



Kwaliteitsregistratie (DPPA) **Pijn- en Palliatieve geneeskunde**

Rapportage 2024

DICA Life
saving
data



NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
ANESTHESIOLOGIE

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| 1. Inleiding | 3 |
| 2. De DPPA-registratie | 4 |
| 2.1 Doel en analyse | 4 |
| 2.2 Diagnoses 2024 | 5 |
| 2.3 Patient-Reported Outcome Measures | 6 |
| 2.4 Inzichten PROMs Baseline | 7 |
| 3. Deelnemende ziekenhuizen | 13 |
| 4. Ontwikkelingen DPPA-registratie 2026 | 14 |
| 5. Dataverkeer, dataveiligheid en deelname | 15 |
| Bijlage 1 | 17 |

1. Inleiding

Voor je ligt het tweede jaarrapport van de Pijn- en Palliatieve Kwaliteitsregistratie (DPPA). In 2024 is er iets opvallends gebeurd: steeds meer pijncentra sloten zich aan (van 34 naar 55) en het aantal patiëntrecords schoot omhoog. Daardoor zien we nu veel duidelijker wat er elke dag in de spreekkamers, behandelkamers en multidisciplinaire overleggen gebeurt. Het maakt zichtbaar wat eerder onzichtbaar bleef.

Die groei geeft ons een krachtige registratie. De DPPA wordt stap voor stap de spiegel waar de hele pijnzorg in Nederland in kan kijken: waar het goed gaat, waar ontstaan verschillen en waar kunnen we patiënten nog beter helpen. Juist in een veld waar nieuwe behandelvormen snel opkomen en waar we soms vragen stellen over doelmatigheid, is heldere data onmisbaar. Zonder inzicht wordt goede zorg kwetsbaar.

In dit rapport laten we de belangrijkste ontwikkelingen van 2024 zien, zowel de sterke punten als de plekken waar verbetering nodig is. Voor de patiënt, voor het vak en voor de toekomstbestendigheid van de zorg.

De komende jaren zetten we daar nog een stap bij. Richting 2026 breiden we de registratie uit met proces- en structuurdata. Daarmee ontstaat een nog completer beeld van de pijnzorgketen: van eerste intake tot langetermijnresultaten. Dat geeft ons steeds beter zicht op welke keuzes écht werken. Welke behandelingen lijdensdruk verlagen en welke functioneren verbeteren.

Tot slot: dit alles kan alleen bestaan dankzij de mensen die elke dag het werk doen. De pijnspecialisten, verpleegkundigen en andere betrokkenen die registreren en verbeteren. Hun inzet maakt het verschil. Dankzij hen groeit de DPPA uit tot een stevig fundament onder de beste zorg voor patiënten met chronische pijn.

2. De DPPA-registratie

2.1 Doel en analyse

De DPPA richt zich op het ontwikkelen van een landelijk dekkende kwaliteitsregistratie van alle patiënten die poliklinisch, zowel curatief als palliatief, worden behandeld binnen de pijngeneeskunde. De registratie omvat alle aandoeningen die door het Bestuur van de sectie Pijn en Palliatieve Geneeskunde en de CAB als relevant worden beschouwd en dekt vrijwel de volledige lijst van diagnosecodes binnen het vakgebied van de pijnspecialist. Voor een overzicht van alle diagnoses, zie bijlage 1.

Momenteel verzamelt de DPPA uitsluitend PROMs-data (Patient Reported Outcome Measures) bij deze aandoeningen. Deze gegevens zijn van grote waarde, omdat ze inzicht geven in zowel de ervaringen en behandelresultaten van patiënten als in het biopsychosociale profiel bij aanvang van de behandeling. De data-analyse, welke u hieronder verder in het document ziet, is uitgevoerd in samenwerking met de NVA en DICA. De gepresenteerde resultaten zijn niet herleidbaar tot individuele pijnbehandelcentra.

