

Indicatorenset dialyse bij nierziekten

Uitvraag 2012 over verslagjaar 2011

Definitieve versie – okt. 2011

Colofon

Internet: www.zichtbarezorg.nl/ziekenhuizen

E-mail: info@zichtbarezorg.nl

Samengesteld door:

Zorginhoudelijke indicatoren

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud
Significant

Tot stand gekomen in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van de stuurgroep Zichtbare Zorg
Ziekenhuizen

Den Haag, oktober 2011

Inhoudsopgave Dialyse bij nierziekten

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren	4
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	5
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Dialyse bij nierziekten	7
3. Lijst te verzamelen variabelen	17
Bijlage 1: Verwerking commentaar consultatieronde indicatorenset Dialyse bij nierziekten	23
Deel 2: Klantpreferentievragen	26
<i>Bij deze indicatorenset zijn (nog) geen klantpreferentievragen opgesteld die ingaan op het aanbod van de zorg.</i>	
Afkortingenlijst	27

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Dialyse bij nierziekten

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de ontwikkeling van de indicatorenset Dialyse bij nierziekten bestond in 2011 uit de volgende personen:

- HMi: Mw. Dr. E. Boeschoten, internist-nefroloog n.p., directeur Hans Mak instituut
NfN: Prof. Dr. P.W. ter Wee, internist-nefroloog VUmc, Amsterdam, voorzitter Nederlandse federatie voor Nefrologie
Dhr. Dr. C. Hagen, Internist-nefroloog, Meander Medisch Centrum Amersfoort, voorzitter sectie kwaliteit NfN
Mw. Mr. H.A. van IJzerloo, secretaris van sectie kwaliteit NfN
Mw. Dr. B.C. van Jaarsveld, internist-nefroloog, VUMC Amsterdam, voorzitter Kwaliteitscommissie NfN
NVN: Dhr. P. Kuijpers, interim-directeur Nierpatiënten Vereniging Nederland
Dhr. Drs. R. Beekman, beleidsmedewerker NVN
ZN: Mw. Drs. R. Geels, Adviserend Geneeskundige, Zorg en Zekerheid
Dhr. Drs. G. Salemink, medisch adviseur Zorgverzekeraars Nederland, huisarts (n.p.)
Dhr. Drs. S.J. Terpstra, medisch adviseur Zorgverzekeraars Nederland

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 2010

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. Daarnaast zijn de indicatoren gebaseerd op een conceptset geformuleerd tijdens een bijeenkomst van bovengenoemde nefrologen, patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars.

Populatiebepaling Dialyse bij nierziekten

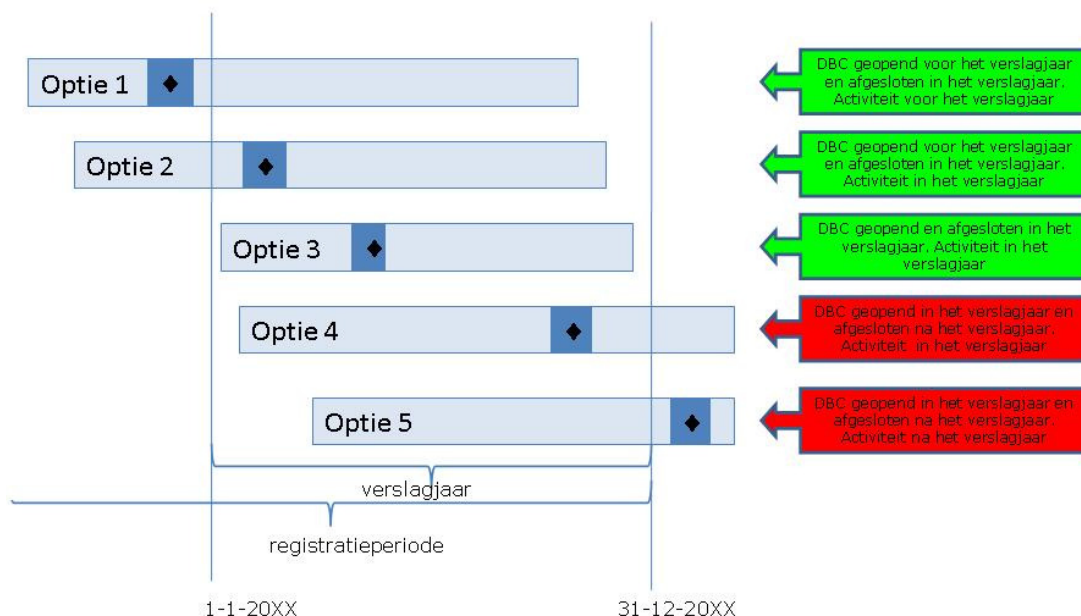
De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor alle Zichtbare Zorg indicatorensets is vooralsnog als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de gesloten Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

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

- 313.xx.331 (continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD))
- 313.xx.332 (automatische peritoneale dialyse (APD))
- 313.xx.326 (chronische hemodialyse in het ziekenhuis passief)
- 313.xx.333 (chronische hemodialyse in zelfstandig behandelcentrum actief)
- 313.xx.334 (chronische hemodialyse in zelfstandig behandelcentrum opleiding)
- 313.xx.335 (chronische hemodialyse in zelfstandig behandelcentrum passief)
- 313.xx.336 (chronische hemodialyse thuis)
- 313.xx.337 (chronische hemodialyse thuis met verpleegkundige)
- 313.xx.338 (chronische hemodialyse thuis nacht)

De indicatoren worden meegenomen in het verslagjaar waarin de DBC's worden gesloten (zie figuur). In de onderstaande figuur staat grafisch weergegeven wat bovenstaande populatiebepaling betekent. De lichtblauwe balk geeft de DBC weer en het zwarte puntje in de donkerblauwe balk de activiteit c.q.

verrichting. Voor inclusie moet een DBC gesloten zijn voor het einde van het verslagjaar. De registratieperiode kan echter al wel voor het begin van het verslagjaar zijn begonnen.



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 de DBC. 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 Dialyse bij nierziekten

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 vanuit de predialysepolikliniek start met een vorm van dialyse en bij wie 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 vanuit de predialysepoli start met een vorm van dialyse en bij wie gemiddelde ureum/kreatinine-klaring > 15 ml/min/1.73 m ² is op het moment van starten van dialyse
Noemer	Aantal patiënten dat vanuit de predialysepoli start met een vorm van dialyse
Definitie(s)	Predialysepolikliniek: polikliniek waar patiënten worden voorbereid op dialyse.
In- /exclusiecriteria	Inclusie: alle nieuwe dialysepatiënten in het verslagjaar Exclusie: kinderen (<18 jaar)
Bron	DBC-registratie, ziekenhuisregistratie, EPD, status
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2011 tot en met 31-12-2011
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, veiligheid

Rekenregels

Indicator 1	Indicatiestelling	Formule
Teller	Selecteer alle patiënten uit de noemer die op de startdatum van de dialyse een ureum/kreatinineklaring > 15 ml/min/1.73 m ² hebben	# patiënten noemer voor wie DIA5 = 1 op tijdstip DIA4
Noemer	Selecteer alle volwassen patiënten die een vorm van dialyse krijgen en vanuit de predialysepoli gestart zijn	# patiënten waarvoor DIA1 en DIA2 gelden en waarvoor geldt DIA19≥18 jaar

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In het algemeen wordt de indicatie om te starten met de 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 de patiënt in de predialysefase regelmatig te beoordelen op het bestaan van uremische klachten, mate van overvulling, regelmatig de ureum/kreatinineklaring te berekenen.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

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

Inhoudsvaliditeit

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

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

De verwachting is dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor de indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen 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 ziekenhuizen zelf. De gevraagde gegevens voor deze indicator zijn deels vastgelegd in de DBC- en zorgactiviteiten registratie, de ureum/kreatklaringwaarde zal uit de ziekenhuisregistratie moeten komen en heeft dus een wat 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 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) dialysepatiënten te bepalen.
Operationalisatie	Percentage patiënten bij wie binnen zes maanden na de start van een vorm van 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 dialyse de transplantatiestatus (niet transplantabel, transplantabel of getransplanteerd) bekend is
Noemer	Aantal patiënten gestart met een vorm van 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 dialyse Exclusie: kinderen (<18 jaar)
Bron	Teller: EPD, status Noemer: DBC-registratie, ziekenhuisregistratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-07-2010 tot en met 30-06-2011*
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

* Let op: Het verslagjaar is van half 2010 tot half 2011, aangezien binnen zes maanden na de start van dialyse de transplantatiestatus bekend moet zijn.

Rekenregels

Indicator 2	Voorbereidingstijd niertransplantatie	Formule
Teller	Selecteer alle patiënten uit de noemer voor wie geldt dat de transplantatiestatus binnen zes maanden na de start met dialyse bekend is	# patiënten noemer voor wie geldt DIA6 = 1 en DIA16 < 6 maanden
Noemer	Selecteer alle volwassen patiënten die worden behandeld met een vorm van chronische dialyse	# patiënten waarvoor DIA1 geldt en waarvoor geldt DIA18 > 3 maanden en 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 vanuit de predialyse starten met een vorm van dialyse kunnen in het algemeen dan ook snel actief op de transplantatielijst staan (op "T" staan = transplantabel zijn). Ook patiënten die abrupt met dialyse zijn begonnen moeten zo snel mogelijk worden voorbereid voor een eventuele niertransplantatie.

Mogelijkheden tot verbetering

Centra waarbij de bepaling van de transplantatiestatus van dialysepatiënten vaak lang op zich laat wachten, kunnen hierin verbeteren.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er zijn geen beperkingen bij gebruik en interpretatie.

Inhoudsvaliditeit

In de concept visitatiestellingen dialyse 2011 is opgenomen dat alle 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 ziekenhuizen 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 ziekenhuizen zelf. De transplantatiestatus is een waarde die niet vastgelegd wordt in de DBC-registratie. Het is wel gebruikelijk dat centra de transplantatiestatus vastleggen in hun ziekenhuisregistratiesysteem. 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.
- Concept visitatiestellingen 2011. 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 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 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 dialyse
Definitie(s)	Vorm van dialyse: hier wordt mee bedoeld ofwel een functionerende shunt of een PD-catheter. Shunt: een 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 verblijfskatheter. Exclusie: kinderen (<18 jaar)
Bron	DBC-registratie, ziekenhuisregistratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-07-2010 tot en met 30-06-2011*
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

* Let op: Het verslagjaar is van half 2010 tot half 2011, 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 langer dan 6 maanden op de predialysepoli werden behandeld en die een functionerende shunt of PD-catheter hadden	# patiënten noemer waarvoor geldt DIA10 = 1 en DIA17 > 6 maanden
Noemer	Selecteer alle volwassen chronische dialyse patiënten met een vorm van dialyse. Haal daar de patiënten af waarbij bewust is gekozen om te dialyseren op een permanente verblijfskatheter	# patiënten waarvoor DIA1 geldt en waarvoor geldt DIA18>3 maanden en DIA19≥18 jaar – # patiënten waarvoor 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 (concept visisatiestellingen 2011). 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 (concept visitatiestellingen 2011).

Mogelijkheden tot verbetering

Centra die relatief veel patiënten hebben waarbij nog geen adequate definitieve toegang is aangelegd kunnen hierin verbeteren.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er zijn geen beperkingen bij gebruik en interpretatie.

Inhoudsvaliditeit

In de concept visitatiestellingen dialyse 2011 is opgenomen dat 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. 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 ziekenhuizen 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 ziekenhuizen zelf. De aanwezigheid van een functionerende shunt of PD-catheter zal uit de ziekenhuisregistratie of het dossier moeten worden gehaald. Als centra dit niet in een registratiesysteem hebben opgenomen, zal voor deze indicator dossieranalyse moeten worden uitgevoerd. Dit vergroot de registratielast.

Referenties

- Concept visitatiestellingen 2011. 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 is voor patiënten die lijden aan terminaal nierfalen
Operationalisatie a	Aantal pre-emptieve niertransplantaties dat vanuit verwijzing binnen uw eigen centrum heeft plaatsgevonden óf (indien het centrum zelf geen levende transplantaties uitvoert) het aantal pre-emptieve niertransplantaties dat na verwijzing door uw centrum heeft plaatsgevonden.
Operationalisatie b	Aantal chronische dialysepatiënten in uw centrum
Definitie(s)	Pre-emptieve niertransplantatie: een niertransplantatie die heeft plaatsgevonden vóórdat een patiënt is gestart met een vorm van dialyse Chronische dialysepatiënt: langer dan drie maanden in dialyse
In- /exclusiecriteria	Inclusie: alle patiënten die in het centrum een pre-emptieve transplantatie ondergingen en/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	DBC-registratie, ziekenhuisregistratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2011 tot en met 31-12-2011
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Structuur, proces
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Rekenregels

Indicator 4	Pre-emptieve transplantaties	Formule
a. Pre-emptieve transplantaties	Selecteer alle volwassen patiënten die vanuit verwijzing binnen het eigen centrum pre-emptief werden getransplanteerd (binnen óf buiten het eigen centrum)	# patiënten waarvoor DIA12 geldt en waarvoor geldt DIA19≥18 jaar
b. Chronische dialyse patiënten	Selecteer alle volwassen patiënten met een vorm van dialyse die langer dan 3 maanden in dialyse zijn	# 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 terminaal 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 ander ziekenhuis laten verzorgen, organiseren zelf geen pre-emptieve transplantaties en kunnen deze indicator derhalve niet aanleveren. Academische centra verrichten levende niertransplantaties voor omringende centra. Bij het tellen van deze transplantaties moet de transplantatie "geteld" worden bij het centrum van waaruit de patiënt oorspronkelijk verwezen is. Hiertoe is het belangrijk dat de centra waar levende niertransplantaties plaatsvinden bijvoorbeeld jaarlijks een overzicht presenteren aan de centra die patiëntenkoppels insturen voor levende niertransplantatie, om aan te geven welke koppels vanuit dat centrum feitelijk getransplanteerd zijn.

Inhoudsvaliditeit

De werkgroep is van mening dat het aantal (verwijzingen voor) pre-emptieve transplantaties ten opzichte van het aantal dialysepatiënten een relatie heeft met de kwaliteit van zorg. De mate van bewijskracht is D, consensus van de werkgroep.

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

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 ziekenhuizen 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 toont aan dat er een relatie is tussen volume en uitkomst bij dialyse-patiënten.
Operationalisatie a	Hoeveel geregistreerde internisten-nefrologen op uw ziekenhuislocatie waren actief betrokken bij de behandeling van dialyse-patiënten op de peildatum?
Operationalisatie b	Hoeveel volwassen dialyse-patiënten werden er op uw ziekenhuislocatie behandeld? ... <i>PD patiënten</i> /... <i>HD patiënten</i>
Definitie(s)	PD is peritoneale dialyse HD is hemodialyse
In- /exclusiecriteria	Inclusie: alle volwassen dialyse-patiënten Exclusie: kinderen (<18 jaar)
Bron	DBC-registratie, ziekenhuisregistratie
Meetfrequentie	5a: 1x per jaar 5b: Continu
Peildatum	5a: 01-03-2012
Verslagjaar	5b: 01-01-2011 tot en met 31-12-2011
Rapportagefrequentie	5a: 1x per jaar 5b: 1x per verslagjaar
Type indicator	5a: Structuur 5b: Proces
Meetniveau	5a: Ziekenhuisniveau 5b: Specialist- en patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid

Rekenregels

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

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

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

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

Mogelijkheden tot verbetering

Voor complexe zorg is regionale concentratie aangewezen. Bij nierfalen 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 nefrologen is van mening dat het aantal kinderen dat behandeld wordt met een vorm van dialyse zo klein is dat een volumenorm daar niet op van toepassing kan zijn. Sommige dialysecentra bieden geen peritoneale dialyse aan. Bij deze centra dient aantoonbaar te zijn dat er adequate voorlichting gegeven wordt aan patiënten over behandeling met peritoneale dialyse, en dat er afspraken zijn gemaakt met een gecertificeerde dialyse-afdeling die peritoneale dialyse aanbiedt.

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

Inhoudvaliditeit

Uit de literatuur blijkt een relatie tussen volume en kwaliteit bij dialysecentra (Frankenfield et al., 2000; Eisenstein et al., 2008).

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

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 ziekenhuisregistratie, 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 behandelas van een DBC 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

Variable	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	313.xx.331 313.xx.332 313.xx.326 313.xx.333 313.xx.334 313.xx.335 313.xx.336 313.xx.337	DBC-registratie	De patiënten van wie een DBC met de onderstaande codering openstaat of is afgesloten en gevalideerd in de meetperiode, dienen geselecteerd te worden Let op de verschillende verslagjaren: Indicatoren 1, 3 en 4 = 2011 Indicator 2 = 2010	1. Indicatiestelling 2. Voorbereidingstijd 3. Toegang 4. Pre-emptieve transplantaties

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator	
		313.xx.338	verpleegkundige .338 chronische hemodialyse thuis nacht			
DIA2	Predialysepoli	313.xx.325	.325 chron nierinsuff predial fase	DBC-registratie	De patiënten van wie een DBC met de onderstaande codering openstaat of is afgesloten en gevalideerd in de meetperiode, dienen geselecteerd te worden	1. Indicatiestelling
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/kreatineklaring 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 predialysepoli	dd/mm/jjjj		ZIS	De datum waarop de patiënt startte met de behandeling op de predialysepoli dient genoteerd te	3. Toegang

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator	
				worden		
DIA9	Einddatum predialysepoli	dd/mm/jjjj	ZIS	De datum waarop de patiënt eindigde met de behandeling op de predialysepoli 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	
DIA11	Einddatum dialyse	dd/mm/jjjj	ZIS	De datum waarop de dialysebehandeling eindigde dient genoteerd te worden. Indien de patiënt nog gedialyseerd werd op datum 31-12-2011, kan deze datum worden genoteerd	4. Pre-emptieve transplantatie	
DIA12	Pre-emptieve transplantatie	1 = Pre-emptieve 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	313.xx.331 313.xx.332	.331 continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD) .332 automatische peritoneale dialyse (APD)	DBC-registratie	De patiënten van wie een DBC met de onderstaande codering openstaat of is afgesloten en gevalideerd in de meetperiode, dienen geselecteerd te worden	5. Volume
DIA14	HD-patiënten	313.xx.326 313.xx.333 313.xx.334	.326 chronische hemodialyse in het ziekenhuis passief .333 chronische hemodialyse in zelfstandig behandelcentrum actief .334 chronische	DBC-registratie	De patiënten van wie een DBC met de onderstaande codering openstaat of is afgesloten en gevalideerd in de meetperiode, dienen geselecteerd te worden	5. Volume

