**Indicatorenset chronische nierschade**

Uitvraag zorginstellingen over verslagjaar 2015

5 november 2015

**Colofon**

**Internet:**

* OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2015 (beschikbaar vanaf 1 februari voor leden van de NVZ en NFU): <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
* Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: [www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/ transparantiekalender-kwaliteitsinstituut](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/%20transparantiekalender-kwaliteitsinstituut)
* Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: [www.nfu.nl](http://www.nfu.nl).
* Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit>
* Nefrovisie: [www.nefrovisie.nl](http://www.nefrovisie.nl)
* NVN: <http://www.nvn.nl/wij-werken-aan/kwaliteit-behandeling-onderzoek>

**Samengesteld door:**

*Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra*

*Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie*

*Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen*

*Federatie Medisch Specialisten*

*Nederlandse Federatie voor Nefrologie (in afstemming met Nederlandse Internisten Vereniging)*

*Zorgverzekeraars Nederland*

*Nefrovisie*

*Nierpatiënten Vereniging Nederland*

**Deze indicatorenset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland waarmee het aanleveren van deze kwaliteitsgegevens in 2016 over verslagjaar 2015 wettelijk verplicht is.**

**Inhoudsopgave**

**Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren** 4

1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren 5

2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Chronische Nierschade 8

3. Lijst te verzamelen variabelen 18

Bijlage 1: Wijzigingen zorginhoudelijke indicatoren 24

**Deel 2: Klantpreferentievragen** 25

*Voor Chronische Nierschade zijn geen klantpreferentievragen opgesteld*

Afkortingenlijst 26

**Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren1.** **Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Chronische Nierschade**

**Indicatorwerkgroep**

De werkgroep voor de ontwikkeling van de indicatorenset Dialyse bij nierziekten bestond in 2015 uit de volgende personen:

Nefrovisiei: Dr. M.H. Hemmelder, internist-nefroloog, uitvoerend bestuurder Nefrovisie

NfN: Dr. F.J. van Ittersum, internist-nefroloog VUmc, Amsterdam, voorzitter sectie Registratie Nederlandse federatie voor Nefrologie/Nederlandse Internisten Vereniging

NVN: Dhr. Drs. J.A.J. Bart, directeur Nierpatiënten Vereniging Nederland en Mw. Drs. K. Prantl, beleidsmedewerker Kwaliteit.

NPCF: Mw. M. Muris-Nyst, senior beleidsmedewerker.

ZN: Mw. drs. R. Geels, arts M&G, adviserend geneeskundige, Zilveren Kruis

 Mw. Dr. A. Witteman, arts M&G, adviserend geneeskundige, VGZ

 S. Hornstra, arts, adviserend geneeskundige, Menzis

Mw. M. Schepens, apotheker, MBA, extern adviseur Zorgverzekeraars Nederland

Contact voor inhoudelijke vragen:

1. Nefrovisie t.n.v. dr. M.H. Hemmelder, uitvoerend bestuurder, Brennerbaan 130, 3524 BN Utrecht (m.hemmelder@nefrovisie.nl)

2. NfN t.n.v. dr. F.J. van Ittersum, Internist-Nefroloog, VUMC, De Boelelaan 1117, 1081 HV, Amsterdam; fj.vanittersum@vumc.nl)

**Afstemming met bestaande richtlijnen**

Bij de ontwikkeling van de indicatoren is gebruik gemaakt van de kennis die is opgedaan in het ontwikkeltraject van onderstaande richtlijnen:

* Peritoneale Dialyse richtlijnen, 2009
* Multidisciplinaire richtlijn predialyse, update 2011
* Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) chronische nierschade, 2009
* Richtlijn Chronische Nierschade, 2009
* Visitatiestellingen 2012

**Totstandkoming**

De indicatoren zijn tot stand gekomen op basis van richtlijnen van de beroepsgroep van nefrologen. Ze zijn deels gebaseerd op de "visitatiestellingen" waarop de dialysecentra gevisiteerd worden en waarop de huidige HKZ-certificering is gestoeld. De voorgestelde indicatoren zijn doorontwikkeld op basis van de vastgestelde indicatoren in 2011 met een actualisatie aan de huidige wet- en regelgeving. Deze aanpassingen zijn goedgekeurd door vertegenwoordigers van bovengenoemde partijen.

**Populatiebepaling Chronische Nierschade**

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor de indicatorensets is als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van DOT’s (DBC’s op weg naar transparantie).

De populatie voor de indicatorenset Chronische Nierschade bestaat uit het aantal volwassen patiënten (≥18 jaar) dat op enig moment in het verslagjaar een zorgproduct heeft dat voldoet aan:

|  |  |
| --- | --- |
| Zorgproduct | Korte omschrijving |
| 140301017 | APD | Niet klin | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301018 | APD | Klin | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301019 | Diagnose CAPD | CAPD | Niet klin | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301020 | Diagnose CAPD | CAPD | Klin | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301007 | Nierinsufficientie | Chronisch | Hemodialyse in centrum/ zkhs | Niet klin | Dialyse 1-3 | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301023 | Nierinsufficientie | Chronisch | Hemodialyse in centrum/ zkhs | Niet klin | Dialyse 4-5 | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301008 | Nierinsufficientie | Chronisch | Hemodialyse in centrum/ zkhs | Klin | Dialyse 1-3 | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301024 | Nierinsufficientie | Chronisch | Hemodialyse in centrum/ zkhs | Klin | Dialyse 4-5 | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301043 | Nierinsufficientie | Chronisch | Hemodialyse in centrum/ zkhs | Klin | Dialyse >=6 | | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301003 | Nierinsufficientie | Chronisch | Thuishemodialyse | Dialyse 1-3 | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301006 | Nierinsufficientie | Chronisch | Thuishemodialyse | Dialyse 4-5 | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301022 | Nierinsufficientie | Chronisch | Thuishemodialyse | Dialyse >=6 | Urogenitaal nierinsufficientie |
| 140301021 | Nierinsufficientie | Chronisch | Thuishemodialyse | Urogenitaal nierinsufficientie  |

