**Indicatorenset Meniscus en Voorste Kruisband**

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC’s over verslagjaar 2014

**Versie 3, januari 2015**

**Colofon**

**Internet:**

* Portal voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2014 (beschikbaar vanaf 2 februari voor leden van de NVZ en NFU): [www.desan.nl/net/VwsCvzkwaliteit/](http://www.desan.nl/net/VwsCvzkwaliteit/)
* 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>

**Samengesteld door:**

*Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra*

*Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie*

*Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen*

*Orde van Medisch Specialisten*

*Zorgverzekeraars Nederland*

**Deze indicatorenset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland waarmee het aanleveren van deze kwaliteitsgegevens in 2015 over verslagjaar 2014 wettelijk verplicht is**

**Inhoudsopgave**

**Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren** 4

1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren 5

2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Meniscus en voorste kruisband 7

3. Lijst te verzamelen variabelen 16

Bijlage 1: Wijzigingstabel zorginhoudelijke indicatoren 20

Bijlage 2: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke 21

verenigingen

**Deel 2: Klantpreferentievragen** 22

Klantpreferentievragen Meniscus en voorste kruisband 23

Bijlage 1: Wijzigingstabel klantpreferentievragen 26

Afkortingenlijst 27

**Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren**

**1.** **Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Meniscus en Voorste Kruisband**

**Indicatorwerkgroep**

De werkgroep voor de ontwikkeling van de indicatorenset Meniscus en Voorste Kruisband (VKB) bestond in 2010 uit de volgende personen:

NOV: Dhr. Dr. E.R.A. van Arkel, orthopedisch chirurg, Medisch Centrum Haaglanden (voorzitter)

Dhr. Dr. T.G. van Tienen, orthopedisch chirurg, Sint Maartenskliniek

NVvH/NVT: Dhr. Drs. P.A. Leenhouts, traumachirurg, Zaans Medisch Centrum

ZN: Dhr. Drs. R. Jacobs, medisch adviseur, CZ

NPCF: Mw. H.S. Meijer, MSc, beleidsmedewerker NPCF, tot 1 juni 2010

Dhr. Drs. J.A. Mulder, beleidsmedewerker NPCF

De revisiewerkgroep voor de indicatorenset Meniscus en Voorste Kruisband bestond in 2011 uit de volgende personen:

NOV: Dhr. Dr. E.R.A. van Arkel, orthopedisch chirurg, Medisch Centrum Haaglanden

NVvH/NVT: Dhr. Drs. P.A. Leenhouts, traumachirurg, Zaans Medisch Centrum

NVVR: Dhr. Dr. P.W.J. Vincken, radioloog, Rijnland Ziekenhuis en LUMC

ZN: Dhr. Drs. R. Jacobs, medisch adviseur, CZ

Dhr. Drs. S. Terpstra, medisch adviseur, ZN

**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:

* Atroscopie van de Knie: Indicatie en Behandeling uit 2010
* Voorste Kruisbandletsel uit 2011

**Populatiebepaling Meniscus en Voorste Kruisband**

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor de indicatorensets was als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC’s). Door de invoering van DOT (DBC’s op weg naar transparantie) per 1 januari 2012, is de populatiebepaling van indicatoren gewijzigd. Omdat via zorgproducten niet altijd precies de beoogde populatie geselecteerd kan worden en een aantal ziekenhuizen zich nog in een overgangsfase van DBC naar DOT bevinden, worden in de indicatorensets zowel de zorgproducten als DBC’s genoemd.

Bij de indicatorenset voor Meniscus en Voorste Kruisband is in beginsel uitgegaan van de indicatiestelling voor artroscopie van de knie en artroscopische behandeling van acute knieletsels. Daarbij horen ook de indicatiestelling, diagnostiek en behandeling van voorste kruisbandletsels. De populatie bestaat derhalve uit het aantal patiënten dat op enig moment in het verslagjaar een zorgproduct/DBC heeft waarin de onderstaande verrichting is opgenomen:

* De populatie zal echter niet worden bepaald aan de hand van de ICD-10, maar aan de hand van de verschillende codes (CTG codes) voor de verrichtingen.

Zorgactiviteit 39410 (artroscopie knie)

Zorgactiviteit 39411 (artroscopie knie i.c.m. heelkundige ingreep aan dezelfde knie in een zitting)

Zorgactiviteit 38663 (Prothese implantatie kniegewricht)

Zorgactiviteit 38641 (uitgebr. arthrotomie, patellect, heilect, synoviect. en kruisbandplastiek)

Zorgactiviteit 38642 (voorste en/of achterste kruisbandplastiek met transplantaat)

Zorgactiviteit 38643 (totale of patiële menisectomie)

En voldoet aan:

* Het gaat om volwassen patiënten (≥18 jaar).
* Inclusie/exclusiecriteria zoals benoemd in de factsheets in hoofdstuk 2.

De populatie wordt uiteindelijk bepaald door de in 2014 afgesloten DBC-zorgproducten/DBC’s.

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 DBC-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.