Variable	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
		313.xx.335 hemodialyse in zelfstandig behandelcentrum opleiding .335 chronische hemodialyse in zelfstandig behandelcentrum passief 313.xx.336 .336 chronische hemodialyse thuis 313.xx.337 .337 chronische hemodialyse thuis met verpleegkundige 313.xx.338 .338 chronische hemodialyse thuis nacht			
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	Nodig 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 dialysepoli	Einddatum dialysepoli – startdatum dialysepoli	DIA9- DIA8	> 6 maanden	3. Toegang	
DIA18	Duur dialyse	Einddatum dialyse of einddatum verslagjaar (31-12-2011) – startdatum dialyse	DIA11- DIA4	>3 maanden	4. Pre-emptieve transplantatie	
DIA19	Patiënt volwassen bij start dialyse	Startdatum dialyse – geboortedatum patiënt	DIA4 – DIA3	≥ 18 jaar	1. Indicatiestelling 2. Voorbereidingstijd 3. Toegang 4. Pre-emptieve transplantaties 5. Volume	

Bijlage 1: Verwerking commentaar consultatieronde indicatorenset Dialyse bij nierziekten

In de onderstaande tabel zijn alleen commentaren opgenomen die deels of niet verwerkt zijn, of ter kennisgeving zijn aangenomen. Overige commentaren zijn doorgevoerd in de indicatorenset en zijn daarom niet nogmaals in de tabel benoemd.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Algemene opmerkingen			
Graag toevoegen van een vraag vanuit klantperspectief: “Maakt u of uw organisatie gebruik van een gevalideerd instrument om patiëntenervaringen te meten en zo ja welk?” Voorstel om komend jaar klantpreferentievragen op te stellen, zodat bovenstaande hierin onder kan worden gebracht.	NPCF/CB	Ter kennisneming	In deze fase kunnen geen indicatoren meer worden toegevoegd. Maar dit kan wel worden meegenomen in de doorontwikkeling van deze set.
De NIV is zelf niet benaderd om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de indicatorenset. Hierdoor heeft er geen gemandateerde internist aan de werkgroep deelgenomen. De NIV heeft daarom besloten om geen formeel standpunt in te nemen omtrent deze set.	NIV	Ter kennisneming	
De NVvH heeft geen bezwaren tegen deze indicatorenset. Echter, aangezien de NVvH niet bij de (door)ontwikkeling van deze set betrokken is geweest, zal zij deze ook niet autoriseren	NVvH	Ter kennisneming	
De term predialysepoli komt een aantal keer voor in de set, daarbij worden verschillende aannamen gedaan (zie ook brief NIV dd 25-08-2011).	NIV en NFU	Ter kennisneming	De opmerkingen van de NIV/NFU kunnen wellicht worden meegenomen in de doorontwikkeling van deze set
De indicatoren komen niet overeen met de door de zorgprofessionals zelf opgestelde normen (NfN). Afstemming is noodzakelijk.	NVZ	Ter kennisneming	De indicatoren zijn opgesteld door onder andere leden van de NfN en hier zoveel mogelijk op afgestemd of gelijk getrokken.
Bij de rekenregels worden DBC's aangegeven die niet in de ziekenhuizen gebruikt worden, daar deze alleen voor de ZBC geldig zijn.	NVZ	Ter kennisneming	Voor de volledigheid zijn deze DBC's opgenomen in de gids. Maar voor ziekenhuizen zijn deze niet van toepassing.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
NVZ gaat akkoord met deze set.	NVZ	Ter kennisneming	
Indicator 1 Indicatiestelling			
De grenswaarde voor de ureum/kreat klaring zou lager moeten liggen. Daarnaast is de indicator negatief geformuleerd, dit is afwijkend van de andere indicatoren.	NIV en NFU	Deels verwerkt	De werkgroep heeft met opzet voor een vrij hoge waarde van de ureum/kreat klaring gekozen, dit omdat de indicator dan in de meeste gevallen haalbaar is. Binnen Zichtbare Zorg worden wel vaker indicatoren negatief geformuleerd. De werkgroep heeft hier bewust voor gekozen. Bij de toelichting zal hier een opmerking over worden gemaakt ter verduidelijking.
Op pag 5 en pag 10 wordt gesproken over start van dialyse bij een klaring > 15 ml/ min. Dit is echter niet zo. Er wordt gestart met dialyse met een klaring < 15 ml/ min.	NVZ	Deels verwerkt	Het is juist de bedoeling van de indicator om de gevallen waarin gestart werd bij een waarde hoger dan de 15 ml/min op te sporen. Bij de toelichting zal een opmerking worden gemaakt dat het hier een negatieve indicator betreft.
Beantwoording van deze vraag is arbeidsintensief omdat het nodig is patiëntgegevens te koppelen met labgegevens, met mogelijk dossieranalyse	NVZ	Ter kennisneming	De werkgroep is zich bewust van de registratielast van de indicator maar vindt de indicator belangrijk om toe te voegen
Indicator 2 Voorbereidingstijd niertransplantatie			
Er wordt in feite gevraagd of de patiënten voldoende snel op 'T' staan. Dit zou zo geformuleerd moeten worden	NIV en NFU	Niet verwerkt	De werkgroep heeft gekozen voor de huidige formulering.
Deze indicator is niet anders aan te leveren dan door middel van dossieronderzoek	NVZ	Ter kennisneming	De werkgroep is zich bewust van de registratielast van de indicator maar vindt de indicator belangrijk om toe te voegen
Indicator 3 Dialyse toegang			
De noemer zou het aantal patiënten dat door een internist/nefroloog werd gezien moeten zijn	NIV en NFU	Ter kennisneming	Deze opmerkingen zijn wellicht interessant voor de doorontwikkeling van deze set