De populatie voor de indicatorenset Chronische Nierschade bestaat uit het aantal volwassen patiënten (≥18 jaar) dat op enig moment in het verslagjaar een diagnosecode heeft die voldoet aan:

* 313.xxx.331 (continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD))
* 313.xxx.332 (automatische peritoneale dialyse (APD))
* 313.xxx.336 (chronische hemodialyse thuis)
* 313.xxx.339 (chronische hemodialyse instelling)

De populatie wordt uiteindelijk bepaald door de in 2015 afgesloten zorgproducten/DOT’s. Uitzondering hierop zijn de indicatoren waar wordt gevraagd naar een afwijkende verslagperiode.

Om dubbelregistratie te voorkomen, dient – indien de indicator gebaseerd is op tellingen op patiëntniveau – geselecteerd te worden op het unieke patiëntnummer. In alle andere gevallen wordt geteld op verrichtingenniveau en telt iedere verrichting apart mee. Voor codes en instructies, zie de variabelenlijst en rekenregels (tabellen 1 en 2).

**Peildatum**

De structuurindicatoren worden, in verband met de actualiteit, eenmaal per jaar op peildatum 1 maart geregistreerd.

**In- en exclusiecriteria**

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken, heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld op leeftijd of comorbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen worden gesteld aan het DOT-zorgproduct. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifieke verrichting.

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor comorbiditeit, die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

**Voorwaarden:**

1. Het centrum voldoet aan de voorwaarden van een gevalideerd dialyse-specifiek certificatie systeem op de peildatum.
2. Zorgverzekeraars en patientenorganisaties vragen geen andere items uit dan degene die in deze indicatorgids zijn vastgesteld met de bijgevoegde definities. Zorginstellingen kunnen een additionele uitvraag weigeren. **2. Zorginhoudelijke indicatoren Chronische Nierschade**

|  |
| --- |
| **1. Indicatiestelling** |
| **Relatie tot kwaliteit** | In het algemeen wordt de indicatie om te starten met de dialyse-behandeling gesteld op grond van de klachten van de patiënt in combinatie met de klaring van afvalstoffen en de mate van overvulling.  |
| **Operationalisatie** | Percentage patiënten in het verslagjaar dat start met een vorm van chronische dialyse en bij wie de klaring, berekend met MDRD of CKD-EPI of gemeten met gemiddelde ureum/kreatinine-klaring > 15 ml/min/1.73 m2 is op het moment van starten van dialyse. |
| **Teller** | Aantal patiënten in het verslagjaar dat start met een vorm van chronische dialyse en bij wie de klaring, berekend met MDRD of CKD-EPI of gemeten met gemiddelde ureum/kreatinine-klaring > 15 ml/min/1.73 m2 is op het moment van starten van dialyse. |
| **Noemer** | Aantal patiënten dat start met een chronische vorm van dialyse |
| **Definitie(s)** | Chronische dialyse omvat DOT producten zoals vermeld in tabel 1 |
| **In- /exclusiecriteria** | Inclusie: alle nieuwe chronische dialysepatiënten in het verslagjaarExclusie: kinderen (<18 jaar) |
| **Bron** | DOT-registratie, zorginstellingsregistratie, EPD, status |
| **Meetfrequentie** | Continu  |
| **Verslagjaar** | 01-01-2015 tot en met 31-12-2015 |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Proces |
| **Meetniveau** | Zorginstelling |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit, veiligheid |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 1** | **Indicatiestelling** | **Formule** |
| **Teller**  | Selecteer alle patiënten uit de noemer bij wie op de startdatum van de dialyse de klaring, berekend met MDRD of CKD-EPI of gemeten met gemiddelde ureum/kreatinine-klaring > 15 ml/min/1.73 m2 is. | # patiënten noemer voor wie DIA5 = 1 op tijdstip DIA4 |
| **Noemer** | Selecteer alle volwassen patiënten die een vorm van chronische dialyse krijgen. | # patiënten waarvoor DIA1 en DIA2 gelden en waarvoor geldt DIA19≥18 jaar |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

In het algemeen wordt de indicatie om te starten met chronische dialysebehandeling gesteld op grond van de klachten van de patiënt in combinatie met de klaring van afvalstoffen en de mate van overvulling (Richtlijn predialyse, 2011). Onderzoek heeft aangetoond dat vroeg starten met dialyse geen extra voordeel oplevert (Cooper BA et al., 2010).

**Mogelijkheden tot verbetering**

Het is van belang geen patiënt te laten starten met chronische dialyse indien in de eGFR gemeten met MDRD, CKD-EPI of de gemiddelde ureum/kreatinineklaring > 15 ml/min/1.73 m2.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

In zeldzame gevallen kan de mate van overvulling of uremie zo ernstig zijn dat al met dialyse wordt begonnen terwijl de klaring te hoog is. Voor de meeste indicatoren geldt hoe hoger de score des te beter de zorg. Dit gaat niet op voor deze indicator. Als er gesteld wordt 100-x, waarbij x de score is op de indicator, dan geldt wel weer hoe hoger hoe beter de zorg.

**Inhoudsvaliditeit**

Uit de literatuur blijkt dat vroeg starten met dialyseren (bij een klaring hoger dan 15 ml/min) geen toegevoegde waarde heeft.