**2. Zorginhoudelijke indicatoren Meniscus en Voorste Kruisband**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Diagnostische MRI** | |
| **Relatie tot kwaliteit** | De inzet van een diagnostische MRI kan het aantal artroscopieën verminderen. Door een MRI wordt meer inzicht in de anatomie verkregen en kan de diagnostische artroscopie overbodig blijken. Het voorkomen van diagnostische artroscopieën is kostenbesparend. Daarbij is een artroscopie meer belastend voor de patiënt dan een MRI en geeft en groter risico op complicaties. De inzet van MRI moet worden afgewogen tegen de meerwaarde voor de diagnostiek, bij zeer hoge a priori kansen op meniscusletsel is een MRI niet rendabel. |
| **Operationalisatie** | Het percentage patiënten met meniscusletsel dat daar operatief voor is behandeld en een diagnostische MRI heeft gekregen maximaal één jaar voorafgaand aan de ingreep |
| **Teller** | Aantal patiënten met meniscusletsel dat daar operatief voor is behandeld en een diagnostische MRI heeft gekregen maximaal één jaar voorafgaand aan de ingreep |
| **Noemer** | Aantal patiënten met meniscusletsel dat daar operatief voor is behandeld |
| **Definitie** | MRI: Magnetic Resonance Imaging |
| **In-/exclusiecriteria** | Inclusie: patiënten met diagnose meniscusletsel dat operatief is behandeld in dagbehandeling of opname van 18 jaar of ouder.  Exclusie : patiënten met artrose *(DBC 0303 254.\* en 0305 1801.\*)*  Patiënten van de orthopedie met zorgproduct 131999.104  Patiënten van de chirurg met zorgproduct 199299.064 |
| **Bron** | ZIS |
| **Meetfrequentie** | Continu |
| **Verslagjaar** | 01-01-2014 tot en met 31-12-2014 |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Proces |
| **Meetniveau** | Patiëntniveau |
| **Kwaliteitsdomein** | Doelmatigheid |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 1** | **Diagnostische MRI** | **Formule** |
| Teller | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die is verzameld voor de noemer. Selecteer de patiënten met meniscusletsel die daar operatief voor worden behandeld en een diagnostische MRI ondergaan, maximaal 1 jaar voor de ingreep. | # patiënten noemer  waarvoor VKM8 geldt en waarvoor geldt VKM13 <1 jaar |
| **Noemer** | Selecteer alle patiënten die een artroscopie voor meniscusletsel hebben ondergaan. Excludeer patiënten met artrose. | # patiënten waarvoor VKM1 en VKM14 gelden, maar niet VKM7 |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

In studies waarin de diagnostische accuratesse van MRI is onderzocht, waarbij artroscopie is gehanteerd als gouden standaard, bleek dat MRI een hoge accuratesse heeft voor het vaststellen van intra-articulaire pathologie van de knie (Crawford, 2007; Oei, 2003). In andere studies is aangetoond dat MRI-onderzoek bij patiënten met knieklachten zuiver diagnostische artroscopieën zou kunnen voorkomen en op deze manier mogelijk tot een belangrijke kostenbesparing zou kunnen leiden, naast een mogelijke reductie in morbiditeit, gerelateerd aan artroscopie (Vincken, 2007; Vincken, 2009; Nikken 2005; Bryan, 2004).

**Mogelijkheden tot verbetering**

Niet alle uitgevoerde artroscopieën blijken therapeutisch en de schatting van het percentage van artroscopieën van de knie waarbij geen therapeutische ingreep wordt verricht, loopt in de literatuur uiteen tussen 27 en 61% (Richtlijn Artroscopie van de knie: indicatie en behandeling 2010). Om het aantal onnodig uitgevoerde artroscopieën terug te dringen, dient bij twijfel een MRI te worden gemaakt. Hiermee wordt de a priori kans op het succesvol (=daadwerkelijk therapeutisch) zijn van de artroscopie verhoogd als de knieklachten inderdaad kunnen worden gerelateerd aan traumatische afwijkingen op de MRI.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Bij patiënten met zeer hoge a priori kans op meniscusletsel is een MRI niet geïndiceerd. Voor oudere patiënten met (milde) gonarthrose bestaat geen indicatie voor routinematig gebruik van MRI (Bhattacharyya, 2003), deze patiënten worden geëxcludeerd in deze indicator. In sommige gevallen wordt de MRI buiten het behandelend ziekenhuis gemaakt. De werkgroep acht het niet wenselijk om patiënten te excluderen omdat dit een aanzienlijke registratielast met zich mee neemt. De werkgroep verwacht dat de invloed hiervan gelijkelijk is verdeeld over de ziekenhuizen. Dit betekent wel dat een 100% score nooit gehaald kan worden door de ziekenhuizen op deze indicator.

**Inhoudsvaliditeit**

Het is aangetoond dat patiënten met behulp van MRI op een veilige en kosteneffectieve manier kunnen worden getrieerd en geëxcludeerd voor artroscopie van de knie. In de richtlijn Voorste Kruisbandletsel (2011) is als de mate van bewijskracht hiervoor B benoemd, dat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang zijn, of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohort-onderzoek of patiënt-controleonderzoek).

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

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

**Vergelijkbaarheid**

De werkgroep acht bias of case-mix niet van toepassing bij deze indicator.

**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 benodigde informatie wordt door ziekenhuizen geregistreerd in de zorgactiviteiten-registratie en DBC-registratie. Deze indicator is daarmee op een betrouwbare manier te meten en de resultaten zijn goed retrospectief controleerbaar.

