

**FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

BRUSSEL 11 oktober 2012

**DIRECTORAAT- GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling “Programmatie en Erkenning”

Kenm. : NRZV/D/417-2 (*)

ADVIES “EENHEDEN VOOR BEROERTEZORG (STROKE UNITS)

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 11 oktober 2012

Advies “Eenheden voor beroertezorg (stroke units)

werkgroep Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning en
programmatie

De werkgroep vergaderde d.d. 06/12/2011, 17/01/2012, 14/02/2012, 29/05/2012 en 19/06/2012, nam literatuur door (ondermeer de publicaties van de European stroke organizatin ESO en van de Brain Attack coalition USA), deed beroep op adviezen van de Belgian Stroke Council, werd gesteund door meerdere experten en nam kennis van het recente rapport van juni 2012 van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg: “Les unités neurovasculaires: efficacité, indicateurs de qualité et organisation”.

Voorzitters: dr. R. Van den Oever, dr P. Waterbley
Leden: prof. J-P. Baeyens, dr. L. Bissen, dhr. D. Bodeux, dr. D. Devos, dr. M. Dusart, Mevr. F. Ghekiere, dhr. D. Henrard, Mevr. A. Hotterbeex, dr. Y. Husden, dhr. J. Kips, Mevr. I. Nolis, prof. M. Noppen, dr. J. Pauwels, dr. R. Rutsaert, dr. K. Vandebosch, dr. J. Bury
Experten: prof. J. De Keyser, dr. Ph. Desfontaines, prof. B. Zadot, dr. W. Depaepe, prof. V. Thijs, dr. A. Peteers, dr. G. Vanhooren

I. SITUERING en VOORSTEL COHERENTE AANPAK

De cerebro-vasculaire incidenten (CVA), ook beroerte genoemd, hebben een hoge incidentie (ongeveer 0,2% per jaar, of voor België 19.000 gevallen per jaar).

CVA's leiden frequent tot langdurige invaliditeit en zijn een belangrijke doodsoorzaak. De internationale benchmarking is dan ook belangrijk, niet louter vanuit gezondheidseconomische overwegingen.

De veroudering van de bevolking zal de uitdaging enkel vergroten. De werkgroep pleit voor een compromis tussen kwaliteit en (geografische) toegankelijkheid.

De ischemische CVA's, inclusief de transient ischemische aanvallen en hemorragische CVA's vallen onder het toepassingsgebied van dit advies, uiteraard rekening houdend met hun specifieke aanpak.

De werkgroep pleit – vanuit het principe “time is brain” voor een geïntegreerde aanpak binnen een erkend netwerk voor een regio.

- Bewustwording van de bevolking, erkennen van de eerste symptomen, bijhouden van de relevante informatie ondermeer aangaande het begintijdstip en alerteren van de urgentiediensten.
Het Ministerie van Volksgezondheid en de Belgian Stroke Council realiseerden eerder al bewustwordingscampagnes.

- De huisartsen in de eerste lijn worden intens betrokken bij de organisatie van het netwerk (cf infra), hebben een informatierol naar de bevolking en alerteren hun patiënten voor prioritair transport naar een aangewezen spoedgevallendienst bij specifieke symptomen.

- De dringende geneeskundige hulpverlening¹ waarvan de equipes – in samenwerking met het netwerk - vorming krijgen aangaande ondermeer het herkennen van de medische problematiek, het gebruik van evaluatieschalen en registratie (onder andere het beginmoment/de eerste symptomen van het C.V.A., stabilisatie van de patiënt ...
Volgens een protocol gebeurt een vlotte communicatie met de meest aangewezen spoedgevallendienst (alerteren van het neurovasculaire (“stroke”) team in het ziekenhuis) waarnaar de patiënt met prioritair transport gevoerd wordt. Het rechtstreekse vervoer² van de patiënt naar een spoedgevallendienst waar het hele jaar door 24u/24u snelle diagnose en behandeling kan gebeuren, vermijdt tijdsverlies (door-in door-out times of door1-door2 times).
De Provinciale Commissie voor dringende geneeskundige hulpverlening houdt toezicht, wordt formeel geïnformeerd en ontvangt een jaarrapport van het netwerk van elke regio.