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De verwachting is dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor de indicator discrimineert tussen de zorginstellingen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

**Vergelijkbaarheid**

De case-mix zal de uitkomst van deze indicator waarschijnlijk sterk beïnvloeden. Omdat er echter zeer veel factoren zijn die van invloed zijn op de beslissing om te starten met dialyse is de grenswaarde voor starten met dialyse (15 ml/min) bewust ruim gekozen, zodat het merendeel van de patiënten aan deze indicator zal moeten kunnen voldoen.

**Registratiebetrouwbaarheid**

De werkgroep verwacht dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) hetzelfde resultaat oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende zorginstellingen zelf. De gevraagde gegevens voor deze indicator zijn deels vastgelegd in de DOT- en zorgactiviteiten registratie, de eGFR zal uit de zorginstellingsregistratie moeten komen en heeft dus een grotere registratielast.

**Referenties**

* Cooper BA, Branley P, Bulfone L, et al. A randomized controlled trial of early versus late initiation of dialysis. N Engl J Med 2010; 363:609-19.
* Multidisciplinaire richtlijn predialyse, update 2011

|  |
| --- |
| **2. Voorbereidingstijd niertransplantatie** |
| **Relatie tot kwaliteit** | Om de duur van de chronische dialysebehandeling zo kort mogelijk te houden en een eventuele transplantatie zo snel mogelijk te kunnen laten plaatsvinden is het van belang om zo snel mogelijk de transplantatiestatus van (nieuwe) chronische dialysepatiënten te bepalen. |
| **Operationalisatie** | Percentage patiënten bij wie binnen zes maanden na de start van een vorm van chronische dialyse de transplantatiestatus (niet transplantabel, transplantabel of getransplanteerd) bekend is |
| **Teller** | Aantal patiënten bij wie binnen zes maanden na de start van een vorm van chronische dialyse de transplantatiestatus (niet transplantabel, transplantabel of getransplanteerd) bekend is |
| **Noemer** | Aantal patiënten gestart met een vorm van chronische dialyse |
| **Definitie(s)** | Bekend: terug te vinden in de status/EPD |
| **In- /exclusiecriteria** | Inclusie: alle dialysepatiënten die ten minste een half jaar bezig zijn met een vorm van chronische dialyseExclusie: kinderen (<18 jaar) |
| **Bron** | Teller: EPD, statusNoemer: DOT-registratie, zorginstellingsregistratie |
| **Meetfrequentie** | Continu |
| **Verslagjaar** | 01-07-2014 tot en met 30-06-2015\* |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Proces |
| **Meetniveau** | Zorginstelling |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit |

\* Let op: Het verslagjaar is van half 2014 tot half 2015 aangezien de patiënten meer dan zes maanden met chronische dialyse behandeld moeten zijn.

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 2** | **Voorbereidingstijd niertransplantatie** | **Formule** |
| **Teller**  | Selecteer alle patiënten uit de noemer voor wie geldt dat de transplantatiestatus binnen zes maanden na de start met chronische dialyse bekend is | # patiënten noemer voor wie geldt DIA6 = 1 en DIA16 < 6 maanden |
| **Noemer** | Selecteer alle volwassen patiënten die worden behandeld met een vorm van chronische dialyse | # patiënten waarvoor DIA1 geldt en waarvoor geldt DIA19≥18 jaar |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Niertransplantatie is de meest gewilde en kosten-effectieve variant van niervervangende therapie voor patiënten met onomkeerbaar chronisch nierfalen (Abecassis et al., 2008; Pesavento, 2009). In het algemeen wordt in de predialysefase al gestart met de voorbereiding voor niertransplantatie. Patiënten die starten met een vorm van chronische dialyse kunnen in het algemeen dan ook snel een transplantatiestatus hebben. Ook patiënten die abrupt met dialyse zijn begonnen moeten zo snel mogelijk worden voorbereid voor een eventuele niertransplantatie en een transplantatiestatus hebben.

**Mogelijkheden tot verbetering**

Afname van het aantal patiënten in centra waarbij de bepaling van de transplantatiestatus van dialysepatiënten langer dan 6 maanden op zich laat wachten.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Er zijn geen beperkingen bij gebruik en interpretatie.

**Inhoudsvaliditeit**

In de visitatiestellingen dialyse 2012 is opgenomen dat alle chronische dialysepatiënten te allen tijde op de hoogte moeten zijn van hun transplantatiestatus. De werkgroep acht de termijn van zes maanden na de start van dialyse redelijk. De mate van bewijskracht hiervoor is D, wat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt. De werkgroep is van mening dat deze indicator een belangrijke relatie heeft met de kwaliteit van zorg.

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De verwachting is dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor de indicator discrimineert tussen de zorginstellingen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

**Vergelijkbaarheid**

Bias en case-mix zijn bij deze indicator niet van toepassing.

**Registratiebetrouwbaarheid**

De verwachting is dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) hetzelfde resultaat oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende zorginstellingen zelf. De transplantatiestatus is een waarde die niet vastgelegd wordt in de DOT-registratie. Het is wel gebruikelijk dat centra de transplantatiestatus vastleggen in hun zorginstellingsregistratiesysteem. Als centra de status niet in een registratiesysteem hebben opgenomen, zal voor deze indicator dossieranalyse moeten worden uitgevoerd. Dit vergroot de registratielast.