**Referenties**

* Bhattacharyya T, Gale D, Dewire P, Totterman S, Gale ME, McLaughlin S, Einhorn TA, Felson DT. The Clinical Importance of Meniscal Tears Demonstrated by Magnetic Resonance Imaging in Osteoarthritis of the Knee. J Bone Joint Surg Am;85:4-9.
* Bryan S, Bungay HP, Weatherburn G, Field S. Magnetic resonance imaging for investigation of the knee joint: a clinical and economic evaluation. Int J Technol Assess Health Care 2003;20:222-9.
* Crawford R, Walley G, Bridgman S, Maffulli N. Magnetic resonance imaging versus arthroscopy in the diagnosis of knee pathology, concentrating on meniscal lesions and ACL tears: a systematic review. Br Med Bull 2007;84:5-23.
* Nikken JJ, Oei EH, Ginai AZ, Krestin GP, Verhaar JA, van Vugt AB et al. Acute peripheral joint injury: cost and effectiveness of low-field-strength MR imaging--results of randomized controlled trial. Radiology 2005;236:958-67.
* Oei EH, Nikken JJ, Verstijnen AC, Ginai AZ, Hunink MG. MR imaging of the menisci and cruciate ligaments: a systematic review. Radiology 2003;226:837-48.
* Richtlijn ‘Atroscopie van de Knie: Indicatie en Behandeling’. Nederlandse Orthopaedische Vereniging. 2010
* Richtlijn ‘Voorste kruisband letsel’. Nederlandse Orthopaedische Vereniging. 2011
* Vincken PW, ter Braak AP, van Erkel AR, Coerkamp EG, de Rooy TP, de Lange S. MR imaging: effectiveness and costs at triage of patients with nonacute knee symptoms. Radiology 2007;242:85-93.
* Vincken PW, ter Braak AP, van Erkel AR, Bloem RM, van Luijt PA, Coene LN. Only MR can safely exclude patients from arthroscopy. Skeletal Radiol 2009;38:977-82.

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Volume Voorste Kruisband Reconstructies** | |
| **Relatie tot kwaliteit** | Voorste kruisband (VKB) reconstructies zijn complexe ingrepen. Specialisten die deze uitvoeren moeten voor het onderhoud van hun vaardigheden een minimum aantal reconstructies per jaar uitvoeren. |
| **Operationalisatie a** | Hoeveel orthopeden en chirurgen op uw ziekenhuislocatie voerden voorste kruisbandreconstructies uit op de peildatum? |
| **Operationalisatie b** | Hoeveel voorste kruisband reconstructies werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd door de specialismen Orthopedie en Chirurgie? |
| **Operationalisatie c** | Hoeveel voorste kruisband reconstructies werden er door iedere medisch specialist uitgevoerd?   * [specialist 1]: … voorste kruisband reconstructies * [specialist 2]: … voorste kruisband reconstructies |
| **Definitie(s)** | n.v.t. |
| **In-/exclusiecriteria** | 2a: Exclusief co-assistenten, ANIOS en AIOS  2b: Inclusief behandelingen door ANIOS en AIOS  2c: Het betreft hier alleen de medisch specialisten die op de peildatum nog in dienst zijn. Bij de aantallen patiënten moeten ook de patiënten worden opgeteld die elders door de medisch specialist zijn behandeld in het verslagjaar. |
| **Bron** | DBC- en verrichtingenregistratie, ziekenhuisregistratie |
| **Meetfrequentie** | 2a: 1x per jaar  2b en 2c: Continu |
| **Peildatum** | 2a: 01-03-2015 |
| **Verslagjaar** | 2b en 2c: 01-01-2014 tot en met 31-12-2014 |
| **Rapportagefrequentie** | 2a: 1x per jaar  2b en 2c: 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | 2a: Structuur  2b en 2c: Proces |
| **Meetniveau** | 2a: Ziekenhuisniveau  2b en 2c: Specialist- en patiëntniveau |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit, veiligheid |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 2** | **Volume Voorste Kruisband Reconstructies** | **Formule** |
| 2b: Aantal voorste kruisband reconstructies per jaar, per specialisme | | SUM (VKM5) per specialisme |
| 2c: Aantal voorste kruisband reconstructies per jaar, per specialist | | SUM (VKM5) per specialist indien VKM6=ja |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Kwantiteit is niet hetzelfde als kwaliteit. Echter, er bestaat wel een verband tussen deze begrippen. Een VKB reconstructie is een technisch complexe ingreep. Met name de juiste positionering van de graft vergt een lange leercurve. Om tot kwaliteitsverbetering te komen zal een minimum aantal ingrepen per jaar moeten worden uitgevoerd, waarmee aangetoond kan worden dat in elk geval genoeg exposure voor de (orthopedisch) chirurg aanwezig is om de leercurve met goed gevolg te doorlopen en de ervaring vast te houden.

**Mogelijkheden tot verbetering**

De werkgroep denkt dat in ziekenhuizen onvoldoende aandacht is voor het sturen op volume met betrekking tot VKB reconstructies en dat de aantallen soms laag zijn.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Deze indicator is het meest informatief wanneer er een patroon zichtbaar kan worden gemaakt, daarvoor moeten de specialisten in opvolgende jaren hetzelfde volgnummer houden zodat ze in de rapportages zijn te traceren.

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**

Er is geen directe wetenschappelijke evidentie dat een minimumaantal voorste kruisband reconstructies per specialist bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg. Wel is er indirect bewijs voorhanden. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er voor enkele complexe heelkundige ingrepen een statistisch significant verband bestaat tussen volume en kwaliteit, bijvoorbeeld pancreasresectie en oesofagusresectie (Burgers, 2007). De werkgroep is van mening dat ook voorste kruisband reconstructie een complexe ingreep is waarvoor hetzelfde verband kan worden gelegd. De werkgroep is ervan overtuigd dat wanneer een specialist jaren achter elkaar slechts enkele VKB reconstructies uitvoert de kwaliteit van de ingreep hier onder lijdt.

