

Indicatorenset chronische nierschade

Uitvraag zorginstellingen over verslagjaar 2016

April 2016

Colofon

Internet:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens (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
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl.
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl.
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>.

Gegevensaanlevering

Zorginstellingen leveren vrijwillig en verplichte indicatoren aan via één door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal. Doorlevering vindt plaats in een voor de gebruiker uniform format. Kwaliteitsregistraties uploaden concept indicatoren naar het aanleverportaal, zodat zorginstellingen via één portaal indicatoren kunnen invullen, controleren en accorderen.

Samengesteld door:

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Patiëntenfederatie NPCF

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 2017 over verslagjaar 2016 wettelijk verplicht is.

Inhoudsopgave

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren	3
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	3
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Chronische Nierschade	6
3. Lijst te verzamelen variabelen	16
Bijlage 1: Wijzigingen zorginhoudelijke indicatoren	20
Deel 2: Klantpreferentievragen	21
<i>Voor Chronische Nierschade zijn geen klantpreferentievragen opgesteld</i>	
Afkortingenlijst	22

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Chronische Nierschade

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de ontwikkeling van de indicatorenset Dialyse bij nierziekten bestond voor 2016 uit de volgende personen:

Nefrovisie:	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, Moreelsepark 1, 3511 EP 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:

Zorgproductcode	Zorgproduct omschrijving
140301018	APD Klin Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301017	APD Niet klin Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301020	Diagnose CAPD CAPD Klin Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301019	Diagnose CAPD CAPD Niet klin Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301043	Nierinsufficiëntie Chronisch Hemodialyse in centrum/ zkhs Klin Dialyse >=6 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301008	Nierinsufficiëntie Chronisch Hemodialyse in centrum/ zkhs Klin Dialyse 1-3 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301024	Nierinsufficiëntie Chronisch Hemodialyse in centrum/ zkhs Klin Dialyse 4-5 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301041	Nierinsufficiëntie Chronisch Hemodialyse in centrum/ zkhs Niet klin Dialyse >=6 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301007	Nierinsufficiëntie Chronisch Hemodialyse in centrum/ zkhs Niet klin Dialyse 1-3 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301023	Nierinsufficiëntie Chronisch Hemodialyse in centrum/ zkhs Niet klin Dialyse 4-5 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301022	Nierinsufficiëntie Chronisch Thuishemodialyse Dialyse >=6 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301003	Nierinsufficiëntie Chronisch Thuishemodialyse Dialyse 1-3 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301006	Nierinsufficiëntie Chronisch Thuishemodialyse Dialyse 4-5 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301054	Chron nierinsuff predialyse fase Dag/ Poli >7 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301031	Chron nierinsuff predialyse fase Diagnostisch (zwaar) Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301032	Chron nierinsuff predialyse fase Klin (zeer) lang Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301012	Chron nierinsuff predialyse fase Klin kort Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301033	Chron nierinsuff predialyse fase Klin middel Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301066	Chron nierinsuff predialyse fase Poli 1-3 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301060	Chron nierinsuff predialyse fase Poli 4-7 Urogenitaal nierinsufficiëntie
140301011	Chron nierinsuff predialyse fase Therapeutisch licht Urogenitaal nierinsufficiëntie

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.325 (chronische nierinsufficiëntie eGFR<30 ml/min)
- 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 2016 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 m ² 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 m ² 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 verslagjaar Exclusie: kinderen (<18 jaar)
Bron	DOT-registratie, zorginstellingsregistratie, EPD, status
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2016 tot en met 31-12-2016
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 m ² is.	# patiënten noemer voor wie DIA5 = 1 op tijdstip DIA4
Noemer	Selecteer alle volwassen patiënten die gestart zijn met een vorm van chronische dialyse vanaf 1-1-2016.	# patiënten waarvoor DIA1 en DIA 4 vanaf 1-1-2016 geldt 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.