**Referenties**

* Abecassis M, Bartlett ST, Collins AJ, Davis CL, Delmonico FL, Friedewald JJ et al. Kidney trasnplantation as primary therapy for end-stage renal disease: A national kidney foundation/kidney desease outcomes quality initiatiev (NKF/KDOQITM) conference. Clin J Am Soc Neprol 2008;3:471-80.
* Visitatiestellingen 2012. Visitatiecommissie dialyseafdelingen NfN/V&VN Dialyse & Nefrologie.
* Pesavento TE, Clin J Am Soc Nephrol 2009;4:235-9

|  |
| --- |
| **3. Dialyse toegang** |
| **Relatie tot kwaliteit** | Een goede voorbereiding op dialysebehandeling houdt in dat patiënten tijdig worden voorgelicht over de verschillende vormen van dialyse. Als zij hun keuze hebben gemaakt, moet op tijd een adequate permanente toegang (vaattoegang of toegang tot het buikvlies) worden aangelegd, omdat dit minder complicaties geeft dan een tijdelijke toegang voor dialyse.  |
| **Operationalisatie** | Percentage patiënten dat meer dan zes maanden op de predialysepolikliniek is behandeld en dan start met een vorm van chronische dialyse met hetzij een functionerende shunt, hetzij een functionerende PD catheter |
| **Teller** | Aantal patiënten dat meer dan zes maanden op de predialysepolikliniek is behandeld en dan start met een vorm van chronische dialyse met hetzij een functionerende shunt, hetzij een functionerende PD catheter |
| **Noemer** | Aantal patiënten dat meer dan 6 maanden op de predialysepolikliniek is behandeld en dan start met een vorm van chronische dialyse |
| **Definitie(s)** | Vorm van dialyse: hier wordt mee bedoeld ofwel peritoneale dialyse ofwel hemodialyse.Shunt: een door de chirurg aangelegde verbinding tussen de slagader en de ader (in de arm).PD-catheter: peritoneale dialyse katheter |
| **In- /exclusiecriteria** | Exclusie: patiënten bij wie bewust gekozen wordt om te dialyseren op een permanente centraal veneuze katheter.Exclusie: kinderen (<18 jaar) |
| **Bron** | DOT-registratie, zorginstellingsregistratie |
| **Meetfrequentie** | Continu |
| **Verslagjaar** | 01-07-2014 tot en met 30-06-2015\* |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Proces |
| **Meetniveau** | Zorginstelling |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit |

\* Let op: Het verslagjaar is van half 2014 tot half 2015, aangezien de patiënten meer dan zes maanden op de predialysepolikliniek behandeld moeten zijn.

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 3** | **Dialyse toegang** | **Formule** |
| **Teller**  | Selecteer alle patiënten uit de noemer die een functionerende shunt of PD-catheter hadden | # patiënten noemer waarvoor geldt DIA10 = 1 |
| **Noemer** | Selecteer alle volwassen chronische dialyse patiënten die meer dan 6 maanden op de predialysepolikliniek zijn behandeld en dan starten met een vorm van dialyse (peritoneaal of hemodialyse). Haal daar de patiënten af waarbij bewust is gekozen om te dialyseren met een permanente centraal veneuze katheter | # patiënten waarvoor DIA1 geldt en waarvoor geldt DIA17 > 6 maanden en DIA19≥18 jaar – # patiënten waarvoor tevens geldt DIA15=1  |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

In de predialysefase wordt voor aanvang van dialyse een adequate definitieve toegang aangelegd. Dit houdt in dat patiënten die langer dan zes maanden zijn voorbereid op de predialysepoli en die gaan hemodialyseren beschikken over een bruikbare shunt (tenzij als definitieve toegang bewust voor een (getunnelde) centraal veneuze katheter wordt gekozen). Bij patiënten die peritoneale dialyse gaan doen is een peritoneale dialyse katheter ingebracht (visitatiestellingen 2012). Soms starten patiënten echter met een vorm van dialyse doordat zij abrupt nierinsufficiënt zijn geworden, bijvoorbeeld na een grote operatie of door een snel progressieve nierziekte. Er is dan geen mogelijkheid geweest de patiënt voor te lichten over de verschillende vormen van dialyse en niertransplantatie en daardoor ook geen mogelijkheid om een dialyseshunt aan te leggen of een PD-catheter te plaatsen. Bij patiënten die niet of korter dan zes maanden op de predialysepoli zijn voorbereid wordt zo spoedig mogelijk een op de gekozen dialysemodaliteit afgestemde definitieve toegang aangelegd (visitatiestellingen 2012). Deze patientengroep kan niet voldoen aan de criteria die opgelegd zijn. Derhalve wordt er niet verwacht dat er een 100% score bereikt zal worden als er dergelijke patiënten behandeld zijn.

**Mogelijkheden tot verbetering**

Meer patiënten die starten met chronische dialyse hebben een adequate definitieve toegang.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Er zijn geen beperkingen bij gebruik en interpretatie.

**Inhoudsvaliditeit**

In de visitatiestellingen dialyse 2012 is opgenomen dat bij patiënten die niet of korter dan zes maanden op de predialysepoli zijn voorbereid, zo spoedig mogelijk een op de gekozen dialysemodaliteit afgestemde definitieve toegang wordt aangelegd. De mate van bewijskracht hiervoor is D, wat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt. De werkgroep is van mening dat deze indicator een belangrijke relatie heeft met de kwaliteit van zorg.

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor de indicator discrimineert tussen de zorginstellingen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

**Vergelijkbaarheid**

Bij deze indicator kan de case-mix de vergelijkbaarheid tussen de verschillende centra beïnvloeden. Een centrum met een zware case-mix heeft wellicht meer patiënten die niet of korter dan zes maanden op de dialyse zijn voorbereid in een predialysepolikliniek.

**Registratiebetrouwbaarheid**

De werkgroep verwacht dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) hetzelfde resultaat oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende zorginstellingen zelf. De aanwezigheid van een functionerende shunt of PD-catheter zal uit de ziekenhuisregistratie of het dossier moeten worden gehaald. Functionerend betekent in dit perspectief een te gebruiken toegang. Predialyse fase betekent in dit perspectief een periode langer dan 6 maand voor start met chronische dialyse onder behandeling van een internist-nefroloog en predialyse team. Als centra dit niet in een registratiesysteem hebben opgenomen, zal voor deze indicator dossieranalyse moeten worden uitgevoerd. Dit vergroot de registratielast. In 2016 zal deze indicator uit Renine (REgistratie NIerfunctievervanging Nederland) van Nefrovisie geleverd kunnen worden en daalt de registratielast voor zorginstellingen.

**Referenties**

* Visitatiestellingen 2012. Visitatiecommissie dialyseafdelingen NfN/V&VN Dialyse & Nefrologie.

|  |
| --- |
| **4. Pre-emptieve transplantaties** |
| **Relatie tot kwaliteit** | De noodzaak tot dialyseren kan voorkomen worden door een patiënt vóórdat hij/zij gedialyseerd moet worden al te transplanteren. Een pre-emptieve transplantatie is de beste behandeling voor patiënten die eindstadium chronisch nierfalen bereiken. |
| **Operationalisatie a** | Aantal pre-emptieve niertransplantaties dat vanuit verwijzing binnen uw eigen centrum heeft plaatsgevonden (voor transplantatie centra) óf het aantal pre-emptieve niertransplantaties dat na verwijzing door uw centrum elders heeft plaatsgevonden (voor niet-transplantatie centra). |
| **Operationalisatie b** | Aantal chronische dialysepatiënten in uw centrum |
| **Definitie(s)** | Pre-emptieve niertransplantatie: een niertransplantatie die heeft plaatsgevonden vóórdat een patiënt is gestart met een vorm van dialyse |
| **In- /exclusiecriteria** | Inclusie: alle patiënten die in het centrum een pre-emptieve transplantatie ondergingen of alle patiënten die door het centrum zijn verwezen en bij wie een pre-emptieve transplantatie elders heeft plaatsgevonden.Inclusie: alle chronische dialysepatiëntenExclusie: kinderen (<18 jaar) |
| **Bron** | DOT-registratie, zorginstellngsregistratie |
| **Meetfrequentie** | Continu |
| **Verslagjaar** | 01-01-2015 tot en met 31-12-2015 |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Structuur, proces |
| **Meetniveau** | Zorginstelling |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 4** | **Pre-emptieve transplantaties** | **Formule** |
| **a. Pre-emptieve transplantaties** | Selecteer alle volwassen patiënten die vanuit het eigen centrum pre-emptief werden getransplanteerd. | # patiënten waarvoor DIA12 geldt en waarvoor geldt DIA19≥18 jaar |
| **b. Chronische dialyse patiënten** | Selecteer alle volwassen patiënten met een vorm van chronische dialyse (DOT zorgproducten toevoegen) | # patiënten waarvoor DIA1 geldt en waarvoor geldt DIA18>3 maanden en DIA19≥18 jaar |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Pre-emptieve transplantatie is een niertransplantatie (in het algemeen met een levende donor) die heeft plaatsgevonden vóórdat een patiënt is gestart met een vorm van dialyse, dus in de predialysefase. Uit de literatuur komt naar voren dat een pre-emptieve transplantatie de beste behandeling is voor patiënten die lijden aan eindstadium chronisch nierfalen (Pradel et al., 2008). Dit kan alleen georganiseerd worden als de patiënt een nierziekte heeft die geleidelijk verslechtert, dus niet bij een vorm van acute nierinsufficiëntie. De mate van activiteit van een centrum op het gebied van het organiseren van pre-emptieve transplantaties is een maat voor de kwaliteit van zorg.

**Mogelijkheden tot verbetering**

Als centra weinig pre-emptieve transplantatie doen dan is de organisatie minder routinematig en zijn er mogelijkheden voor verbetering.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Centra die de predialysezorg via een andere zorginstelling laten verzorgen, organiseren zelf geen pre-emptieve transplantaties en kunnen deze indicator derhalve niet aanleveren. Academische centra verrichten levende niertransplantaties voor omringende centra. Bij het tellen van deze transplantaties moet de transplantatie “geteld” worden bij het centrum van waaruit de patiënt oorspronkelijk verwezen is. Hiertoe is het belangrijk dat de centra waar levende niertransplantaties plaatsvinden bijvoorbeeld jaarlijks een overzicht presenteren aan de centra die patiëntenkoppels insturen voor levende niertransplantatie, om aan te geven welke koppels vanuit dat centrum feitelijk getransplanteerd zijn.

**Inhoudsvaliditeit**

De werkgroep is van mening dat het aantal (verwijzingen voor) pre-emptieve transplantaties ten opzichte van het aantal dialysepatiënten een relatie heeft met de kwaliteit van zorg. De mate van bewijskracht is D, consensus van de werkgroep. In de toekomst zou de werkgroep het aantal pre-emptieve transplantaties graag afzetten tegen het aantal predialyse patiënten in het centrum, aangezien dit de werkelijke kwaliteit van predialyse zorg beter kwantificeert.

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor de indicator discrimineert tussen de zorginstellingen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

**Vergelijkbaarheid**

Bij deze indicator zouden case-mix variabelen zoals familieomvang, geloof en ras, comorbiditeit, leeftijd, oorspronkelijke nierziekte die geen pre-emptieve transplantatie toelaat, een maligniteit in de voorgeschiedenis, bloedgroep incompatibiliteit en positieve kruisproef met donor een rol kunnen spelen. Het is te verwachten dat deze invloeden gelijkelijk onder de centra is verdeeld.