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

Omdat het hier gaat om feitelijke aantallen is dit hier niet van toepassing.

**Vergelijkbaarheid**

De werkgroep acht bias of case-mix niet van toepassing bij deze indicator.

**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 benodigde informatie wordt door ziekenhuizen geregistreerd in de zorgactiviteiten-registratie en DBC-registratie. Deze indicator is daarmee op een betrouwbare manier te meten en de resultaten zijn goed retrospectief controleerbaar.

**Referenties**

* Burgers JS, Wittenberg J, Kallewaard M, van Croonenborg JJ, van Barneveld TA, van Everdingen JJE. Verband tussen volume en kwaliteit van zorg bij heelkundige ingrepen; resultaten van een literatuuronderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 2007;151:2105-10.

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Artroscopie bij artrose** | |
| **Relatie tot kwaliteit** | Bij oudere patiënten moet artroscopie terughoudend worden ingezet. In deze patiëntengroep is vaak sprake van artrose, hierbij is een artroscopie niet geïndiceerd. |
| **Operationalisatie** | Percentage patiënten met artrose dat een artroscopie heeft ondergaan |
| **Teller** | Aantal patiënten met artrose dat een artroscopie heeft ondergaan |
| **Noemer** | Aantal patiënten met artrose |
| **Definitie(s)** | n.v.t. |
| **In-/exclusiecriteria** | Inclusie: patiënten van 18 jaar of ouder met artrose aan de knie |
| **Bron** | DBC- en verrichtingenregistratie |
| **Meetfrequentie** | Continu |
| **Verslagjaar** | 01-01-2014 tot en met 31-12-2014 |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Proces |
| **Meetniveau** | Patiëntniveau |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit, doelmatigheid |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 3** | **Artroscopie bij artrose** | **Formule** |
| Teller | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie van de noemer. Selecteer de patiënten die een artroscopie hebben ondergaan. | # patiënten noemer  waarvoor VKM1 geldt |
| Noemer | Selecteer alle patiënten met artrose | # patiënten waarvoor VKM7 en VKM15 gelden |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Het lijkt waarschijnlijk dat de mate van artrose bij oudere patiënten een negatieve invloed heeft op de tevredenheid na artroscopische partiële meniscectomie en dat deze ontevredenheid binnen twee jaar leidt tot een groot aantal volgende operaties (cq knie prothesen) (Crevoisier, 2001). Er zijn aanwijzingen dat een artroscopie voorafgaande aan een totale knieprothese een hogere incidentie aan postoperatieve complicaties en falen van de knieprothese geeft (Piedade, 2009). Terughoudendheid bij het uitvoeren van een artroscopie bij artrose is dus geboden.

Het is aangetoond dat artroscopische chirurgie geen toegevoegde waarde heeft ten opzichte van alleen fysiotherapie en medicatie bij patiënten met artrose van de knie (Kirkley, 2008; Moseley, 2002). Daarnaast is artroscopie met lavage, debridement en/of nettoyage niet zinvol bij patiënten met artrose van de knie (AAOS, 2008). Bij artrose van de knie geldt dat alleen in geval van ‘slot’-klachten door grote kraakbeen of meniscus fragmenten in de knie artroscopische verwijdering overwogen kan worden (AAOS, 2008; NOV, 2007).

**Mogelijkheden tot verbetering**

In de huidige dagelijkse praktijk bestaat er veel variatie. De verschillen van het percentage ingrepen bij patiënten van ouder dan 60 jaar lopen naar schatting uiteen van 10% tot 50%. Dit terwijl artrose veelal de oorzaak voor knieklachten is bij deze leeftijdsgroep. Het voorkomen van slotklachten door grote kraakbeen- of meniscus fragmenten in de knie is zeldzaam bij zestigplussers.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

De werkgroep ziet geen beperkingen voor het gebruik en interpretatie van deze indicator. De meeste indicatoren kunnen worden gelezen als hoe hoger de score des te beter de geleverde kwaliteit van zorg. Dit geldt niet voor deze indicator atroscopie bij artrose. Hoe hoger de score op deze indicator hoe minder voldaan wordt aan goede zorg. Het is mogelijk om de score te lezen als (100-x) waarbij x de score is op de indicator. Dan geldt wel weer het principe ‘hoe hoger de score’ hoe beter de zorg.

**Inhoudsvaliditeit**

Voor de richtlijn Artroscopie van de knie: indicatie en behandeling (2010) zijn verschillende artikelen rond dit onderwerp bestudeerd. Conclusie was dat artroscopische chirurgie geen toegevoegde waarde heeft ten opzichte van alleen fysiotherapie en medicatie bij patiënten met artrose van de knie. De mate van bewijskracht hiervoor is A2, dat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde vergelijkende klinische onderzoeken van goede kwaliteit, omvang en consistentie bekend zijn.

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

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

**Vergelijkbaarheid**

De werkgroep acht bias of case-mix niet van toepassing bij deze indicator.

**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 benodigde informatie wordt door ziekenhuizen geregistreerd in de zorgactiviteiten-registratie en DBC-registratie. Deze indicator is daarmee op een betrouwbare manier te meten en de resultaten zijn goed retrospectief controleerbaar.