Het jaarrapport van 2023 liet zien dat er destijds een totale patiëntenpopulatie van $n=64.138$ was. Tabel 1 laat zien dat dit aantal in 2024 sterk is gegroeid: de DPPA omvat inmiddels $n=128.421$ patiënten. Dit komt doordat meer pijnbehandelcentra zijn gaan deelnemen (zie hoofdstuk 3) en daarnaast veel retrospectieve data is aangeleverd. De gemiddelde leeftijd van de patiënten in 2024 is 61 jaar en het merendeel is vrouw (59,8%). De gemiddelde pijnscore voorafgaand aan het eerste polibezoek bedraagt 7,1, vrijwel gelijk aan eerdere jaren (op een schaal van 0 tot 10, waarbij een hogere score meer pijn weerspiegelt).

| | 2024 | Totaal aantal patiënten binnen de DPPA |
|---|-----------------|--|
| Totaal aantal patiënten | 31.211 | 128.421 |
| Aantal mannen (%) | 12.538 (40.2 %) | 51.138 (39.8 %) |
| Aantal vrouwen (%) | 18.649 (59.8 %) | 77.242 (60.2 %) |
| Onbekend/Ongedefinieerd | 4 (0.001%) | 13 (0.001%) |
| Gemiddelde leeftijd (SD) | 61.4 (15.9) | 63.2 (15.6) |
| Gemiddelde pijnscore voorafgaand aan het eerste polibezoek (SD) | 7.1 (1.7) | 7.0 (1.9) |

Tabel 1
Patiëntkenmerken waarvan PROMs-records zijn aangeleverd

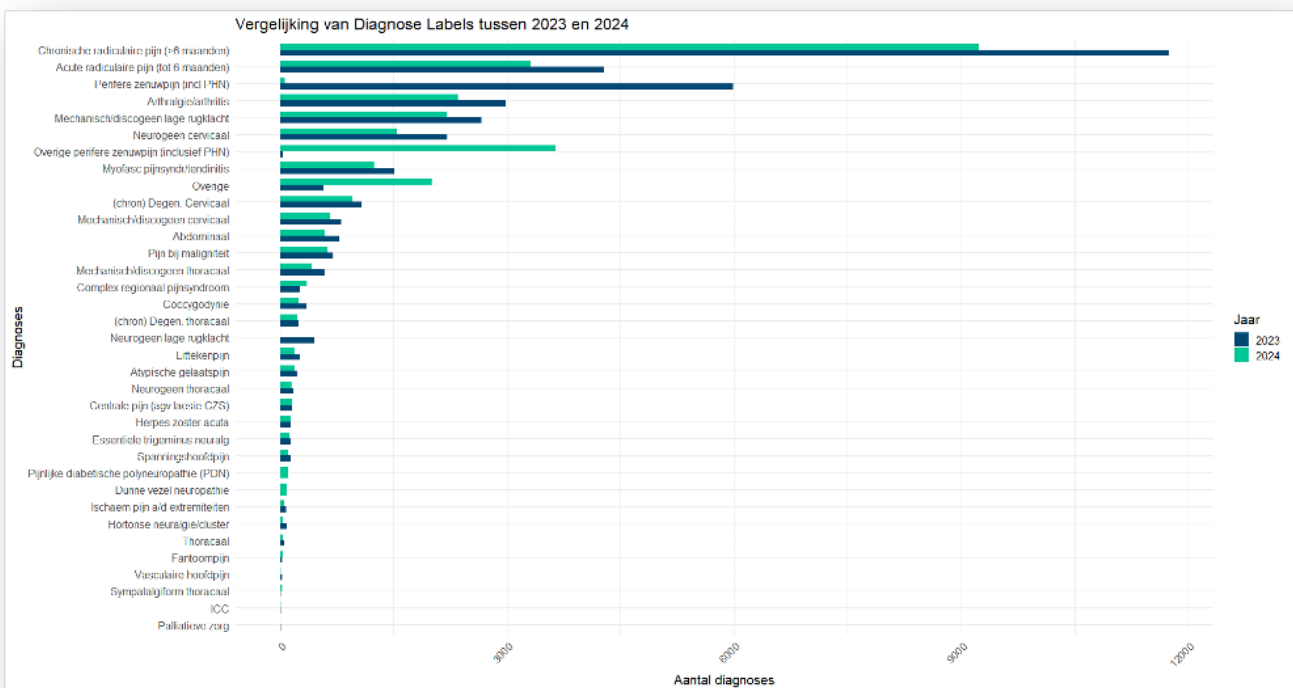
2.2 Diagnoses 2024

Figuur 1 geeft een overzicht van alle ziektebeelden die in 2024 binnen de DPPA zijn geregistreerd, en vergeleken met 2023. Het grootste deel van de diagnoses laat een stabiel beeld zien ten opzichte van het voorgaande jaar, maar er zijn enkele opvallende verschuivingen. De meest voorkomende diagnose in 2024 is opnieuw chronische radiculaire pijn (> 6 maanden). Het totale percentage van deze diagnose blijft hoog, wel zien we een afname ten opzichte van 2023. Daarnaast zien we dat acute radiculaire pijn (tot 6 maanden) tot meest geregistreerde diagnoses behoren.