**Registratiebetrouwbaarheid**

De werkgroep verwacht dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) hetzelfde resultaat oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende zorginstellingen zelf. De werkgroep suggereert dat de centra waar levende niertransplantatie plaatsvinden voor deze indicator bijvoorbeeld jaarlijks een overzicht presenteren aan de centra die patiëntenkoppels insturen voor levende niertransplantatie, waarin duidelijk wordt welke koppels vanuit dat centrum feitelijk getransplanteerd zijn.

**Referenties**

- Pradel FG, Jain R, Mullins, CD, Vassalotti JA, Bartlett, ST. A survey of neprhorologists’views on preemptive transplantation. Clin J Am Soc Nephrol 2008;3:1837-45

|  |
| --- |
| **5. Volume** |
| **Relatie tot kwaliteit** | Complexe zorg vergt deskundigheid en ervaring. Met name bij ‘high risk’ interventies en/of bij kwetsbare patiëntengroepen weegt dit aspect zwaar vanuit veiligheid- en patiëntenperspectief. Wetenschappelijk onderzoek suggereert dat er een relatie is tussen volume en uitkomst bij dialyse-patiënten. |
| **Operationalisatie a** | Hoeveel geregistreerde internisten-nefrologen op uw locatie waren actief betrokken bij de behandeling van chronische dialyse-patiënten op de peildatum? |
| **Operationalisatie b** | Hoeveel volwassen chronische dialyse-patiënten werden er op uw locatie behandeld? *… PD patiënten/… HD patiënten/….thuis HD patiënten* Hoeveel volwassen chronische hemodialyse-patiënten werden er op uw locatie verwezen naar een zorginstelling voor thuishemodialyse behandeling?Leeftijdsverdeling wordt in de volgende categorieën opgeven: 18-44 jaar, 45-64 jaar, 65-74 jaar en ouder dan 75 jaar. |
| **Definitie(s)** | PD is peritoneale dialyseHD is hemodialyse |
| **In- /exclusiecriteria** | Inclusie: alle volwassen chronische dialyse-patiëntenExclusie: kinderen (<18 jaar) |
| **Bron** | DOT-registratie, zorginstellingsregistratie |
| **Meetfrequentie** | 5a: 1x per jaar5b: Continu |
| **Peildatum** | 5a: 01-03-2015 |
| **Verslagjaar** | 5b: 01-01-2015 tot en met 31-12-2015 |
| **Rapportagefrequentie** | 5a: 1x per jaar5b: 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | 5a: Structuur5b: Proces |
| **Meetniveau** | 5a: Zorginstellingsniveau5b: Specialist- en patiëntniveau  |
| **Kwaliteitsdomein** | Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid |

 **Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 5b** | **Volume** | **Formule** |
| **PD-patiënten** | Selecteer alle volwassen chronische PD-patiënten | # patiënten waarvoor DIA13 geldt en waarvoor geldt DIA19>18 jaar |
| **HD-patiënten** | Selecteer alle volwassen chronische HD-patiënten | # patiënten waarvoor DIA14 geldt en waarvoor geldt DIA19≥18 jaar |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Onderzoek toont bij steeds meer aandoeningen aan dat de kwaliteit beter is naarmate het team dat bij de zorg betrokken is meer ervaring heeft (Begg 1998, Brikmeyer 2001, Dudley 2004, Luft 1979, Ross 2010). Dit hangt samen met onder meer de aan- of afwezigheid van technologische voorzieningen, de ervaring van de betrokken artsen, de kwaliteit van de eventuele operatieve interventie en nazorg, en andere zorgaspecten (IGZ 2004). Zogenoemde hoogvolume zorgaanbieders hebben in dit type studies veelal een significant lagere ziekenhuismortaliteit, minder complicaties en betere overall resultaten dan laagvolume zorginstellingen.

Uit de literatuur komt naar voren dat er een positieve relatie is tussen volume en uitkomst bij dialyse-patiënten. Zo toonden Frankenfield et al. (2000) aan dat de grootte van het dialysecentrum van invloed is op de dosering van de dialyse. Daarnaast rapporteerden Eisenstein et al. (2008) dat kleinere centra geassocieerd worden met een vergrote lange termijn mortaliteit voor ‘in-center’ hemodialyse patiënten. Dit is echter onvoldoende bewezen om te kunnen toepassen.

**Mogelijkheden tot verbetering**

Voor complexe zorg is regionale concentratie aangewezen. Bij chronische nierschade waarbij dialyse noodzakelijk is, is doorgaans sprake van een niet-acute situatie. Voor niet-acute zorg geldt dat patiënten moeten worden doorverwezen of expertise van gespecialiseerde centra kan worden aangetrokken.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Deze indicator beperkt zich tot dialyse bij volwassenen. De beroepsgroep van internist-nefrologen is van mening dat het aantal kinderen dat behandeld wordt met een vorm van dialyse zo klein is dat een volumenorm daar niet op van toepassing kan zijn. Sommige dialysecentra bieden geen peritoneale dialyse aan. Bij deze centra dient aantoonbaar te zijn dat er adequate voorlichting gegeven wordt aan patiënten over behandeling met peritoneale dialyse, en dat er afspraken zijn gemaakt met een gecertificeerde dialyse-afdeling die peritoneale dialyse aanbiedt.

Het aantal patiënten (operationalisatie b) kan niet één-op-één worden gedeeld door het aantal specialisten (operationalisatie a), aangezien er verschillende factoren van invloed zijn zoals omvang van de aanstelling van de medisch specialist en het feit dat een medisch specialist op meerdere locaties werkzaam kan zijn.

**Inhoudsvaliditeit**

In de literatuur wordt een relatie tussen volume en kwaliteit bij dialysecentra gesuggereerd (Frankenfield et al., 2000; Eisenstein et al., 2008). Betere registratie zal deze mogelijke relatie aan kunnen tonen in de toekomst.

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor de indicator discrimineert tussen de zorginstellingen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

**Vergelijkbaarheid**

Bij deze indicator spelen bias en case-mix geen rol.

**Registratiebetrouwbaarheid**

De werkgroep verwacht dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) hetzelfde resultaat oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf. De gevraagde gegevens voor deze indicator zijn vastgelegd in de DBC- en zorginstellingsregistratie, waardoor de registratiebelasting gering is.

**Referenties**

* Begg CB, LD Cramer, HJ Hoskins, MF Brennan. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery JAMA 1998;280:1747-1751.
* Birkmeyer JD, Finlayson EVA, Birkmeyer CM. Volume standards for high-risk procedures: Potential benefits of the Leapfrog initiative. Surgery 2001;130:415-22.
* Dudley RA, KL Johansen, R Bran, RJ Rennie, A Milstein. Selective referral to high-volume hospitals estimating potentially avoidable deaths. JAMA 2000;283:1159-1166.
* Eisenstein EL, Sun JL, Anstrom KJ, Stafford JA, Szczech LA, Muhlbaier LH, Mark DB. Re-evaluating the volume-outcome relationship in hemodialysis patients. Health Policy 2008;88:317-25.
* Frankenfield DL, Sugarman JR, Presley RJ, Helgerson SD, Socco MV. Impact of facility size and profit status on intermediate outcomes in chronic dialysis patients. American Journal of Kidney Diseases 2000; 36:318-26.
* IGZ. Rapport prestatie-indicatoren ziekenhuizen, 2004.
* Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. 1979 Dec 20;301(25):1364-9.
* Ross JS, Normand ST, Wang Y, Ko DT, Chen J, Drye EE, Keenan PS, Lichtman JH, Bueno H, Schreiner GC, Krumholz HM. Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions. N Engl J Med 2010;362:1110-18.

**3. Lijst te verzamelen variabelen**

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld worden. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data-element.

**Variabelenlijst**

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd.

Op de volgende pagina’s worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set Dialyse bij nierziekten. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

|  |  |
| --- | --- |
| * Variabele nummer:
 | Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator. |
| * Naam:
 | Naam/beschrijving van de variabele. |
| * Vast te leggen waarde:
 | De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een codering zijn, ja/nee of een datum. |
| * Bron:
 | De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data-element) te vereenvoudigen Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam of op een andere plaats/systeem wordt vastgelegd. |
| * Instructie:
 | Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven. |
| * Nodig voor indicator:
 | Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt. |

Voor sommige variabelen is het niet mogelijk om direct uit de data de waarde van de variabele te bepalen. Leeftijd is hierbij het meest duidelijke voorbeeld. Om de leeftijd te kunnen bepalen is een peildatum en een geboortedatum nodig. Deze eerste twee gegevens zijn opgenomen bij de variabelen. Bij de indicatoren zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen. Een voorbeeld is: peildatum – geboortedatum = leeftijd.

*Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis*

| **Varia-bele** | **Naam** | **Vast te leggen waarde** | **Bron** | **Instructie** | **Benodigd voor indicator** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DIA0 | Patiëntnummer | Patiëntnummer | ZIS | Het patiëntnummer is een uniek element dat de basis vormt om koppelingen te maken tussen registratiesystemen | 1. Indicatiestelling2. Voorbereidingstijd3. Toegang4. Pre-emptieve transplantaties5. Volume |
| DIA1 | Vorm van dialyse | Zorgproducten140301017140301018140301019140301020140301007140301023140301008140301024140301043140301003140301006140301122140301121313 **Interne geneeskunde**xx.331 continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD)xx.332 automatische peritoneale dialyse (APD)xx.336 chronische hemodialyse thuisxx.339 chronische hemodialyse instelling | DBC-registratie | Let op de verschillende verslagjaren:Indicatoren 1 en 4 = 2015Indicatoren 2 en 3 = 01-07-2014t/m 30-06-2015 | 1. Indicatiestelling2. Voorbereidingstijd3. Toegang4. Pre-emptieve transplantaties |
| DIA2 | Predialysepolikliniek | Zorgproducten:140301012140301033140301031140301054140301066313.xx.325 chron nierinsuff predial fase | DBC-registratie |  | 1. Indicatiestelling |
| DIA3 | Geboortedatum | dd/mm/jjjj |  | ZIS | De geboortedatum van de betreffende patiënten dient genoteerd te worden | 1. Indicatiestelling2. Voorbereidingstijd3. Toegang4. Pre-emptieve transplantaties5. Volume |
| DIA4 | Datum start dialyse | dd/mm/jjjj |  | ZIS | De datum waarop gestart werd met een vorm van dialyse dient genoteerd te worden | 1. Indicatiestelling2. Voorbereidingstijd3. Toegang4. Pre-emptieve transplantaties5. Volume |
| DIA5 | Waarde ureum/ kreatineklaring | Waarde | 1 = > 15 ml/min/1.732 = ≤ 15 ml/min/1.73 | ZIS | De waarde voor de ureum/kreatklaring van de laatste meting voor de start met dialyse (DIA4) dient genoteerd te worden | 1. Indicatiestelling |
| DIA6 | Transplantatie-status |  | 1 = status bekend2 = status onbekend | ZIS | Er dient genoteerd te worden of de transplantatiestatus bekend of onbekend is | 2. Voorbereidingstijd |
| DIA7 | Datum transplantatiestatus | dd/mm/jjjj |  | ZIS | De datum waarop de transplantatiestatus (niet transplantabel, transplantabel of getransplanteerd) bekend werd dient genoteerd te worden | 2. Voorbereidingstijd |
| DIA8 | Startdatum predialysepolikliniek | dd/mm/jjjj |  | ZIS | De datum waarop de patiënt startte met de behandeling op de predialysepolikliniek dient genoteeerd te worden | 3. Toegang |
| DIA9 | Einddatum predialysepolikliniek | dd/mm/jjjj |  | ZIS | De datum waarop de patiënt eindigde met de behandeling op de predialysepolikliniek dient genoteeerd te worden | 3. Toegang |
| DIA10 | Functionerende shunt/PD catheter |  | 1 = Wel een functionerende shunt of PD-catheter2 = Geen functionerende shunt of PD-catheter | ZIS | Er dient genoteerd te worden of de patiënt een functionerende shunt of PD-catheter had | 3. Toegang |
| DIA11 | Einddatum dialyse | dd/mm/jjjj |  | ZIS | De datum waarop de dialysebehandeling eindigde dient genoteerd te worden. Indien de patiënt nog gedialyseerd werd op datum 31-12-2011, kan deze datum worden genoteerd | 4. Pre-emptieve transplantatie |
| DIA12 | Pre-emptieve transplantatie |  | 1 = Pre-emptieve transplantatie2 = Geen pre-emptieve transplantatie | ZIS | Selecteer alle patiënten die vanuit verwijzing binnen het eigen centrum binnen of buiten het eigen centrum pre-emptief werden getransplanteerd | 4. Pre-emptieve transplantatie |
| DIA13 | PD-patiënten | 140301017140301018140301019140301020313.xx.331 continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD)313.xx.332 automatische peritoneale dialyse (APD) | DBC-registratie |  | 5. Volume |
| DIA14 | HD-patiënten | 140301007140301023140301008140301024140301043140301003140301006140301021140301022313.xx.326 chronische hemodialyse in het ziekenhuis passief313.xx.336 chronische hemodialyse thuis313.xx.339 chronische hemodialyse instelling | DBC-registratie |  | 5. Volume |
| DIA15 | Permanente verblijfskatheter |  | 1 = Dialyse op een permanente verblijfskatheter2 = Geen dialyse op een permanente verblijfskatheter | ZIS | Selecteer de patiënten waarbij bewust voor dialyse op een permanente verblijfskatheter is gekozen | 3. Toegang |

*Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen*

| Varia-bele | **Te berekenen gegevens** | **Berekening** | **Formule** | **Validatie regels** | **Benodigd voor indicator** | **Toelichting** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DIA16 | Transplantatiestatus bekend binnen 6 maanden na de start met dialyse | Datum transplantatiestatus – datum start dialyse | DIA7-DIA4 | < 6 maanden | 2. Voorbereidingstijd |  |
| DIA17 | Duur behandeling dialysepolikliniek | Einddatum dialysepolikliniek – startdatum dialysepolikliniek | DIA9-DIA8 | > 6 maanden | 3. Toegang |  |
| DIA18 | Duur dialyse | Einddatum dialyse of einddatum verslagjaar (31-12-2014) – startdatum dialyse | DIA11-DIA4 | >3 maanden | 4. Pre-emptieve transplantatie |  |
| DIA19 | Patiënt volwassen bij start dialyse | Startdatum dialyse – geboortedatum patiënt | DIA4 – DIA3 | ≥ 18 jaar | 1. Indicatiestelling2. Voorbereidingstijd3. Toegang4. Pre-emptieve transplantaties5. Volume |  |

**Bijlage 1: Wijzigingen zorginhoudelijke indicatoren**

**In algemene zin is de definitie van chronische dialyse patiënt aangepast door middel van verwijzing naar de DOT diagnosecoderingen voor chronische dialyse. Deze tekstuele aanpassing is structureel doorgevoerd.**

**Zorgindicator 1: aanpassing betreft opnemen eGFR volgens MDRD of CKD-EPI methodiek als extra optie naast de gemiddelde ureum/creatinine klaring.**

**Zorgindicator 5: toegevoegd is het aantal thuishemodialyse patienten alsmede een onderverdeling naar leeftijd. Alle gegevens zijn aan te leveren via Nefrovisie Renine.**

De coderingen t.b.v. de populatiebepaling op pagina 8 zijn aangepast **(en gecontroleerd door één zorginstellng)**

**Deel 2: Klantpreferentievragen**

*Voor chronische nierschade zijn nog geen klantpreferentievragen opgesteld..*

**Afkortingenlijst indicatorengids Chronische nierschade**

|  |  |
| --- | --- |
| **APD** | Automatische Peritoneale Dialyse |
| **CAPD** | Continue Ambulante Peritoneale Dialyse |
| **DOT****EPD** | DBC’s op weg naar transparantieElektronisch Patiënten Dossier |
| **HD** | Hemodialyse |
| **HKZ** | Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector |
| **IGZ** | Inspectie voor de GezondheidsZorg |
| **LTA** | Landelijke Transmurale Afspraak |
| **NfN** | Nederlandse federatie voor Nefrologie |
| **NFU** | Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra |
| **NIV** | Nederlandse Internisten Vereniging |
| **NVN** | Nierpatiënten Vereniging Nederland |
| **NVZ** | Vereniging van Ziekenhuizen |
| **NVvH** | Nederlandse Vereniging voor Heelkunde |
| **PD** | Peritoneale Dialyse |
| **V&VN**  | Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland |
| **ZN** | Zorgverzekeraars Nederland |