**Referenties**

* AAOS (2008). Treatment of osteoarthritis of the knee (non-arthroplasty) Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons.
* Crevoisier X, Munzinger U, Drobny T. Arthroscopic partial meniscectomy in patients over 70 years of age. Arthroscopy 2001;17,732-736.
* Kirkley A, Birmingham TB, Litchfield RB, Giffin JR, Willits KR, Wong CJ et al. A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. N.Engl.J.Med 2008;359:1097-1107.
* Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. N Engl.J.Med. 2002;347:81-88.
* NOV. Diagnostiek en behandeling van heup- en kniearthrose Nijmegen, 2007: Nederlandse Orthopaedische Vereniging.
* Piedade SR, Pinaroli A, Servien E, Neyret P. Is previous knee arthroscopy related to worse results in primary total knee arthroplasty? Knee.Surg.Sports Traumatol.Arthrosc. 2009;17:328-333.
* Richtlijn ‘Atroscopie van de Knie: Indicatie en Behandeling’. Nederlandse Orthopaedische Vereniging. 2010

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Heroperatie na artroscopie** | |
| **Relatie tot kwaliteit** | Bijna alle traumatische letsels van de knie kunnen met een eenmalige ingreep behandeld worden. Voor diagnostiek kunnen beeldvormende technieken worden ingezet. Een diagnostische artroscopie is dus in de regel niet nodig. Een heroperatie na artroscopie is vrijwel alleen noodzakelijk in het geval van complicaties (bijvoorbeeld infectie) of een niet-geslaagde operatie (failure). |
| **Operationalisatie** | Percentage patiënten dat binnen 1 jaar na artroscopie een heroperatie aan dezelfde knie heeft ondergaan |
| **Teller** | Aantal patiënten dat binnen 1 jaar na artroscopie een heroperatie aan dezelfde knie heeft ondergaan |
| **Noemer** | Aantal patiënten dat een artroscopie van de knie heeft ondergaan |
| **Definitie(s)** | Heroperatie behelst artroscopie, ingreep aan de kniebanden en prothese. |
| **In-/exclusiecriteria** | Inclusie: patiënten van 18 jaar of ouder  Exclusie: patiënten die binnen het jaar zijn geopereerd aan het andere been. |
| **Bron** | DBC- en verrichtingenregistratie |
| **Meetfrequentie** | Continu |
| **Verslagjaar** | 01-01-2014 tot en met 31-12-2014\* |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Uitkomst |
| **Meetniveau** | Patiëntniveau |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit |

\* Let op: Omdat voor deze indicator één jaar na artroscopie moet worden gekeken, kan de

heroperatie (de teller) tussen 01-01-2014 en eind 31-12-2014 hebben plaatsgevonden, terwijl de

artroscopie (de noemer) heeft plaatsgevonden tussen 01-01-2013 en 31-12-2013.

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 4** | **Heroperatie na artroscopie** | **Formule** |
| Teller | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie patiënten de patiënten die binnen 1 jaar na artroscopie een tweede OK-verrichting aan dezelfde knie ondergingen.  Let op: het betreft heroperaties aan dezelfde knie. Dat betekent alleen Patiëntnummers (VKM0) optellen mits het dezelfde knie is. | # patiënten noemer waarvoor VKM3 geldt en VKM12 <1 jaar |
| Noemer | Selecteer alle patiënten met artroscopie aan knie | # patiënten waarvoor VKM1 en VKM14 gelden |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Door de opkomst van beeldvormende technieken is een diagnostische artroscopie zelden geïndiceerd, omdat de diagnose gesteld kan worden met behulp van beeldvormende technieken. Geïsoleerde bandletsels vormen geen indicatie voor een artroscopie in de acute fase. In de richtlijn Artroscopie van de Knie: Indicatie en Behandeling (2010) wordt aanbevolen om bij multiligamentair letsel van de knie aanvullende diagnostiek te doen in de vorm van een MRI. Dit vermijdt een diagnostische artroscopie en dwingt de specialist tot een eenmalige, kwalitatief goede behandeling voor het knieletsel (richtlijn Artroscopie van de Knie: Indicatie en Behandeling 2010). Complicaties van de artroscopie (bijvoorbeeld intra-articulaire infectie) en failures na gedeeltelijke meniscusresectie of meniscushechting openbaren zich in het eerste jaar en maken een heroperatie noodzakelijk. Het uitvoeren van een heroperatie is niet alleen belastend voor de patiënt op korte termijn, maar ook op lange termijn. Zo blijkt uit Meunier et al. (2007) dat het ondergaan van meerdere ingrepen aan de menisci en het kraakbeen onder andere voorspelbaar is voor lagere functionaliteit op de lange termijn. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een artroscopie voorafgaande aan een totale knieprothese een hogere incidentie aan postoperatieve complicaties en falen van de knieprothese geeft (Piedade, 2009).

**Mogelijkheden tot verbetering**

De werkgroep schat in dat in Nederland nog relatief vaak diagnostische artroscopieën worden ingezet. In de nieuwe richtlijn over artroscopie van de knie wordt dit in de meeste gevallen onnodig geacht.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Patiënten die een heroperatie in een ander centrum hebben ondergaan zullen gemist worden. Daarnaast is het falen van de hechting niet altijd vermijdbaar. Het verwijderen van osteosynthesemateriaal kan ook gezien worden als heroperatie. Echter, dit betreft goede zorg en wordt daarom niet opgenomen in de teller. Uit de uitvraag over 2010 is gebleken dat centra niet altijd eenvoudig kunnen achterhalen aan welk been de ingreep plaatsvond.

**Inhoudsvaliditeit**

Het beperken van het aantal heroperaties wordt gezien als een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van zorg. In de richtlijn artroscopie van de knie (2010) staat een aantal onderzoeken beschreven met betrekking tot de inzet van een diagnostische artroscopie. Huidige beeldvormingtechnieken zijn voldoende accuraat voor het diagnosticeren van bot-, kraakbeen-, meniscus- en bandletsel (LaPrade, 2007) en diagnostische artroscopieën zijn zelden geïndiceerd. De mate van bewijskracht hiervoor is C, dat wil zeggen dat er enkele niet-vergelijkende onderzoeken bekend zijn (Richtlijn Artroscopie van de Knie: Indicatie en Behandeling, 2010).

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor de indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren. Dit is wel afhankelijk van of patiënten geneigd zijn een tweede operatie in hetzelfde centrum te ondergaan.

**Vergelijkbaarheid**

De werkgroep acht bias of case-mix niet van toepassing bij deze indicator.

**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. In de DBC-registratie is niet opgenomen aan welk been de artroscopie plaatsvindt, dit maakt dat het scoren van deze indicator lastig is. De werkgroep is echter van mening dat instellingen zorgvuldig moeten registreren aan welk been de operatie heeft plaatsgevonden, dit kan bijvoorbeeld in programmatuur als ChipSoft.

**Referenties**

* LaPrade RF, Wentorf FA, Fritts H, Gundry C, and Hightower CD. A prospective magnetic resonance imaging study of the incidence of posterolateral and multiple ligament injuries in acute knee injuries presenting with a hemarthrosis. Arthroscopy 2007;23:1341-1347.
* Meunier A, Odensten M, Good L. Long-term results after primary repair or non-surgical treatment of anterior cruciate ligament rupture: a randomized study with a 15-year follow-up. Scand J Med Sci Sports 2007 Jun;17(3):230-7.
* Richtlijn ‘Atroscopie van de Knie: Indicatie en Behandeling’. Nederlandse Orthopaedische Vereniging. 2010
* Piedade SR, Pinaroli A, Servien E, Neyret, P. Is previous knee arthroscopy related to worse results in primary total knee arthroplasty? Knee.Surg.Sports Traumatol.Arthrosc*.* 2009*, 17,* 328-333.

**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 Meniscus en Voorste Kruisband. 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*

| **Variabele** | **Naam** | **Vast te leggen waarde** | **Bron** | **Instructie** | **Benodigd voor indicator** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VKM0 | Patiëntnummer |  | ZIS | Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken | 1: Diagnostische MRI  2: Volume Voorste Kruisband Reconstructies  3: Artroscopie bij artrose  4: Heroperatie na artroscopie |
| VKM1 | Artroscopie knie | Zorgactiviteit 39410 Arthroscopie van de knie  Zorgactiviteit 38643 Totale of partiële meniscectomie.  Zorgactiviteit 38641 Uitgebreide artrotomie, patellectomie, cheilectomie, synoviectomie en kruisbandplastiek van de knie. | ZIS | Operatieve artroscopische ingreep aan de knie | 1: Diagnostische MRI  3: Artroscopie bij artrose  4: Heroperatie na artroscopie |
| VKM2 | Datum artroscopie knie | dd-mm-jjjj | ZIS | Datum VKM1 | 1: Diagnostische MRI  4: Heroperatie na artroscopie |
| VKM3 | OK-verrichting aan knie | Zorgactiviteit 39410 Arthroscopie van de knie  Zorgactiviteit 39411 Arthroscopie van de knie icm een heelkundige ingreep aan dezelfde knie in een zitting  Zorgactiviteit 38663 Prothese implantatie kniegewricht.  Zorgactiviteit 38641 Uitgebreide artrotomie, patellectomie, cheilectomie, synoviectomie en kruisbandplastiek van de knie.  Zorgactiviteit 38642 Voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat.  Zorgactiviteit38643 Totale of partiële meniscectomie. | ZIS | Tellen wanneer deze codes voorkomen | 4: Heroperatie na artroscopie |
| VKM4 | Datum heroperatie | dd-mm-jjjj | ZIS | Datum VKM3 | 4: Heroperatie na artroscopie |
| VKM5 | Bandreconstructie | Zorgactiviteit 38641 Uitgebreide artrotomie, patellectomie, cheilectomie, synoviectomie en kruisbandplastiek van de knie.  Zorgactiviteit 38642 Voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat.  Binnen DBC 0305.11/21.1820.\* (Orthopedie) of DBC 0303.11/21.263.\* (Heelkunde)  Zorgproduct 131999.102 orthopedie  Zorgproduct 199299.080 heelkunde |  | Indicator b en c: er moet onderscheid gemaakt worden tussen de reconstructies bij orthopedie en de reconstructies bij heelkunde. | 2: Volume Voorste Kruisband Reconstructies |
| VKM6 | Specialist met VKM5 | Specialist met VKM5: ja/nee | ZIS | Specialisten die VKM5 uitvoeren | 2: Volume Voorste Kruisband Reconstructies |
| VKM7 | Patiënten met artrose | Patiënten met zorgproduct 131999.104  131999.137  131999.138  131999.169  131999.170  131999.171  131999.197  131999.217  131999.232  131999.245  131999.246  DBC 0305.11.1801.\* DBC 0303.11.254.\* | ZIS | Diagnose artrose=ja | 1: Diagnostische MRI  3: Artroscopie bij artrose |
| VKM8 | MRI | Zorgactiviteit 89090 MRI heup(en)/ onderste extremiteit(en). | Verrichtingen registratie | Beeldvormende diagnostiek MRI heup/onderste extremiteit(en) | 1: Diagnostische MRI |
| VKM9 | Datum MRI | dd-mm-jjjj | ZIS | Datum VKM8 | 1: Diagnostische MRI |
| VKM10 | Geboortedatum | dd-mm-jjjj | ZIS | Datum | 1: Diagnostische MRI  3: Artroscopie bij artrose  4: Heroperatie na artroscopie |
| VKM11 | Datum artrose | Openingsdatum DBC’s VKM7 | ZIS | Datum | 3: Artroscopie bij artrose |

*Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen*

| **Varia-bele** | **Te berekenen gegevens** | **Berekening** | **Formule** | **Validatieregels** | **Nodig voor indicator** | **Toelichting** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VKM12 | Heroperatie binnen 1 jaar | VKM4 – VKM2 | VKM4 – VKM2 | <1 jaar | 4: Heroperatie na artroscopie | Alleen berekenen indien aan dezelfde knie |
| VKM13 | Diagnostische MRI binnen 1 jaar | VKM9 – VKM2 | VKM9 – VKM2 < 1 jaar | <1 jaar | 1: Diagnostische MRI |  |
| VKM14 | Leeftijd VKM1 18 jaar of ouder | VKM2-VKM10 | VKM2-VKM10 >18 jaar |  | 1: Diagnostische MRI  4: Heroperatie na artroscopie |  |
| VKM15 | Leeftijd VKM7 18 jaar of ouder | VKM11-VKM10 | VKM11-VKM10 >18 jaar |  | 3: Artroscopie bij artrose |  |

**Bijlage 1: Wijzigingen zorginhoudelijke indicatoren**

De zorginhoudelijke indicatoren van deze set zijn ongewijzigd gebleven.

NB In de variabelentabel zijn ook zorgproducten toegevoegd.

In januari 2015 is VKM 7 aangepast.

**Bijlage 2: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke vereniging**

De zorginhoudelijke indicatoren uit deze set zijn in 2014 geautoriseerd door:

- Nederlandse Orthopaedische Vereniging

- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

**Deel 2: Klantpreferentievragen**

Vragenlijst klantpreferenties Meniscus en Voorste kruisbandlaesie

De volgende vragen gaan in op het aanbod van de zorg rondom meniscus en voorste kruisbandlaesie. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt/consument om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn opgesteld door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

Om te achterhalen welke informatie de patiënt wil gebruiken om een ziekenhuis op te kiezen, zijn er focusgroepen en/of telefonische interviews gehouden. Door middel van een vragenlijst aan een grotere groep patiënten is onderzocht welke aspecten voor deze groep patiënten het meest van belang zijn.

Bij elke vraag worden, waar nodig, definities beschreven en de technische haalbaarheid toegelicht. Daar waar ‘ziekenhuis’ of ‘ziekenhuislocatie’ staat, kan ook ‘zelfstandig behandelcentrum’ gelezen worden.

|  |  |
| --- | --- |
| **Aangeboden verdovingsmethoden** | |
| ***Vraag 1*** | Biedt uw ziekenhuislocatie de volgende verdovingsmethoden aan bij operaties aan de meniscuslaesie en/of voorste kruisbandlaesie?\*  *(aanvinken, per methode één antwoord mogelijk)*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Methode** | **1. Aangeboden bij operatie meniscuslaesie?** | | **2. Aangeboden bij operatie voorste kruisbandlaesie?** | | | **Ja** | **Nee** | **Ja** | **Nee** | | a. Algehele verdoving | □ | □ | □ | □ | | b. Ruggenprik/ regionale verdoving | □ | □ | □ | □ | | c. Blokverdoving | □ | □ | □ | □ | | d. Anders, namelijk\_\_\_ | □ | □ | □ | □ | |
| *Definities* | Geen bijzonderheden. |
| *Technische*  *haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2015 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Controleafspraak** | |
| ***Vraag 2*** | **A.** Hoe vindt op uw ziekenhuislocatie standaard de postoperatieve controle plaats bij de patiënt die geopereerd is aan een meniscuslaesie na ontslag uit het ziekenhuis?\*  *(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)*  □ Dit gebeurt standaard via een gesprek op de poli met de operateur  □ Dit gebeurt standaard via een gesprek op de poli met een verpleegkundige of arts anders dan operateur1  □ Dit gebeurt standaard via een telefonische nacontrole door de operateur  □ Dit gebeurt standaard via een telefonische nacontrole door een verpleegkundige of arts anders dan operateur1  □ Er vindt standaard zowel een controle op de poli plaats als een telefonische nacontrole  □ De patiënt kan zelf kiezen tussen een telefonische controle of een controle op de poli  □ Er vindt geen standaard nacontrole plaats, tenzij hier (medische) indicaties voor zijn  **B.** Hoe vindt op uw ziekenhuislocatie standaard de postoperatieve controle plaats bij de patiënt die geopereerd is aan een voorste kruisbandlaesie na ontslag uit het ziekenhuis?\*  *(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)*  □ Dit gebeurt standaard via een gesprek op de poli met de operateur  □ Dit gebeurt standaard via een gesprek op de poli met een verpleegkundige of arts anders dan operateur1  □ Dit gebeurt standaard via een telefonische nacontrole door de operateur  □ Dit gebeurt standaard via een telefonische nacontrole door een verpleegkundige of arts anders dan operateur1  □ Er vindt standaard zowel een controle op de poli plaats als een telefonische nacontrole  □ De patiënt kan zelf kiezen tussen een telefonische controle of een controle op de poli  □ Er vindt geen standaard nacontrole plaats, tenzij hier (medische) indicaties voor zijn |
| *Definities* | 1 Met verpleegkundige of arts wordt in deze vraag bedoeld: verpleegkundige, orthopedieverpleegkundige, verpleegkundig specialist, Physician Assistant, arts-assistent of een arts (anders dan de operateur). |
| *Technische*  *haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2015 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fysiotherapie voorste kruisbandlaesie** | |
| ***Vraag 3*** | Regelt uw ziekenhuislocatie standaard een afspraak met een fysiotherapeut voor de patiënt met voorste kruisbandlaesie voorafgaand aan de operatie?1\*  *aanvinken, één antwoord mogelijk)*  □ Ja  □ Nee |
| *Definities* | Geen bijzonderheden. |
| *Technische*  *haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2015 |
| *Toelichting* | 1 Een fysiotherapeut kan de patiënt voorbereiden op de operatie en het herstel. Ook kan een fysiotherapeut uitleg geven over het lopen met krukken. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bereikbaarheid** | |
| ***Vraag 4*** | **A.** Krijgt de patiënt met een meniscus- of voorste kruisbandlaesie een e-mailadres mee op papier1 waar hij vragen naartoe kan mailen?\*  *(aanvinken, één antwoord mogelijk)*  □ Ja  □ Nee, maar de patiënt kan wel een vraag stellen via de website van de ziekenhuislocatie middels een e-mail of een contactformulier  □ Nee  **B.** Hanteert uw ziekenhuislocatie een antwoordtermijn voor e-mails van de patiënt met een meniscus- of voorste kruisbandlaesie, waarbinnen hij antwoord op zijn vraag krijgt?2\*  *(aanvinken en/of invullen, één antwoord mogelijk)*  □ Ja, e-mails van de patiënt moeten binnen ... uur worden beantwoord  □ Ja, e-mails van de patiënt moeten binnen ... dag(en) worden beantwoord  □ Nee, hierover zijn geen afspraken vastgelegd |
| *Definities* | 1 Dit kan bijvoorbeeld middels de afsprakenkaart, een brief of een visitekaartje.  2 Het gaat om een inhoudelijk antwoord en dus niet om een ontvangstbevestiging. |
| *Technische*  *haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2015 |

**Bijlage 1: Wijzigingstabel vragenlijst klantpreferenties**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Onderwerp** | **Operationalisatie** | **Toelichting** |
| 1. Aangeboden verdovingsmethoden | Biedt uw ziekenhuislocatie de volgende verdovingsmethoden aan bij operaties aan de meniscuslaesie en/of voorste kruidsbandlaesie? | Geen wijziging |
| 2. Controleafspraak | 2a. Hoe vindt op uw ziekenhuislocatie standaard de postoperatieve controle plaats bij de patiënt die geopereerd is aan een meniscuslaesie na ontslag uit het ziekenhuis?  2b. Hoe vindt op uw ziekenhuislocatie standaard de postoperatieve controle plaats bij de patiënt die geopereerd is aan een voorste kruisbandlaesie na ontslag uit het ziekenhuis? | Geen wijziging |
| 3. Fysiotherapie voorste kruisbandlaesie | 3a. Regelt uw ziekenhuislocatie standaard een afspraak met een fysiotherapeut voor de patiënt met voorste kruisbandlaesie voorafgaand aan de operatie?  ~~3b. Wordt de patiënt op uw ziekenhuislocatie na een operatie aan een voorste kruisbandlaesie standaard gezien door een fysiotherapeut voor hij ontslagen wordt uit het ziekenhuis?~~ | Deelvraag verwijderd |
| 4. Bereikbaarheid | ~~4a. Krijgt de patiënt met een meniscus- of voorste kruisbandlaesie een telefoonnummer mee op papier dat hij ‘s avonds, ‘s nachts en in het weekend kan bellen voor dringende vragen?~~  ~~4b. Hanteert uw ziekenhuislocatie een antwoordtermijn voor telefoontjes, als bedoeld onder vraag 4A, van de patiënt met meniscus- of voorste kruisbandlaesie, waarbinnen hij antwoord op zijn vraag krijgt?~~  4c. Krijgt de patiënt met een meniscus- of voorste kruisbandlaesie een e-mailadres mee op papier waar hij vragen naartoe kan mailen?  4d. Hanteert uw ziekenhuislocatie een antwoordtermijn voor e-mails van de patiënt met een meniscus- of voorste kruisbandlaesie, waarbinnen hij antwoord op zijn vraag krijgt? | Twee deelvragen verwijderd |

**Afkortingenlijst indicatorengids Meniscus en Voorste Kruisband**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aios** | Arts in opleiding tot specialist |
| **CTG** | College Tarieven Gezondheidszorg |
| **DBC** | Diagnose Behandel Combinatie |
| **DOT**  **IGZ** | DBC’s op weg naar transparantie  Inspectie voor de Gezondheidszorg |
| **i.o.** | in ontwikkeling |
| **IKDC** | International Knee Documentation Committee |
| **KOOS** | Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score |
| **MRI** | Magnetic Resonance Imaging |
| **NOV** | Nederlandse Orthopaedische Vereniging |
| **NPCF** | Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie |
| **NVvH** | Nederlandse Vereniging voor Heelkunde |
| **NVT** | Nederlandse Vereniging voor Traumatologie |
| **OK** | Operatiekamer |
| **VKB** | Voorste kruisband |
| **ZBC** | Zelfstandig behandelcentrum |
| **ZIS** | Ziekenhuis informatie systeem |
| **ZN** | Zorgverzekeraars Nederland |