ja**:

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

Toelichting:

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. Daarnaast alle (endo)scopische ingrepen.*

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

Voerde uw instelling in het verslagjaar **invasieve** behandelingen uit (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek^[84])?

ja nee*

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

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

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

ja nee*

Indien **ja**:

Het **totaal aantal invasieve behandelingen** (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek^[84]) in het verslagjaar?

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

Toelichting:

* Geef toelichting

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

Inventarisatievraag: Behandel aanbod

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

Oogheelkundige ingrepen: refractiechirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Oogheelkundige ingrepen: cataract	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Keel-, neus- en oorheelkundige ingrepen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Orthopedische ingrepen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Plastisch chirurgisch/cosmetische ingrepen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Injectables (botox/fillers)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Bariatrische chirurgie en/of ingrepen (inclusief maagballonnen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Dermatologische behandelingen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Indien **ja**, was dat:

Algemene dermatologie (zoals psoriasis, eczeem)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Dermato-oncologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Dermatochirurgie (medisch)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Cosmetische dermatochirurgie	<input type="checkbox"/> ja, namelijk liposculpture <input type="checkbox"/> ja, namelijk liposuctie <input type="checkbox"/> ja, anders* <input type="checkbox"/> nee	
Anders*		
Toelichting:		

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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
--	-----------------------------	------------------------------

Indien **ja**:

Kunt u onderscheid maken naar ASA-klasse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
---	-----------------------------	------------------------------

* Geef toelichting

Indien ja:

Wat is het aantal patiënten dat de instelling in het verslagjaar heeft behandeld in:

___ ASA-klasse 1

___ ASA-klasse 2

___ ASA-klasse 3 en hoger*

___ ASA onbekend*

*Toelichting (inclusief type behandeling):

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

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen. Invasieve behandelingen van kinderen kunnen naar het oordeel van de inspectie alleen onder duidelijke voorwaarden^[85] in een particuliere kliniek worden verricht. Voor elke invasieve behandeling, operatie of onderzoek dient de screening op het risico op delier te worden vastgelegd bij alle patiënten van 70 jaar en ouder. Indien een patiënt als risicopatiënt wordt beschouwd, kan deze patiënt niet in een particuliere kliniek worden behandeld en dient er gericht te worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar?

ja*

nee

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

ja

nee

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

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

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

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

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

* Toelichting

– Type behandeling

– Aantallen patiënten per type behandeling

* Geef toelichting

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

Wijzigingstabel

Indicatoren en verbeterdoelen		Uitvraag bij ziekenhuizen	Uitvraag bij particuliere klinieken	Indicator nieuw voor ziekenhuizen	Indicator nieuw voor particuliere klinieken	Indicator vervallen voor ziekenhuizen	Indicator vervallen voor particuliere klinieken	Indicator aangepast	Opmerking
1	Operatief proces								
1	Operatief proces								
1.1	Preoperatief en infrastructuur								
1.1.1	Indicator Kwalificatie behandelruimte		x						
1.1.2	Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV		x						
1.1.3	Verbeterdoel Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase	x							
1.2	Peroperatief								
1.2.1	Indicator Procedurele sedatie		x						
1.3	Traumatologische en orthopedische chirurgie								
1.3.1	Indicator Heroperaties bij een heupfractuur	x							
1.3.2	Indicator Dutch Spine Surgery Registry (DSSR)				x	x			
1.3.3	Indicator Infectie na een totale heupprothese en totale knieprothese		x						
1.4	Oogheelkundige chirurgie								
1.4.1	Indicator Visuswinst		x		x				
1.4.2	Indicator Cataractregistratie						x		
1.5	Neurochirurgie								
1.5.1	Indicator Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS)					x			
1.6	KNO chirurgie								
1.6.1	Indicator Preoperatieve work-up bij operaties met als doel stemverbetering		x		x				
1.7	Bariatrische chirurgie en ingrepen								
1.7.1	Indicator Percentage postoperatieve controles		x					x	Ingangsvraag toegevoegd
1.8	Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)								
1.8.1	Indicator Implantatenregister		x						
1.8.2	Indicator Borstimplantaten					x	x		
1.8.3	Indicator Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)		x		x				
1.9	Cosmetische chirurgie								
1.9.1	Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie		x						
1.9.2	Indicator Ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling		x						
1.9.3	Indicator Registratie rimpelvullers						x		
2	Spoedprocessen								
3	Intensive care								
3.1	Kwaliteitsregistratie NICE								
3.1.1	Indicator Aanlevering van de kwaliteitsregistratie van de NICE					x			
3.1.2	Indicator Hypoglycemie					x			
4	Polikliniek								
5	Diagnostiek								
5.1	Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV								
5.1.1	Indicator Diabetisch voetenteam en tijdige diagnostiek PAV	x	x						

Wijzigingstabel

Indicatoren en verbeterdoelen		Uitvraag bij ziekenhuizen	Uitvraag bij particuliere klinieken	Indicator nieuw voor ziekenhuizen	Indicator nieuw voor particuliere klinieken	Indicator vervallen voor ziekenhuizen	Indicator vervallen voor particuliere klinieken	Indicator aangepast	Opmerking
6	Interventies								
6.1	Interventies radiologie								
6.1.1	Indicator Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies					x			
7	Medicatieproces								
7.1	Elektronisch voorschrijven								
7.1.1	Indicator Elektronisch voorschrijven		x			x		x	Vraag aangepast
7.2	Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen								
7.2.1	Indicator Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen		x						
7.3	High Risk medicatie								
7.3.1	Indicator High Risk medicatie					x	x		
8	Zorg								
8.1	Ondervoeding								
8.1.1	Indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen					x			
8.1.2	Indicator Behandeling van ondervoeding					x			
8.2	Delirium								
8.2.1	Indicator Zorgplan voor delirium		x	x					
8.2.2	Indicator Screening op delirium op de SEH		x						
8.3	Ziekenhuisbreed pijnmanagement								
8.3.1	Indicator Pijnmeting					x			
8.3.2	Indicator Pijnregistratie					x			
8.3.3	Indicator Pijnconsultatie					x			
8.4	Vrijheidsbeperkende interventies (VBI)								
8.4.1	Indicator Middelen voor toepassen VBI		x						
8.4.2	Indicator Deskundigheid zorgprofessional					x			
9	Oncologie								
9.1	Oncologisch proces								
9.1.1	Indicator Vast aanspreekpunt in de oncologische keten					x			
9.2	Borstkanker								
9.2.1	Indicator Wachtijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten					x			
9.3	Longkanker								
9.3.1	Indicator Deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsregistratie DLCA					x			
9.4	Gastro-intestinale tumoren								
9.4.1	Indicator Failure to Rescue					x			
9.5	Botmetastasen								
9.5.1	Indicator Palliatieve radiotherapie botmetastasen					x			

Wijzigingstabel

Indicatoren en verbeterdoelen		Uitvraag bij ziekenhuizen	Uitvraag bij particuliere klinieken	Indicator nieuw voor ziekenhuizen	Indicator nieuw voor particuliere klinieken	Indicator vervallen voor ziekenhuizen	Indicator vervallen voor particuliere klinieken	Indicator aangepast	Opmerking
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 Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's					x			
10.3	Carotischirurgie								
10.3.1	Indicator Tijd tot carotisendarteriëctomie bij patiënten met een TIA/herseneninfarct					x			
10.3.2	Indicator Percentage overlijden en postoperatief neurologisch event na een carotisendarteriëctomie					x			
10.4	Thoraxchirurgie								
10.4.1	Indicator Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis					x			
10.4.2	Indicator Stroke, met restletsel, na hartchirurgie					x			
10.5	Atriumfibrilleren								
10.5.1	Indicator Atriumfibrilleren		x		x				
10.6	Doorlooptijd IAT								
10.6.1	Indicator Doorlooptijd IAT	x							
11	Bewegingsapparaat								
11.1	Reumatologie praktijk								
11.1.1	Indicator Reumatologie praktijk		x		x				
12	Infectieziekten								
12.1	Infecties na behandeling								
12.1.1	Indicator Surveillance van postoperatieve infecties		x						
12.1.2	Indicator Ingrepen met infectie		x						
12.2	Vroege herkenning sepsis								
12.2.1	Indicator Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis	x	x						
12.2.2	Indicator Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis	x	x						
12.2.3	Indicator Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis	x	x						
12.3	Staphylococcus aureusbacteriëmie								
12.3.1	Indicator Melding Staphylococcus aureus bacteriëmie aan de hoofdbehandelaar	x	x						
12.3.2	Indicator Snel behandelen Staphylococcus aureusbacteriëmie	x	x						
13	Longen								
14	Maag-darm-lever (MDL)								
14.1	Endoscopische verrichtingen								
14.1.1	Indicator Percentage ERCP's ingevoerd in de landelijke kwaliteitsregistratie					x			
14.1.2	Indicator Successrate ERCP: percentage procedurele intentie geslaagd					x			
15	Zenuwstelsel								

Wijzigingstabel

Indicatoren en verbeterdoelen		Uitvraag bij ziekenhuizen	Uitvraag bij particuliere klinieken	Indicator nieuw voor ziekenhuizen	Indicator nieuw voor particuliere klinieken	Indicator vervallen voor ziekenhuizen	Indicator vervallen voor particuliere klinieken	Indicator aangepast	Opmerking
16	Perinatale zorg								
16.1	Spontane bevalling								
16.1.1	Indicator Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'					x			
17	Kwetsbare groepen								
17.1	Ondervoeding geriatrische patiënten								
17.1.1	Indicator Screening ondervoeding geriatrische patiënten					x			
17.2	Colonchirurgie bij ouderen								
17.2.1	Indicator Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie					x			
17.2.2	Indicator Beoordeling bij kwetsbaarheid					x			
17.3	Heupfractuur bij kwetsbare ouderen								
17.3.1	Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur	x							
17.4	Stralingsbelasting bij kinderen								
17.4.1	Indicator Gebruik kinderprotocollen bij CT onderzoek, doorlichtingsonderzoek en röntgenfoto's bij kinderen						x		
18	Algemeen kwaliteitsbeleid								
18.1	Functioneren medisch specialisten								
18.1.1	Indicator IFMS		x						
18.1.2	Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten		x						
18.2	Evalueren functioneren zorgverleners								
18.2.1	Indicator Functioneringsgesprekken		x						
18.3	Patiënttevredenheid								
18.3.1	Indicator Geschillen		x						
18.3.2	Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek		x						
18.4	Kwaliteitskeurmerk								
18.4.1	Indicator Kwaliteitskeurmerk		x						
18.5	Meldcode								
18.5.1	Indicator Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling		x						
18.6	Visitaties door wetenschappelijke verenigingen								
18.6.1	Indicator Visitatie door NVA		x						
18.6.2	Indicator Visitatie door NVKNO		x						
18.6.3	Indicator Visitatie door NOG		x						
18.6.4	Indicator Visitatie door NVVC		x						
18.6.5	Indicator Visitatie door NVDV		x						
18.6.6	Indicator Visitatie door NVPC		x						
18.6.7	Indicator Visitatie door NOV		x						
18.6.8	Indicator Visitatie door NVMDL		x						
18.6.9	Indicator Visitatie door NIV		x						
18.6.10	Indicator Visitatie door NVCG		x						

Wijzigingstabel

Indicatoren en verbeterdoelen		Uitvraag bij ziekenhuizen	Uitvraag bij particuliere klinieken	Indicator nieuw voor ziekenhuizen	Indicator nieuw voor particuliere klinieken	Indicator vervallen voor ziekenhuizen	Indicator vervallen voor particuliere klinieken	Indicator aangepast	Opmerking
18.7	Medische technologie								
18.7.1	Indicator Veilige toepassing van infuuspompen					x	x		
18.8	Continuïteit van zorg								
18.8.1	Verbeterdoel Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten	x	x						
19	Onverwacht lange opnameduur en heropnamen								
19.1	Onverwacht lange opnameduur								
19.1.1	Indicator Onverwacht lange opnameduur	x							
19.2	Heropnamen								
19.2.1	Indicator Heropnamen	x							
20	Inventarisatievragen particuliere klinieken		x						

www.igj.nl

Gezond
vertrouwen