Wat opvalt is de verschuiving binnen de registraties van zenuwpijn. Waar in 2023 de diagnose “perifere zenuwpijn (inclusief PHN)” nog veel werd geregistreerd, komt deze categorie in 2024 nauwelijks meer voor. Dit wordt verklaard doordat de oorspronkelijke code (130) sinds 1 januari 2024 niet meer beschikbaar is. De diagnose is opgesplitst in drie aparte categorieën: pijnlijke diabetische polyneuropathie (131), dunne vezel neuropathie (132) en overige perifere zenuwpijn (inclusief PHN) (133).

Figuur 1

Totale Percentuele Verdeling van Diagnoses tussen 2023 en 2024 (in %)



2.3 Patient-Reported Outcome Measures

De DPPA-dataset omvat tot op heden een verzameling PROMs-vragenlijsten. De DPPA streeft ernaar de komende jaren deze PROMs-data steeds meer te benutten voor kwaliteitsverbetering, het vaststellen van indicatoren en mogelijk ook voor wetenschappelijk onderzoek. Het uiteindelijke doel is de zorg beter af te stemmen op de behoeften van patiënten en de beroepsgroep van pijnspecialisten verder te ondersteunen in het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

In hoofdstuk 2.4 presenteren we enkele opvallende resultaten vanuit de vragenlijsten die in 2024 zijn uitgevraagd op het moment van intake (baseline). De DPPA kent daarnaast twee follow-upmomenten: na vier maanden en na twaalf maanden. Op beide momenten wordt een verkorte, vijfledige vragenlijst uitgevraagd.

Waar in 2023 de responspercentages op de follow-upmomenten nog zeer laag waren, zien we in 2024 een verbetering qua aanleveringen. Meetmoment 2 (vier maanden na intake) bevat inmiddels 54.148 records. Meetmoment 3 (twaalf maanden na intake) omvat 4.338 records. Deze groei laat zien dat steeds meer pijnbehandelcentra erin slagen follow-upgegevens structureel aan te leveren.

Het voorliggende jaarrapport heeft nadrukkelijk een beschrijvend karakter. Inmiddels bestaat er een substantieel aantal follow-upmetingen na 4 en 12 maanden. Deze gegevens zijn in deze rapportage nog niet gebruikt voor een inhoudelijke analyse van het effect van behandelingen. De DPPA wil vanaf komend jaar een start maken met het analyseren en rapporteren van uitkomsten op deze follow-upmomenten. De data moeten dit qua volledigheid en kwaliteit wel toelaten. Daarmee zal toegewerkt worden naar meer inzicht in de behandelresultaten over de tijd en het ondersteunt de kwaliteitsverbetering binnen de pijn- en palliatieve zorg.

Om het aanleverproces van data verder te ondersteunen heeft het DPPA-bestuur ervoor gekozen de termijn van aanlevering te verruimen. Vanaf 2026 krijgen pijnbehandelcentra meer ruimte om patiëntuitkomsten binnen het behandeltraject te registreren en aan te leveren, namelijk:

- Baseline-meting blijft als vanouds rond de intake
- Follow-up 2: tussen de zes weken en zes maanden na intake
- Follow-up 3: tussen zes en twaalf maanden na intake

