



Erratum – Basisset MSZ 2023

December 2023

In dit erratum worden belangrijke wijzigingen (voor verslagjaar 2023) ten opzichte van de reeds gepubliceerde Basisset MSZ 2023 aangegeven. Bij overige verschillen tussen de gepubliceerde versie van de Basisset MSZ 2023 en de digitale uitvraag, is de digitale uitvraag leidend.

Verbeterdoelen

Gebruikershandleiding

Bij aantal aan te leveren verbeterdoelen door de ziekenhuizen komt het woord “minimaal” te **vervallen**. De tekst wordt als volgt: “Ziekenhuizen leveren voor de Basisset MSZ 2023 ~~minimaal~~ zes van de negen verbeterdoelen aan bij IGJ.”

Toezichtvragen

1.4.2 Deelname aan Dutch Breast Implant Registry (DBIR)

Op verzoek van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) is deze toezichtvraag **vervallen**.

De volgende toezichtvragen zijn aan de Basisset MSZ 2023 toegevoegd. Dit zijn toezichtvragen die zijn afgeleid van de verbeterdoelen voor 2023 en worden aangeleverd door particuliere klinieken waarmee de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt over de aanlevering van verbeterdoelen.

9.1 Optimaal antistollingsbeleid particuliere klinieken

Schrijft u antistollingsmedicatie voor en/of wijzigt u de antistollingsmedicatie van uw patiënten, indien de ingreep/ behandeling hierom vraagt?

Heeft u vastgesteld beleid m.b.t. antistolling waarin minimaal het volgende is beschreven (indien binnen de kliniek geen invasieve ingrepen worden uitgevoerd, gelden onderstaande punten m.b.t. ingrepen niet):

- Wie legt afspraken over doorzetten of onderbreken van anti-trombotica vast?
- Wie stelt het bloedingsrisico vast?
- Wie schrijft de antistollingsmedicatie voor?
- Welke antistollingsmedicatie wordt preoperatief al dan niet gestopt en indien gestopt voor hoe lang?
- Wanneer wordt na de procedure de anticoagulantia herstart en op welke wijze?
- Wanneer wordt welke plaatjesremmer(s) periprocedureel gestopt en voor hoe lang?
- Wanneer wordt de plaatjesremmer(s) na de procedure herstart en op welke wijze?

- Wanneer bestaat een indicatie voor overbrugging en op welke wijze wordt dit toegepast?
- Wanneer bestaat een indicatie voor veneuze tromboseprofylaxe en op welke wijze wordt dit toegepast?
- Welke comedatie wordt gebruikt, inclusief de met stolling interfererende medicatie?
- Op welke wijze wordt gecommuniceerd met de patiënt over het beleid en hoe wordt aangetekend in het patiëntendossier dat deze communicatie heeft plaatsgevonden?
- Op welke wijze wordt gecommuniceerd met de behandelaar die de ingreep doet behandelend arts/trombosedienst/huisarts/apotheek over het beleid?
- Op welke wijze en door wie wordt gecommuniceerd in geval van wijziging (in procedure plan) met huisarts en patiënt?
- Op welke wijze en door wie wordt het antistollingsbeleid vastgelegd in de time-outprocedure? (indien relevant)

Heeft u een arts met antistolling als aandachtgebied in uw kliniek?

Is deze arts buiten kantooruren bereikbaar voor intern collegiaal overleg?

Toelichting:

9.2 Optimaal pijnbeleid particuliere klinieken

Heeft u een zorgverlener met pijnbestrijding als aandachtgebied in uw kliniek?

Heeft u een signaleringssysteem voor het opsporen van pijn (dit systeem behelst ten minste de frequentie van pijnmeting, registratie en verbinding naar actie)? Bij nee, toelichting verplicht.

Heeft u beleid ten aanzien van het beperken van opioïdengebruik?

Toelichting:

9.3 Continuïteit van zorg particuliere klinieken

Heeft u inzicht (bijvoorbeeld d.m.v. dossieronderzoek, sturingsinformatie uit EPD etc.) in de mate van tijdigheid van de overdracht naar de opvolgende zorgverlener bij ontslag (norm binnen 24 uur na ontslag; in elk geval naar de huisarts)?

Worden in de overdracht minimaal de volgende zaken benoemd?

- actuele aandoeningen en interventie/ behandeling;
- behandelplan met acties die de eerste week moeten plaatsvinden;
- de basisset medicatiegegevens;
- contactgegevens (naam en telefoonnummer) van de persoon/collega, waar men extra informatie kan opvragen of waarmee te overleggen.

Toelichting: