

Toetstabel voorste kruisband en artroscoopie vj
2024

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
<i>Indicator 1</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
Indicator 1 - Volume	Kleine tekstuele aanpassingen: 'revisies' is verwijderd uit de titel, inclusiecriteria verwijderd, want deze waren niet van toepassing.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezi g	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verwijderen van de woorden 'revisies' en 'inclusiecriteria'. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht										
<i>Indicator 3</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
3- Heroperatie na artroscoopie	Toevoeging van een verduidelijking aan de relevantie en toepasbaarheid: 'Let op, bij deze indicator is sprake van onderrapportage.'	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezi g	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van een verduidelijking. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht										
<i>Indicator 4</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
4 - PROMs	Vraagstelling met antwoordopties gewijzigd.	Criterium 1 t/m 6	Vrijwillig	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezi g	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord

Overweging ZIN

Er is consensus in de werkgroep over het wijzigigen van de vraagstelling met antwoordopties. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.

Advies ZIN

Vrijwillig

Indicatorset voorste kruisband en artroscopie van de knie

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2024

Versie juni 2023

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2024 (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
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl.
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl.
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>.

Samengesteld door:

- Zorginstituut Nederland
- Patiëntenfederatie Nederland
- Federatie Medisch Specialisten
- Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NvvH)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Zelfstandig Klinieken Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland/CZ

Aanspreekpunt:

- Zorginstituut Nederland

Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Dit faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud	
1 Overzicht indicatoren	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	5
2.3 Aanlevering van de gegevens	5
2.4 Indicatorenwerkgroep	5
3 Vast te leggen gegevens	6
4 Indicatoren	10
5 Wijzigingstabel	18
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	19

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer¹	Indicatornaam	Bron²	Transparantie?³
1	Volume	DBC-registratie, zorginstellingsregistratie	Verplicht
2	Artroscopie bij patiënten boven de 50 jaar	DBC-registratie	Verplicht
3	Heroperatie na artroscopie	DBC-registratie	Verplicht
4	PROMs	Ziekenhuisinformatiesyst eemm	Vrijwillig

¹ Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

² Vul hier de bron in waarin de gegevens voor de indicator worden vastgelegd (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

³ Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
 - interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
 - verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)
 - het afleggen van externe verantwoording

- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
 - Cliënten
 - Zorgaanbieders en zorgverleners
 - Zorgverzekeraars
 - Wlz-uitvoerders en andere financiers
 - Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- Professionele standaard, namelijk:
- Kwaliteitsstandaard, namelijk:
- (Internationale) Indicatorenset, namelijk:
- Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk:

Let op:

- De indicatoren moeten helpen bij de keuze voor goede zorg door cliënten (en/of hun naasten), eventueel samen met zorgverleners. De cliëntinformatie is hier ook op afgestemd.
- Er dient per indicator gespecificeerd te zijn op welk niveau de indicator aangeleverd moet worden (bijvoorbeeld op niveau van een locatie of op concernniveau bij aanwezigheid van meerdere locaties).
- Er dient per indicator inzichtelijk te worden gemaakt [voor welke doelgroep,?] voor welke fase in het zorgproces en voor welk type zorginstelling de indicator relevant is.

2.2 Populatiebepaling

- Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:
- Bij de indicatorset voor Voorste Kruisband en Artroscopie is in beginsel uitgegaan van de indicatiestelling voor artroscopie van de knie en artroscopische behandeling van de knie. Daarbij horen ook de indicatiestelling, diagnostiek en behandeling van voorste kruisbandletsels. De populatie zal worden bepaald aan de hand van de DBC-registratie.
- De populatie bestaat uit het aantal volwassen patiënten (≥ 18 jaar) dat op enig moment in het verslagjaar een artroscopie aan de knie heeft ondergaan, waarbij één van de volgende zorgactiviteiten is geregistreerd:
 - 39410 Artroscopie van de knie
 - 39411 Artroscopie van de knie in combinatie met een heelkundige ingreep
 - 38640 Eenvoudige artrotomie of achterste capsulotomie
 - 38641 Uitgebreide artrotomie, patellectomie, cheilectomie, synoviectomie en kruisbandplastiek van de knie.
 - 38642 Voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat
 - 38643 Totale of partiële meniscectomie
 - 38652 Operatieve behandeling bandlaesie van de enkel of de knie

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

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 co-morbiditeit, die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via www.zorginzicht.nl is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset Voorste kruisband en Artroscopie van de knie bestond in 2023 uit de volgende personen:

- H.C. van der Veen (NOV)
- P.A. Leenhouts (NVVH)
- D. Sprengers (PFN)
- R. Jacobs (CZ)
- L. Vunderink (ZN)
- M. van der Linde-van der Waals (NVZ)
- M. Rehorst (ZKN)

Ondersteund door de volgende personen namens Zorginstituut Nederland:

- K. Alberg, technisch voorzitter
- V. Heijnert, secretaris
- Mw. M.L.M. Hermens, methodoloog

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:⁴

T.b.v. verplichte indicatoren

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
VKA0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken	1: Volume VKB-reconstructies 2: Artroscopie bij patiënten boven de 50 jaar 3: Heroperatie na artroscopie
VKA1	Artroscopie knie	Zorgactiviteit 39410 Artroscopie van de knie Zorgactiviteit 39411 Artroscopie van de knie in combinatie met een heelkundige ingreep	ZIS	Artroscopie van de knie	2: Artroscopie bij patiënten van 50 jaar en ouder 3: Heroperatie na artroscopie
VKA2	Datum artroscopie knie	dd-mm-jjjj	ZIS	Datum VKA1	2: Artroscopie bij patiënten van 50 jaar en ouder 3: Heroperatie na artroscopie
VKA3	OK-verrichting aan knie	Zorgactiviteit 39410 Artroscopie van de knie Zorgactiviteit 39411 Artroscopie van de knie icm een heelkundige ingreep aan dezelfde knie in een zitting Zorgactiviteit 38640 Eenvoudige artrotomie of achterste capsulotomie	ZIS	Tellen wanneer deze codes voorkomen	3: Heroperatie na artroscopie

⁴ Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

		<p>Zorgactiviteit 38641 Uitgebreide artrotomie, patellectomie, cheilectomie, synoviectomie en kruisbandplastiek van de knie</p> <p>Zorgactiviteit 38642 Voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat</p> <p>Zorgactiviteit 38643 Totale of partiële meniscectomie</p> <p>Zorgactiviteit 38652 Operatieve behandeling bandlaesie van de enkel of de knie (indien in combinatie met een van de volgende diagnosecodes van de orthopedie: 0305.11/21.18xx of 0305.11/21.3404; of een van de volgende diagnosecodes van de heilkunde: 0303.11/21.263 of 0303.11/21.143)</p> <p>Zorgactiviteit 38663 Prothese implantatie kniegewricht</p>			
VKA4	Datum heroperatie	dd-mm-jjjj	ZIS	Datum VKA3	3: Heroperatie na artroscopie
VKA5	Voorste kruisband-reconstructie	<p>Zorgactiviteit 38642: Voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat (NB alleen i.c.m. artroscopie van de knie: Zorgactiviteit 39411 Artroscopie van de knie in combinatie met een heilkundige ingreep)</p> <p>In combinatie met een van de volgende diagnosecodes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orthopedie: 0305.11/21.18xx of 0305.11/21.3404 - Heilkunde: 0303.11/21.263 of 0303.11/21.143 			1: Volume VKB-reconstructies

VKA6	Geboortedatum	dd-mm-jjjj	ZIS	Datum	1: Volume VKB-reconstructies 2: Artroscopie bij patiënten van 50 jaar en ouder 3: Heroperatie na artroscopie
VKA10	Datum voorste kruisband-reconstructie	dd-mm-jjjj		Datum VKA5	1: Volume VKB-reconstructies