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
in plaats van in de predialysepoli. Daarnaast zouden patiënten bij wie bewust voor een catheter wordt gekozen niet moeten worden geëxcludeerd.			
Indicator 4 Pre-emptieve transplantaties			
De noemer van deze indicator is niet duidelijk. Daarnaast is case-mix bij deze indicator wel van invloed en zou de indicator ervoor kunnen zorgen dat er druk uit wordt geïfend op donoren.	NIV + NFU	Deels verwerkt	Bij deze indicator is geen sprake van een teller en een noemer maar twee getallen (losse populaties) die tegen elkaar worden afgezet. Er is een tekst opgenomen over de case-mix.
Deze indicator is niet anders aan te leveren dan door middel van dossieronderzoek	NVZ	Ter kennisneming	De werkgroep is zich bewust van de registratielast van de indicator en vindt de indicator voldoende belangrijk om toe te voegen
Indicator 5 Volume			
De taken van een internist-nefroloog kunnen tussen centra erg verschillen. Dit wordt niet meegenomen in deze indicator.	NIV + NFU	Ter kennisneming	Wellicht kan er bij de doorontwikkeling van deze set een structuurvraag worden opgenomen die vraagt naar de rol van de internist-nefroloog in het centrum
Als een centrum meerdere lokaties heeft, hoe deze vraag dan in te vullen?	NVZ	Niet verwerkt	Zichtbare zorg verzamelt in principe data per ziekenhuislocatie
Kwaliteit van zorg wordt vastgelegd via de kwaliteitsvisiting van de NfN, dit behelst meer dan alleen het aantal nefrologen	NVZ	Ter kennisneming	

* Indien nodig is commentaar samengevat

Deel 2: Klantpreferentievragen

Bij deze indicatorenset zijn (nog) geen klantpreferentievragen opgesteld die ingaan op het aanbod van de zorg.

Afkortingenlijst indicatorenengids Dialyse bij nierziekten

APD	Automatische Peritoneale Dialyse
CAPD	Continue Ambulante Peritoneale Dialyse
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
HD	HemoDialyse
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HMI	Hans Mak instituut
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