Inhoudvaliditeit

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 dialyse Exclusie: kinderen (<18 jaar)
Bron	Teller: EPD, status Noemer: DOT-registratie, zorginstellingsregistratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-07-2015 tot en met 30-06-2016*
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Zorginstelling
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

* Let op: Het verslagjaar is van half 2015 tot half 2016

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 vanaf 1-7-2015 zijn gestart met een vorm van chronische dialyse	# patiënten waarvoor DIA1 en DIA 4 vanaf 1-7-2015 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 transplantation as primary therapy for end-stage renal disease: A national kidney foundation/kidney disease outcomes quality initiative (NKF/KDOQI™) conference. Clin J Am Soc Nephrol 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	01-07-2015 tot en met 30-06-2016*
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Zorginstelling
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

* Let op: Het verslagjaar is van half 2015 tot half 2016, 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 chronische 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 die > 3 mnd behandeld zijn 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 dialysepatiënten Exclusie: kinderen (<18 jaar)
Bron	DOT-registratie, zorginstellingsregistratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2016 tot en met 31-12-2016
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 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 omliggende 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 chronische dialysepatiënten een relatie heeft met de kwaliteit van zorg. Chronische dialyse betreft volgens internationale standaarden een periode > 3 maanden. 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 gelijkmatig 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 nephrologists' 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 > 3 mnd behandeld? ... PD patiënten/... HD patiënten (centrum+thuis)/... thuis HD patiënten Hoeveel volwassen chronische hemodialyse-patiënten werden er op uw locatie verwezen naar een zorginstelling voor thuishemodialyse behandeling? Leeftijdverdeling wordt in de volgende categorieën opgegeven: 18-44 jaar, 45-64 jaar, 65-74 jaar en ouder dan 75 jaar.
Definitie(s)	PD is peritoneale dialyse HD is hemodialyse
In- /exclusiecriteria	Inclusie: alle volwassen chronische dialyse-patiënten Exclusie: kinderen (<18 jaar)
Bron	DOT-registratie, zorginstellingsregistratie, Renine
Meetfrequentie	5a: 1x per jaar 5b: Continu
Peildatum	5a: 01-03-2016
Verslagjaar	5b: 01-01-2016 tot en met 31-12-2016
Rapportagefrequentie	5a: 1x per jaar 5b: 1x per verslagjaar
Type indicator	5a: Structuur 5b: Proces
Meetniveau	5a: Zorginstellingsniveau 5b: 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 DIA18>3 maanden en DIA19>18 jaar
HD-patiënten	Selecteer alle volwassen chronische HD-patiënten	# patiënten waarvoor DIA14 geldt en waarvoor geldt DIA18>3 maanden en 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). Zogenaemde 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 dialysepatiënten. 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. Chronische dialyse betreft volgens internationale standaarden een behandelperiode > 3 maanden.

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: $\text{peildatum} - \text{geboortedatum} = \text{leeftijd}$.

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. Indicatiestelling 2. Voorbereidingstijd 3. Toegang 4. Pre-emptieve transplantaties 5. Volume
DIA1	Vorm van dialyse	Zorgproducten 140301017 140301018 140301019 140301020 140301007 140301023 140301008 140301024 140301041 140301043 140301003 140301006 140301022 313 Interne geneeskunde xx.331 continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD) xx.332 automatische peritoneale dialyse (APD) xx.336 chronische hemodialyse thuis xx.339 chronische hemodialyse instelling	DBC-registratie	Let op de verschillende verslagjaren: Indicatoren 1 en 4 = 2016 Indicatoren 2 en 3 = 01-07-2015 t/m 30-06-2016	1. Indicatiestelling 2. Voorbereidingstijd 3. Toegang 4. Pre-emptieve transplantaties
DIA2	Predialysepolikliniek	Zorgproducten: 140301011 140301012 140301033 140301032 140301031	DBC-registratie		n.v.t.

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde		Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
		140301054				
		140301060 140301066				
		313.xx.325 chron nierinsuff predial fase				
DIA3	Geboortedatum	dd/mm/jjjj		ZIS	De geboortedatum van de betreffende patiënten dient genoteerd te worden	1. Indicatiestelling 2. Voorbereidingstijd 3. Toegang 4. Pre-emptieve transplantaties 5. Volume
DIA4	Datum start dialyse	dd/mm/jjjj		ZIS	De datum waarop gestart werd met een vorm van dialyse dient genoteerd te worden	1. Indicatiestelling 2. Voorbereidingstijd 3. Toegang 4. Pre-emptieve transplantaties 5. Volume
DIA5	Waarde ureum/ kreatineklaring	Waarde	1 = > 15 ml/min/1.73 2 = ≤ 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 bekend 2 = status onbekend	ZIS	Er dient genoteerd te worden of de transplantatiestatus bekend of onbekend is	2. Voorbereidingstijd
DIA7	Datum transplantatiest atus	dd/mm/jjjj		ZIS	De datum waarop de transplantatiestatus (niet transplantabel, transplantabel of getransplanteerd) bekend werd dient genoteerd te worden	2. Voorbereidingstijd
DIA8	Startdatum predialysepolikli niek	dd/mm/jjjj		ZIS	De datum waarop de patiënt startte met de behandeling op de predialysepolikliniek dient genoteerd te worden	3. Toegang