- Elk ziekenhuis wordt geconfronteerd met CVA's , hetzij wegens spontane aanmeldingen van patiënten op de spoedgevallendienst, hetzij voor opgenomen patiënten.
Elk ziekenhuis moet dan ook beschikken over een “zorgpad C.V.A. (stroke)” en moet (verplichting tot maar ook mogelijkheid tot) deel uitmaken van het stroke netwerk (of regionale beroerte-netwerk). Het netwerk wordt betrokken in de opmaak van het zorgpad en ondersteunt de adequate opvang van deze patiënten. De werkgroep stelt de opname van deze vereiste in het K.B. 30 januari 1989³ voor.
Daarnaast zal elk ziekenhuis over een “non-monitoring” stroke unit of “post-acute stroke unit” beschikken, voor de verdere behandeling na de verwijzing volgende op de eerste acute fase (meestal 48 uur). De werkgroep onderstreept het belang van deze fase van specifieke zorg voor de prognose van de patiënt (verminderen frequentie complicaties).

- S1 stroke units (primary stroke units) zijn monitoring stroke units die voldoen aan (internationaal geïnspireerde) normen voor de snelle opvang (diagnose, behandeling) van de patiënt tijdens – meestal - de eerste 48 uur.

- S2 stroke units (comprehensive stroke units) zijn monitoring stroke units die neurochirurgische ingrepen, noodzakelijk in acute beroertezorg, en bepaalde endovasculaire technieken (endovasculaire thrombolysie/thrombectomie, coiling en stenting) continu op de vestigingsplaats kunnen aanbieden. Het aantal S2 centra wordt best beperkt om deze technieken en interventies te concentreren gezien het belang van ervaring.

¹ Overeenkomstig artikel 4bis Wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening en artikel 4, 2° K.B. 10 maart 2008 tot vastlegging van de cel dispatching dringende geneeskundige hulpverlening en medische bewaking.

² Uiteraard kan een levensbedreigende context (hartstilstand, extreme hypotensie ...) hoe dan ook de dichtstbijzijnde spoedgevallendienst doen kiezen. Een stroke waarvan het beginmoment al te lang geleden is, kan ook een andere verwijzing rechtvaardigen.

³ K.B. 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen (B.S., 21 februari 1989).

- Het netwerk wordt erkend en voor het functioneren ervan, kan inspiratie gezocht worden bij de “stemi netwerken” die voor ons land recent ook regelgevend werden voorzien ⁴. Zoals aangaande het (qua samenstelling bepaalde) overlegorgaan met specifieke opdrachten op het vlak van registratie- en kwaliteitsevaluatie (structuur-proces-outcome, opvolgen van indicatoren), het opstellen van een kwaliteitshandboek, het bepalen van de regels voor verwijzing en terugverwijzing tussen ziekenhuizen ⁵.

De werkgroep weerhield niet het idee van “drip and ship”⁶ waarbij bepaalde ziekenhuizen geen monitoring stroke unit hebben, maar wel bij ischemische stroke de intraveneuze thrombolyse 24u/24u kunnen garanderen. De beperkte afstanden in ons land en de waarschijnlijkheid dat een ziekenhuis dat een dergelijke wachtdienst organiseert toch over een monitoring stroke unit zal willen beschikken, waren de motivatie van deze keuze.

⁴ K.B. 12 juni 2012 tot vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk cardiale pathologie.

⁵ Hub-and-spoke model.

⁶ Acute stroke ready hospital, brain attack coalition USA.

II. ZORGPAD STROKE en post-acute (non-monitoring) stroke unit: in elk ziekenhuis.

Elk ziekenhuis wordt geconfronteerd met CVA problematiek, hetzij wegens spontane aanmeldingen van patiënten op de spoedgevallendienst (buiten het circuit van de dringende hulpverlening), hetzij voor opgenomen patiënten.

Elk ziekenhuis moet dan ook beschikken over een (uitgeschreven) “zorgpad C.V.A. (stroke)” en moet (verplichting tot maar ook mogelijkheid tot) deel uitmaken van een stroke netwerk. De werkgroep stelt de opname van deze bepaling in het K.B. 30 januari 1989⁷ voor.

Het netwerk zorgt voor de concrete afspraken van passende opvang van deze patiënten en zorgt voor de validatie van de nodige procedures. Dit betreft ondermeer het schriftelijk protocol van onderlinge ondersteuning en verwijzingen en terugverwijzing en ook de bepalingen rond opleiding en vorming van de betrokken equipes⁸. De kwaliteitsregistratie, analyse en bespreking binnen het netwerk zorgen voor een periodieke evaluatie van deze uitgewerkte modaliteiten van opvang.

Daarnaast kan elk ziekenhuis over een specifieke en toewijsbare multidisciplinaire “non-monitoring” stroke unit of “post-acute stroke unit” beschikken, voor de verdere behandeling na de terugverwijzing volgende op de eerste acute interventiefase (de patiënt wordt terugverwezen vanuit de monitoring stroke unit wanneer de vitale parameters stabiel zijn, dit is meestal na 48 uur). De werkgroep onderstreept het belang van deze fase voor de prognose van de patiënt (verminderen complicaties). De klassieke bestaffing op verpleegeenheden neurologie of geriatrie, volstaat voor deze activiteit. Er moet een wekelijkse multidisciplinaire vergadering plaatsvinden waar onder andere de verpleegkundige zorg, de aanpak van slikproblemen, de revalidatie (waarvoor de nodige faciliteiten beschikbaar zijn) en de ontslagplanning behandeld worden. Er wordt gezorgd voor een passende continue vorming van de medewerkers.

De derde fase van behandeling slaat op de langere termijn revalidatie (grotendeels ambulante).

Binnen de Nationale Raad functioneren hier specifieke werkgroepen.

⁷ K.B. 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen (*B.S., 21 februari 1989*).

⁸ Bv. Door of in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen

| |
|--|
| III. Zorgprogramma S1: primaire monitoring stroke-eenheid (beroerte-zorg eenheid) |
|--|

De dringende medische hulpverlening (cf supra) en huisartsen van de regio, sturen een stroke patiënt in de regel (zie voetnoot 2) naar een gespecialiseerde spoedgevallendienst van een ziekenhuis met een erkende stroke unit S1.

De functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg van een S1 stroke unit garandeert:

- een vlotte communicatie met de dringende medische hulpverlening volgens een protocol.
- vorming, ervaring en continuïteit voor de opvang van iedere beroerte (stroke)
- het bestaan en gebruik van protocollen met
 - ° toewijzing verantwoordelijkheden spoedartsen, spoedverpleegkundigen, neurologen, medische beeldvorming en andere disciplines zoals neurochirurgie en cardiologie.
 - ° protocollen voor triage (bv vitale ondersteuning naar ICU), voor monitoring, en in samenwerking met de disciplines neurologie, medische beeldvorming, cardiologie, neurochirurgie (oproepbaar binnen twee uur) en vasculaire chirurgie voor diagnose en voor acute behandeling.
- Bij ischemische strokes waar een intraveneuze thrombolysie geïndiceerd is, moet dit kunnen gerealiseerd zijn binnen de < 45' na aankomst in het ziekenhuis (door to needle time).

Inmiddels moet een adequate professionele medische analyse gebeurd zijn door een specifiek ervaren team waar ook de arts-neuroloog en de medische beeldvorming in dit tijdsverloop intervenieerden. Het team wordt gecoördineerd door de arts-neuroloog.

De werkgroep hanteert een strenge tijdsnorm⁹ om kwalitatieve redenen, maar opteerde om dit tijdsverloop niet op te splitsen in deelstukjes. De equipe moet vlot op elkaar inspelen om na beeldvorming en neurologische evaluatie de therapie tijdig in te stellen. Het respecteren van de strenge tijdsnorm zal binnen het netwerk opgevolgd worden waardoor het ziekenhuis zich dus afdoende moet bestaffen met artsen-neurologen. Gezien de regeling rond de dringende medische hulpverlening, zou een ziekenhuis dat geen adequate continuïteit kan voorzien, een eigen aansprakelijkheidsprobleem creëren door een erkenning monitoring stroke unit aan te vragen. De registratie qua interventietijden zal opgevolgd worden binnen het netwerk.

Er wordt door de werkgroep geen minimum volume aan behandelde strokes (of TIA's) of intraveneuze thrombolyses voorgesteld. Het is evenwel duidelijk dat expertise van de equipes en kwaliteit een minimum routine en volume veronderstellen. Het netwerk zal op basis van kwaliteitsregistratie elk deelnemend

⁹ Zie voetnoot 8: een maximum door to needle time voor intraveneuze tPA wordt in guidelines nog op 60' gehouden. Maar time is brain en 45' is een terechte ambitie.

ziekenhuis evalueren in het jaarrapport ¹⁰.

- de verwijzing naar de eigen erkende stroke unit S1.
- een adequate registratie ondermeer van tijdsverloop sinds de stroke.

De stroke unit S1 :

- Zware spoedgevallendienst die voldoet aan, bovenstaande vereisten.
- Continuïteit medische beeldvorming, minstens CT en/of bij voorkeur NMR (de huidige programmatie ontzegt nog NMR aan een minderheid van ziekenhuizen).

CTA (CT angiografie) en/of MR angiografie kunnen ingezet worden voor de beeldvorming van de extra- en intracranieële vaten.

- Neurologische continuïteit.
- Cardiologische continuïteit (cf frequente oorzaak van ischemische stroke: voorkamerfibrillatie, myocardinfarct, kleplijden ...) met adequate diagnostiek (transhoracale en transoesophagale echocardiogram, eventueel cardio-NMR)
- Binnen het netwerk worden afspraken gemaakt aangaande neurochirurgische ondersteuning (binnen de twee uur) of doorverwijzing.
- Er kan beroep gedaan worden op vasculair chirurgen en op revalidatie-artsen.
- Continuïteit diagnostiek klinisch lab.
- De stroke-unit S1 (acute stroke monitoring unit) – eerste (meestal) 48 u behandeling/monitoring (of langer indien de patiënt niet stabiel is).

Een stroke unit wordt door de Brain Attack Coalition vereenvoudigend getypeerd als een toegewezen groep bedden, een toegewezen staf en geschreven protocollen, voor de acute zorg voor stroke patiënten ¹¹

ESO definieert in zijn guidelines van 2008¹² de stroke unit als volgt:

“ a discrete area of a hospital ward that exclusively or nearly exclusively takes care of stroke patients and is staffed by a specialist multidisciplinary team. The core disciplines of the team are stroke medicine, nursing, physiotherapy, occupational therapy, speech and language therapy and social work. The multidisciplinary team should work in a coordinated way through regular meetings to plan patient care. Programmes of regular staff education and training should be provided. The typical components ... : medical assessment and diagnosis and early assessment of nursing and therapy needs; early management, consisting of early mobilization, prevention of complications, and treatment of hypoxia, hyperglycaemia, pyrexia and dehydration; ongoing rehabilitation, involving coordinated multidisciplinary team care and early assessment of needs after discharge.”

¹⁰ De problematiek van vertegenwoordiging, leiding, beslissingname en eventuele afdwingbaarheid van beslissingen binnen een netwerk, is een bredere problematiek voor de sector waar al dan niet overheidsregulering kan aangewezen zijn.

¹¹ Alberts M. et al. Revised and updated recommendations for the establishment of primary stroke centers: a summary statement from the Brain attack coalition. Stroke, 2011; 42: 2651-2665.

¹² ESO werkt momenteel aan een project om eenheden voor beroertezorg te accrediteren/certifiëren.

De Belgian Stroke Council hanteerde in 2009 volgende definitie: “ a geographic location within the hospital designated for stroke and stroke-like patients staffed by a multidisciplinary team (medical, nursing, physiotherapy plus occupational and speech or language therapists, case manager or discharge planner or social worker) with a special interest and expertise in stroke care”.

De werkgroep van de Nationale Raad wil deze gelijklopende richtlijnen volgen:

- De monitoring stroke unit moet een in het ziekenhuis toewijsbare entiteit zijn, onder leiding van een arts-neuroloog, type midcare. Er worden prioritair C.V.A.-patiënten opgenomen, tenzij bij uitzonderlijke omstandigheden en overmacht.

- Er wordt een specifiek en regelmatig gevormde en ervaren multidisciplinaire equipe ingezet: medisch (cf supra), verpleegkundig, kinesitherapie (snelle mobilisatie), ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werkers, psychologen. Er worden wekelijkse multidisciplinaire stafvergaderingen gehouden.

Qua verpleegkundige bestaffing moet voor het voorzien van een vroegdienst, een dagdienst, een avonddienst en een nachtdienst – en uitgaande van vier bedden - gerekend worden op 7 à 8 voltijds equivalenten (naargelang het al dan niet voorzien van een dagdienst, cf de zware verzorging van CVA patiënten).¹³ De equipe wordt regelmatig bijgeschoold.

- Deze specifieke inzet vereist een minimum capaciteit van vier bedden.

- De stroke unit beschikt over geautoriseerde, geactualiseerde procedures voor diagnostische, therapeutische processen, monitoring, revalidatie, ontslagbeleid en voor de geïntegreerde werking van het multidisciplinair team. Er bestaat een adequaat kwaliteitsbeleid met registraties, proces en outcome-metingen en opvolging van kwaliteitsindicatoren¹⁴. Er wordt meegewerkt aan benchmarking en certificatie/accreditatie indien dit door de overheid georganiseerd wordt. De meest relevante kwaliteitsindicatoren uit de literatuur, worden bijgehouden in samenwerking met het netwerk.

Daarnaast zal een S1 ziekenhuis over een specifieke en toewijsbare multidisciplinaire “non-monitoring” stroke unit of “post-acute stroke unit” beschikken, voor de verdere behandeling volgende op de eerste acute interventiefase (meestal 48 uur). De werkgroep onderstreept het belang van deze fase voor de prognose van de patiënt (verminderen complicaties). De klassieke bestaffing op verpleegeenheden neurologie of geriatrie, volstaat voor deze activiteit. Er moet een wekelijkse multidisciplinaire vergadering plaatsvinden waar de verpleegkundige zorg, de aanpak van slikproblemen, de revalidatie (waarvoor de nodige faciliteiten beschikbaar zijn) en de ontslagplanning behandeld worden. Er wordt gezorgd voor een passende continue vorming van de medewerkers.

¹³ In de USA bedraagt de gehanteerde nurse-to-patient ratio 1:3., zie voetnoot 7.

¹⁴ Zie rapport Federaal Kenniscentrum voor gezondheidszorg “les unités neurovasculaires: efficacité, indicateurs de qualité et organisation”

De derde fase van behandeling slaat op de langere termijn revalidatie (grotendeels ambulante). Binnen de Nationale Raad functioneren hier specifieke werkgroepen.

Er bestaan binnen het netwerk protocollen voor terugverwijzing voor de post-acute fase van patiënten die voor de acute fase verwezen werden vanuit een ander ziekenhuis.

IV. **Zorgprogramma S2 stroke centers (comprehensive stroke centers¹⁵)**

Binnen het netwerk moet minstens één S2 stroke center opgenomen zijn, als sterk gespecialiseerde centra met expertise voor bepaalde technieken.

- Neurochirurgie moet op de vestigingsplaats uitgebouwd zijn (voor ondermeer craniectomie, clipping ...) en voorzien in de nodige continuïteit door de aanwezigheid van een vaste staf neurochirurgen.
- In S2 centra is de toepassing van endovasculaire technieken continu beschikbaar zoals endovasculaire thrombolyse/thrombectomie, coiling en stenting.
- De beeldvorming in een S2 centrum voldoet aan de recentste wetenschappelijke vereisten voor het specifiek interventie-aanbod.

Er gebeurt een afdoende kwaliteitsregistratie, die eveneens transparant besproken en opgevolgd wordt binnen het netwerk en tussen S2 centra. Omwille van kwaliteitsoverwegingen, moeten het neurochirurgisch aanbod voor zwaardere ingrepen en de endovasculaire technieken gebeuren in een beperkt aantal centra. Voldoende volumes zijn nodig voor de expertise van de equipes.

Uiteraard moeten de S2 centra, ook voldoen aan alle vereisten voor de S1 centra.

¹⁵ Alberts M et al. Recommendations for comprehensive stroke centers: a consensus statement from the Brain Attack coalition, Stroke 2005, 36: 1597-1616.

V. HET STROKE NETWERK (zorgcircuit)

Time is muscle, time is brain.

De werkgroep pleit ervoor het netwerk – waaraan elk ziekenhuis van een regio kan en moet participeren – te doen erkennen. Het netwerk heeft een coördinerende rol en evalueert de verschillende protocollen (zorgpad, procedures, protocollen, kwaliteitshandboeken), registraties en kwaliteitsmetingen, waardoor ook bijgestuurd kan worden. We legden hierboven de nadruk op de samenwerking met de dringende medische hulpverlening en de Provinciaal geneeskundige commissies. Het netwerk heeft ook een teaching functie waarbij de deelnemers-ziekenhuizen een complementaire rol spelen. Binnen het netwerk moet immers minstens één S2 en minstens één S1 centrum voorzien zijn.

Het belang van de huisarts, wordt bevestigd door de deelname van huisartsenkringen aan de werking van het netwerk.

Het recente K.B. 12 juni 2012 aangaande het netwerk cardiale pathologie (stemi-networks) kan als inspiratie dienen voor een reglementering van een stroke netwerk.

- het netwerk is gericht op het aanbieden van zorgcircuits binnen een bepaald gebied, in het kader van een instellingoverschrijdend juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst.
- Het stroke netwerk biedt minstens een zorgcircuit voor patiënten met stroke (met inbegrip van transient ischemic attacks) dat bestaat uit volgende modaliteiten:
 - *juiste verwijzing door de arts van de mobiele urgentiegroep naar een ziekenhuis met een S1 of S2.
 - * opvang van een patiënt die gehospitaliseerd is of zelf toekomt op de spoedgevallendienst van een ziekenhuis zonder S1 of S2: hierboven werd voorgesteld deze situaties te regelen en met kwaliteitsmetingen en follow-up binnen het netwerk
 - * terugverwijzing vanuit de acute (monitoring) stroke unit naar het verwijzend ziekenhuis
- De zorgaanbieders en zorginstellingen waarvan minstens één deel moet uitmaken van het netwerk: ziekenhuizen zonder specifieke erkenning, ziekenhuizen met een S1 erkenning en ziekenhuizen met een S2 erkenning. De werkgroep pleit ervoor dat elk ziekenhuis moet (verplichting tot maar ook mogelijkheid tot) deel uitmaken van een netwerk. De zorgaanbieders dienen zich te bevinden in het gebied dat door het netwerk wordt bestreken. Elke zorgaanbieder mag deel uitmaken van meerdere netwerken.
De huisartsenkringen maken ook deel van het netwerk.
- Er wordt binnen het netwerk een coördinator aangeduid.
- Het overlegorgaan van het netwerk, waakt over de uitvoering van de instellingoverschrijdende overeenkomst; neemt initiatieven met het oog op het verbeteren van de kwaliteit met inbegrip van de regeling rond verwijzingen en terugverwijzingen; uitwerken van modaliteiten van gezamenlijke procesbewaking en kwaliteitsopvolging van verwezen en terugverwezen patiënten; afspraken maken omtrent nazorg en secundaire preventie; overleg met andere zorgaanbieders, ondersteuning van deelnemers bij het uitwerken van kwaliteitsprocessen; afspraken maken rond het financieel ten laste nemen van transportkosten ten gevolge van de verwijzingen (en afspraken rond de financiering van de kosten van het netwerk); registratie van gegevens met betrekking tot structuur, proces en resultaat van de zorg.