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Variabele	Te berekenen gegevens	Berekening	Formule	Validatieregels	Nodig voor indicator	Toelichting
VKA7	Heroperatie binnen 1 jaar	VKA4 – VKA2	VKA4 – VKA2	<1 jaar	3: Heroperatie na artroscopie	Alleen berekenen indien aan dezelfde knie
VKA8	Leeftijd VKA1 18 jaar of ouder	VKA2-VKA6	VKA2-VKA6 \geq 18 jaar		2: Artroscopie bij patiënten van 50 jaar en ouder 3: Heroperatie na artroscopie	
VKA9	Leeftijd 50 jaar of ouder	VKA2-VKA6	VKA2-VKA6 \geq 50 jaar		2: Artroscopie bij patiënten van 50 jaar en ouder	
VKA11	Leeftijd VKA5 18 jaar of ouder	VKA10-VKA6	VKA10-VKA6 \geq 18 jaar		1: volume VKB-reconstructies	

4 Indicatoren

Indicatornaam	<i>Volume voorste kruisbandreconstructies</i>
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Hoeveel <u>voorste kruisbandreconstructies</u> werden door orthopeden en chirurgen uitgevoerd op deze ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Informatie voor cliënten	Het is belangrijk dat een specialist voldoende ervaring heeft met voorste kruisbandreconstructies. Onderzoek laat zien dat er minder complicaties (problemen) optreden en minder heroperaties nodig zijn bij ervaren artsen. Hoeveel voorste kruisbandreconstructies zijn er in deze instelling uitgevoerd door orthopeden en chirurgen? Voldoende operaties betekent in de regel meer ervaring, minder complicaties (bijkomende problemen) en minder heroperaties.
Relevantie en toepasbaarheid	Mogelijkheden tot verbetering De werkgroep vermoedt dat in instellingen onvoldoende aandacht is voor het sturen op volume met betrekking tot VKB reconstructies en dat de aantallen soms (te) laag zijn.
Type indicator	proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn voorste kruisbandletsel Initiator: NOV
Doel van het meten en publiceren	Volume heeft relatie met patiëntveiligheid; hoe meer operaties per operateur, hoe meer ervaring de operateur/superspecialist heeft en hoe waarschijnlijker dat de uitkomsten van de geleverde zorg beter zijn. NB: Terughoudend operatiebeleid kan betere kwaliteit van zorg zijn voor patiënten, omdat operaties risico's meebrengen en er situaties zijn waar betere uitkomsten verwacht worden van (nog) niet opereren (richtlijn 2019).
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	aantal
Teller(s)⁵	n.v.t.
Noemer	n.v.t.
Vraag	Hoeveel <u>voorste kruisbandreconstructies</u> werden door orthopeden en chirurgen uitgevoerd op deze ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoordopties	één antwoord mogelijk
Definitie	n.v.t.
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	Aantal voorste kruisbandreconstructies bij patiënten van 18 jaar of ouder, per specialisme. Formule: # patiënten waarvoor VKA5 en VKA11 gelden, per specialisme (Zie rekenregels hoofdstuk 3)
Databron (registratie)	DBC- en verrichtingenregistratie, ziekenhuisregistratie
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-01-2024 tot en met 31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar

⁵ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Eerste aanleverdatum	1 mei 2025
---------------------------------	------------

Indicatornaam	<i>Arthroscopie van de knie bij patiënten van 50 jaar en ouder</i>
Indicatornummer	2
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een arthroscopie van de knie heeft ondergaan in het verslagjaar en 50 jaar of ouder was.
Informatie voor cliënten	<p>Hoeveel procent van de patiënten van 50 of ouder jaar heeft een arthroscopie ondergaan? In het algemeen geldt hoe hoger de score op deze indicator, hoe minder wordt voldaan aan goede zorg.</p> <p>Een arthroscopie (kijkoperatie) om de knie te onderzoeken en te behandelen heeft bij patiënten van 50 jaar of ouder meestal geen zin. Bij deze patiënten worden de problemen vaak veroorzaakt door (beginnende) artrose of een versleten meniscus. Bij deze aandoeningen is behandeling met fysiotherapie en medicatie over het algemeen even effectief als een operatie. Een arthroscopie heeft bij artrose alleen zin als er losse deeltjes kraakbeen verwijderd moeten worden waardoor de knie 'op slot' schiet. Zie ook de volgende informatiefolder voor patiënten over knieklachten bij 50-plussers: https://www.zorgvoorbeweging.nl/knieklachten-50.</p>
Relevantie en toepasbaarheid	<p>Mogelijkheden tot verbetering</p> <p>In de huidige dagelijkse praktijk bestaat er veel variatie. De verschillen van het percentage ingrepen bij patiënten van 50 jaar of ouder lopen naar schatting uiteen van 10% tot 50%. Dit terwijl (beginnende) artrose veelal de oorzaak voor knieklachten is bij de leeftijdsgroep van vijftigplussers. Het voorkomen van slotklachten door grote kraakbeen- of meniscus fragmenten in de knie is zeldzaam bij vijftig-plussers.</p> <p>Beperkingen bij gebruik en interpretatie</p> <p>De kenmerken van de patiëntenpopulatie (in dit geval de leeftijd) kunnen van invloed zijn op 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 arthroscopie bij patiënten van 50 jaar of ouder. Hoe hoger de score op deze indicator, hoe minder wordt voldaan aan goede zorg.</p>
Type indicator	proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn voorste kruisbandletsel Initiator: NOV
Doel van het meten en publiceren	Bij patiënten van 50 jaar en ouder moet arthroscopie terughoudend worden ingezet. In deze patiëntengroep is vaak sprake van (beginnende) artrose en degeneratieve meniscus, hierbij is een arthroscopie niet geïndiceerd.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	percentage
Teller(s)⁶	Aantal patiënten van 50 jaar of ouder dat een arthroscopie van de knie heeft ondergaan in het verslagjaar
Noemer	Aantal patiënten dat een arthroscopie van de knie heeft ondergaan in het verslagjaar
Vraag	Welk percentage patiënten dat een arthroscopie van de knie heeft

⁶ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	ondergaan in het verslagjaar is 50 jaar of ouder?
Antwoordopties	één antwoord mogelijk
Definitie	n.v.t.
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Inclusie teller: aantal patiënten dat een artroscopie van de knie heeft ondergaan in het verslagjaar en 50 jaar of ouder is Inclusie noemer: aantal patiënten van 18 jaar of ouder dat een artroscopie van de knie heeft ondergaan in het verslagjaar.
Rekenregels en casemixcorrecties	<i>Teller:</i> Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie van de noemer. Selecteer de patiënten die een artroscopie hebben ondergaan en die 50 jaar of ouder zijn ten tijde van de ingreep. Formule: # patiënten noemer waarvoor VKA9 geldt <i>Noemer:</i> Selecteer alle patiënten met artroscopie aan de knie van 18 jaar of ouder. Formule: # patiënten waarvoor VKA1 en VKA8 gelden
Databron (registratie)	DBC- en verrichtingenregistratie
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-01-2024 tot en met 31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	1 mei 2025

Indicatornaam	<i>Heroperatie na artroscopie</i>
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Percentage patiënten dat binnen 1 jaar na artroscopie een heroperatie aan dezelfde knie heeft ondergaan
Informatie voor cliënten	Bij beschadigingen aan de knie kan de diagnose gesteld worden met een scan of röntgenfoto. Daarna volgt een eenmalige operatie, meestal een artroscopie (kijkoperatie). Een heroperatie na een artroscopie is vrijwel alleen nodig als er complicaties (bijkomende problemen, bijvoorbeeld infectie) zijn of als de operatie niet geslaagd is. Heel soms kan een tweede operatie nodig zijn afhankelijk van de aandoening zonder dat er sprake is van een complicatie.
Relevantie en toepasbaarheid	Beperkingen bij gebruik en interpretatie Let op, bij deze indicator is sprake van onderrapportage. 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 eerdere uitvragen is gebleken dat centra niet altijd eenvoudig kunnen achterhalen aan welk been de ingreep plaatsvond.
Type indicator	uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn voorste kruisbandletsel Initiator: NOV
Doel van het meten en publiceren	Bijna alle aandoeningen 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 kan onder andere noodzakelijk zijn in het geval van complicaties (bijvoorbeeld infectie) of een niet-geslaagde operatie (failure). Soms kan een tweede operatie nodig zijn afhankelijk van de aandoening zonder dat er sprake is van een complicatie.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	percentage
Teller(s)⁷	Aantal patiënten dat binnen 1 jaar na primaire artroscopie een heroperatie aan dezelfde knie heeft ondergaan
Noemer	Aantal patiënten dat een primaire artroscopie van de knie heeft ondergaan
Vraag	Bij hoeveel procent van de patiënten was binnen een jaar een heroperatie aan dezelfde knie nodig?
Antwoordopties	één antwoord mogelijk
Definitie	Heroperatie behelst artroscopie, ingreep aan de kniebanden en prothese.
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Inclusie noemer: patiënten van 18 jaar of ouder die in het jaar vóór het verslagjaar een primaire artroscopie hebben ondergaan. Inclusie teller: patiënten van 18 jaar of ouder die een

⁷ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	heroperatie (tweede artroscoopie of een andere operatieve verrichting) aan dezelfde knie hebben ondergaan binnen 1 jaar na de primaire artroscoopie
Rekenregels en casemixcorrecties	<p><i>Teller:</i> 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 primaire artroscoopie een tweede OK-verrichting aan dezelfde knie ondergingen (inclusief een tweede artroscoopie). Formule: # patiënten noemer waarvoor VKA3 geldt en VKA7 <1 jaar</p> <p>Let op: het betreft heroperaties aan <u>dezelfde</u> knie. Dat betekent alleen patiënten meetellen mits het dezelfde knie is.</p> <p><i>Noemer:</i> Selecteer alle patiënten met een primaire artroscoopie aan de knie van 18 jaar of ouder. Formule: # patiënten waarvoor VKA1 en VKA8 gelden</p>
Databron (registratie)	DBC- en verrichtingenregistratie
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-01-2023 tot en met 31-12-2024* * Let op: Omdat voor deze indicator één jaar na artroscoopie moet worden gekeken, kan de heroperatie (de teller) tussen 01-01-2023 en eind 31-12-2024 hebben plaatsgevonden, terwijl de artroscoopie (de noemer) heeft plaatsgevonden tussen 01-01-2023 en 31-12-2023.
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	1 mei 2025

Indicator naam	<i>PROM-metingen</i>
Indicator nummer	4
Operationalisatie	Gebruik van PROMs (KOOS en/of IKDC) bij patiënten die geopereerd zijn aan een voorste kruisbandlaesie
Informatie voor cliënten	<p>Patient Reported Outcomes: aspecten van de gezondheid die niet objectief te meten zijn en dus alleen opgehaald kunnen worden door de patiënt te bevragen (<i>hoeveel pijn heeft u?</i>). Er zijn generieke PRO's (voor bijna alle aandoeningen geldend zoals vermoeidheid en pijn) en aandoeningspecifieke PRO's (zoals bijv. jeuk). De afkorting PROM staat voor Patient Reported Outcome Measures. PROMs laten zien of de behandeling effect heeft gehad volgens een patiënt. Dit werkt als volgt. Voor en na de behandeling vult een patiënt een korte vragenlijst met dezelfde vragen in die hij/zij krijgt van het ziekenhuis. De vragen gaan over de moeilijkheden die de patiënt in het dagelijks leven heeft door het voorste kruisbandletsel. Door de antwoorden die vóór de operatie gegeven zijn te vergelijken met de antwoorden ná de operatie, wordt duidelijk of de patiënt geholpen is met de behandeling. De landelijke richtlijn Voorste Kruisbandletsel adviseert om bij patiënten met een operatie aan de voorste kruisband in Nederland dezelfde vragenlijst in te laten vullen, namelijk de KOOS en/of IKDC vragenlijst. Hierdoor kan ook op landelijk niveau worden gekeken of deze zorg goed is.</p> <p>Deze indicator laat zien welke ziekenhuizen meedoen aan een PROM meting voor operaties voor voorste kruisbandletsel.</p>
Relevantie en toepasbaarheid	[Uitleg waarom de indicator relevant is en voor wie.]
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn Voorste Kruisbandletsel (2011, herzien oktober 2018).
Doel van het meten en publiceren	[Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welk type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing - in welke situatie de indicator niet langer relevant is.]
Transparantie	Vrijwillig
Rekenregels en definities	
Datatype	Tekst
Teller(s)⁸	n.v.t.
Noemer	n.v.t.
Vraag	Voert de ziekenhuislocatie PROMs uit (KOOS en/of IKDC) bij patiënten die geopereerd zijn aan een <u>voorste kruisbandlaesie</u> ?*
Antwoordopties	<p>Meerdere antwoorden mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meestal de IKDC <input type="checkbox"/> Meestal de KOOS <input type="checkbox"/> Alle bovenstaande <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ... <input type="checkbox"/> Nee
Definitie	¹ PROMs zijn door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten en

⁸ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	zijn een aanvulling op klinische parameters. In de Richtlijn Voorste Kruisbandletsel (2011, herzien oktober 2018)) is de volgende tekst opgenomen over PROMS: Meet voor en na de start van de behandeling bij patiënten met een VKB-letsel als functionele uitkomst van de operatieve en niet-operatieve behandeling: doorzak klachten, sportniveau en terugkeer ernaar, hamstring kracht, quadriceps kracht, bestaan van hydrops en patiënt gerelateerde uitkomstmaten (met als advies de KOOS en/of IKDC vragenlijsten te gebruiken).
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	n.v.t.
Databron (registratie)	Ziekenhuisinformatiesysteem
Norm	n.v.t.
Meetperiode	Peildatum 1 maart 2025
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	1 mei 2025

5 Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar 2023.

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
Algemeen	Indicatorgids is omgezet naar nieuw format
1	Kleine tekstuele aanpassingen: 'revisies' is verwijderd uit de titel, inclusiecriteria verwijderd, want deze waren niet van toepassing.
3	Toevoeging van een verduidelijking aan de relevantie en toepasbaarheid: 'Let op, bij deze indicator is sprake van onderrapportage.'
4	Vraagstelling met antwoordopties gewijzigd.

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
Informatie voor cliënten	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
Relevantie en toepasbaarheid	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Type indicator	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur
Achtergrond van de indicator	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
Doel van het meten en publiceren	Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welke type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing - in welke situatie de indicator niet langer relevant is.
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Rekenregels en definities	
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)
Teller(s)	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
Noemer	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
Vraag	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt

	<p>gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"</p>
Antwoordopties	<p>Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.</p>
Definitie	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
Aggregatieniveau	<p>Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.</p>
In- /exclusiecriteria populatie	<p>Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.</p>
Rekenregels en casemixcorrecties	<p>Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.</p>
Databron (registratie)	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
Norm	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
Meetperiode	<p>De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.</p>
Aanleverfrequentie	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>
Eerste aanleverdatum	<p>Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.</p>