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
DIA9	Einddatum predialysepolikliniek	dd/mm/jjjj	ZIS	De datum waarop de patiënt eindigde met de behandeling op de predialysepolikliniek dient genoteerd te worden	3. Toegang
DIA10	Functionerende shunt/PD catheter	1 = Wel een functionerende shunt of PD-catheter 2 = Geen functionerende shunt of PD-catheter	ZIS	Er dient genoteerd te worden of de patiënt een functionerende shunt of PD-catheter had	3. Toegang
DIA12	Pre-emptieve transplantatie	1 = Pre-emptieve transplantatie 2 = 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	140301017 140301018 140301019 140301020 313.xx.331 continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD) 313.xx.332 automatische peritoneale dialyse (APD)	DBC-registratie		5. Volume
DIA14	HD-patiënten	140301007 140301023 140301008 140301024 140301043 140301003 140301006 140301041 140301022 313.xx.336 chronische hemodialyse thuis 313.xx.339 chronische hemodialyse instelling	DBC-registratie		5. Volume

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
DIA15	Permanente verblijfskatheter	1 = Dialyse op een permanente verblijfskatheter 2 = 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 predialyse polikliniek	Startdatum chronische dialyse behandeling – startdatum predialyse polikliniek	DIA4- DIA8	> 6 maanden	3. Toegang	
DIA18	Duur dialyse	Einddatum dialyse of einddatum verslagjaar (31-12-2015) – startdatum dialyse	DIA11- DIA4	>3 maanden	4. Pre-emptieve transplantatie 5. Volume	
DIA19	Patiënt volwassen bij start dialyse	Startdatum dialyse – geboortedatum patiënt	DIA4 – DIA3	≥ 18 jaar	1. Indicatiestelling 2. Voorbereidingstijd 3. Toegang 4. Pre-emptieve transplantaties 5. Volume	

Bijlage 1: Wijzigingen zorginhoudelijke indicatoren

Bij indicator 1 stond eerder dat bij de noemer naast DIA 1 ook DIA 2 meegenomen moest worden, DIA 2 was echter niet correct: dit zijn patiënten die nog niet dialyseren en deze groep moet dus niet geïnccludeerd worden.

Bij de rekenregels van indicator 5b stond eerder de validatieregel DIA18>3 maanden niet vermeld voor alle chronisch PD en HD patiënten. Ten opzichte van vorig verslagjaar is de validatieregel 'duur dialyse >3 maanden' toegevoegd bij de betreffende rekenregels.

Variabelentabel:

Bij DIA 1 is zorgproducten 140301121 verwijderd en 140301122 aangepast in 140301022.

Zorgproduct 140301041 is toegevoegd.

Bij DIA 2 zijn zorgproducten 140301011, 140301032 en 140301060 toegevoegd.

Bij DIA 14 is 140301041 toegevoegd en zijn zorgproduct 140301021 en diagnose 313.xx.326 verwijderd.

Bij DIA 17 DIA17: tekst is aangepast naar "duur behandeling predialyse polikliniek" met bij de berekening "startdatum chronische dialyse behandeling – startdatum predialyse polikliniek". De formule is aangepast naar DIA4 – DIA 8.

De populatiebepaling op p.4 is aangepast op basis van bovenstaande wijzigingen.

Deel 2: Klantpreferentievragen

Voor chronische nierschade zijn nog geen klantpreferentievragen opgesteld.

Afkortingenlijst indicatorenengids Chronische nierschade

APD	Automatische Peritoneale Dialyse
CAPD	Continue Ambulante Peritoneale Dialyse
DOT	DBC's op weg naar transparantie
EPD	Elektronisch 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