2.4 Inzichten PROMs Baseline

Disclaimer

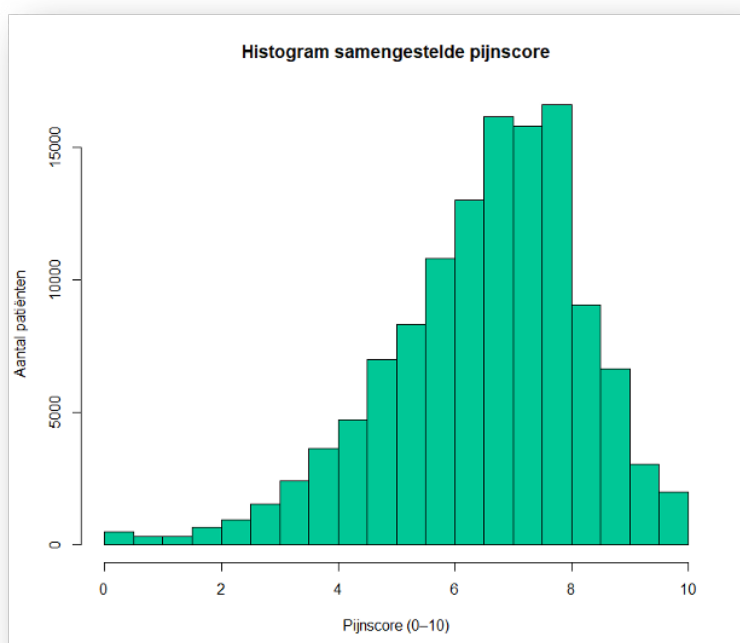
Het is belangrijk om op te merken dat in alle onderstaande analyses geen stratificatie heeft plaatsgevonden op basis van bijvoorbeeld specifieke ziektebeelden of patiëntengroepen. Hierdoor moeten deze uitkomsten en de bijbehorende context met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Gezien de grote diversiteit aan ziektebeelden binnen deze registratie, is verder verdiepend onderzoek en klinische evaluatie nodig om tot gerichtere bevindingen te komen.

BPI-pijnscores (Brief Pain) Inventory

De Brief Pain Inventory (BPI) meet de ervaren pijnintensiteit aan de hand van vier afzonderlijke vragen over pijn, die elk worden gescoord op een numerieke schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ergst denkbare pijn). Deze vier items (ergste pijn, minste pijn, gemiddelde pijn en huidige pijn) worden samengevoegd tot één samengestelde BPI Severity score, berekend als het gemiddelde van deze vier scores. In 2024 bedroeg de gemiddelde samengestelde BPI Severity score voorafgaand aan het eerste polibezoek 6,6 (SD 1,7), wat duidt op een gemiddeld matig tot ernstig pijnniveau bij aanvang van de behandeling (zie figuur 2).

Figuur 2

Histogram van de samengestelde BPI Severity score voorafgaand aan het eerste polibezoek (aantallen patiënten).



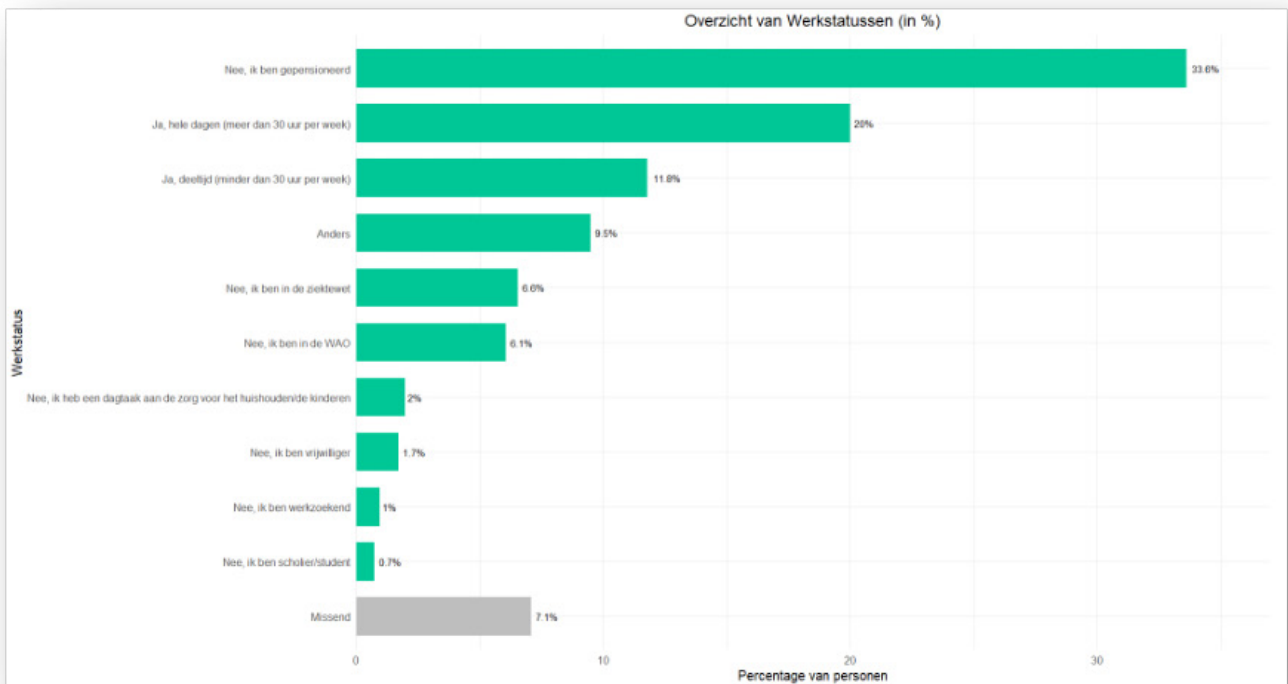
Vragenlijst "Algemeen"

Deze vragenlijst (figuur 3) bevat meerdere vragen en richt zich op medische en sociodemografische aspecten, zoals de locatie van de pijnklachten, het opleidingsniveau en de werksituatie van de patiënt. Hieronder lichten wij de werkstatus uit.

In 2024 is 20 procent van de patiënten voltijds werkzaam (meer dan 30 uur per week) en 11,9 procent deeltijd werkzaam (minder dan 30 uur). Daarmee is in totaal ruim 31 procent van de populatie actief op de arbeidsmarkt. Het aandeel gepensioneerden bedraagt 33,6 procent, iets lager dan in 2023 (34,4 procent). Verder zit 6,0 procent van de patiënten in de ziektewet en 6,1 procent in de WAO. Kleine groepen zijn actief in zorg voor kinderen, vrijwilligerswerk, opleiding of werkzoekend (samen 5,4 procent). Bij 7,1 procent is de werkstatus onbekend.

Figuur 3

Percentage Werk statussen (% in personen)



Multidimensionaal perspectief

De SF-12, HADS en PCS geven samen een beeld van de impact van chronische pijn. Ze meten zowel fysieke als mentale aspecten van gezondheid en maken het mogelijk de wisselwerking tussen lichamelijke, psychische en sociale gevolgen in kaart te brengen. Dit helpt om de patiënt als geheel beter te begrijpen en de zorg nauwkeuriger af te stemmen op individuele behoeften.

Disclaimer: Het interpreteren van PROM-scores moet altijd gebeuren binnen de context van de specifieke populatie (met oog voor variatie in gezondheidsvaardigheden en geletterdheid) en aanvullende klinische gegevens. Elke vragenlijst dient bovendien gevalideerd te zijn voor gebruik binnen de Nederlandse populatie. Gezien de diversiteit aan diagnoses in de DPPA is dit verslag beperkt tot een beschrijvend overzicht; diepgaandere analyses zijn meer geschikt binnen een wetenschappelijke onderzoek-setting.

"SF-12v2"

De SF-12 is een verkorte versie van de SF-36 en meet de algemene gezondheidstoestand van patiënten, met vragen die zowel de fysieke als de mentale gezondheid belichten. In 2024 zijn in totaal 31.211 PROMs-records geregistreerd, waarvan 27.651 (88,6%) volledig zijn ingevuld. Voor deze groep konden zowel de fysieke component (PCS) als de mentale component (MCS) worden berekend. De gemiddelde PCS bedroeg 29,0 (SD 10,5) en de gemiddelde MCS 43,7 (SD 13,8). Dit wijst op een relatief lage ervaren fysieke gezondheid en een iets hogere, maar nog steeds beperkte, mentale gezondheidstoestand bij aanvang van de behandeling.

HADS (Hospital Anxiety and Depression) Scale

De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is een vragenlijst met 14 items, bedoeld om symptomen van angst en depressie binnen een medische context in kaart te brengen. In 2024 werden in totaal 31.211 PROMs-records geregistreerd, waarvan 28.926 (92,7%) volledig zijn ingevuld. De gemiddelde score voor angst bedroeg 7,2 (SD 4,3) en voor depressie 7,2 (SD 4,6). Deze waarden kunnen erop wijzen dat patiënten bij aanvang van hun behandeling symptomen waaronder angst en depressie kunnen ervaren. Dit kan tot uiting komen in somberheid, verlies van interesse en verminderd plezier in (dagelijkse) activiteiten. Dergelijke symptomen benadrukken het belang van aandacht voor psychologische ondersteuning naast de medische behandeling.

Pain Catastrophizing Scale (PCS)

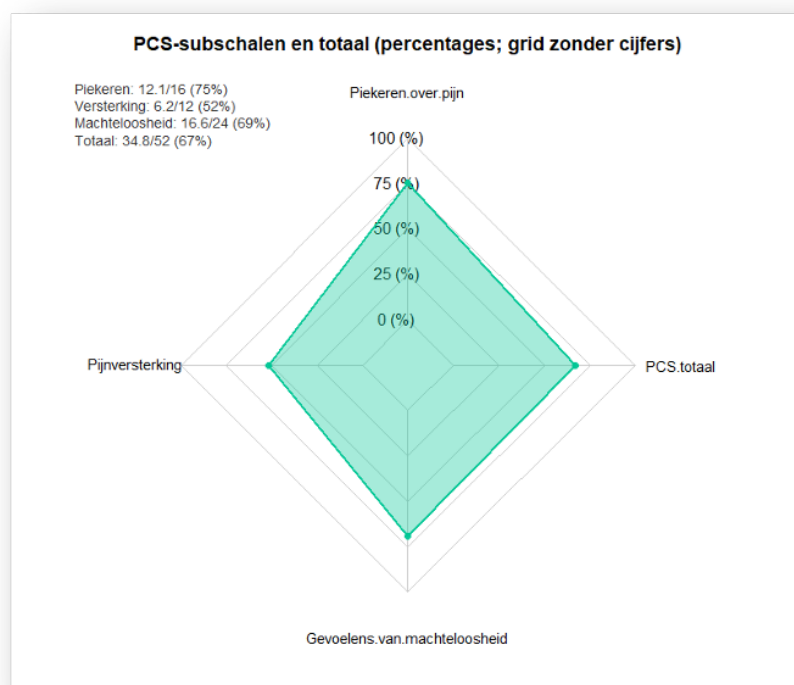
De PCS meet in welke mate patiënten hun pijn als overweldigend of onbeheersbaar ervaren. Een hogere score wijst op meer psychologische belasting en minder effectieve coping. De vragenlijst bestaat uit drie subschalen: piekeren over pijn, pijnversterking en gevoelens van machteloosheid.

In 2024 werden 31.211 PROMs-records geregistreerd, waarvan 30.645 (98,2%) volledig zijn ingevuld. De gemiddelde score voor piekeren bedroeg 12,1 (SD 3,2), voor pijnversterking 6,2 (SD 2,6) en voor machteloosheid 16,6 (SD 5,0). Over alle diagnoses heen resulteerde dit in een gemiddelde totale PCS-score van 34,8 gemiddeld.

Deze resultaten laten zien dat gevoelens van machteloosheid en piekeren over pijn het meest prominent aanwezig zijn binnen de gehele DPPA. De radarchart (figuur 4) laat dit profiel visueel nog duidelijk weergeven. Een grotere spreiding in de scores benadrukt de invloed van negatieve gedachten en emoties rond pijn, die een belangrijke rol spelen kunnen spelen in de ervaren ziektelast.

Figuur 4

PCS Scores Radarchart (Gemiddelde Subscores)



BPI (Brief Pain Inventory)

Deze vragenlijst beoordeelt zowel de ernst van de pijn als de impact ervan op het dagelijks functioneren en categoriseert daarbij zeven elementen: pijnintensiteit, algemeen activiteitsniveau, stemming, mobiliteit, werk, interpersoonlijke relaties en slaap. Elk element wordt gescoord op een schaal van 0 (geen invloed) tot 10 (volledige belemmering).

In 2024 zijn er 31.211 PROMS-records aangeleverd en waren 30.214 (96,8%) volledig ingevuld. Binnen de afzonderlijke domeinen belichten we dit jaar het domein “algemene activiteit”, met een gemiddelde score van 6,1. Deze score wijst erop dat pijn de mobiliteit beperkt en dat dit merkbaar doorwerkt in werk, sociale activiteiten en het dagelijks leven.

OLBPDQ (Oswestry Low Back Pain Disability)

De OLBPDQ brengt in kaart in welke mate lage rugklachten het dagelijks functioneren beperken. In 2024 zijn 13.739 PROMS-records verzameld, waarvan 11.247 (81,9%) volledig zijn ingevuld. De gemiddelde score bedroeg 46,7 (SD 17,5). Dit wijst op een aanzienlijke mate van beperking bij patiënten met lage rugklachten. De vragenlijst is uitsluitend afgenomen bij patiënten die hebben aangegeven pijn onder in de rug te ervaren, al dan niet met uitstraling naar één of beide benen.

NDI (Neck Disability Index)

De NDI geeft weer in welke mate nekkklachten het dagelijks functioneren beperken. In 2024 zijn 4.824 PROMS-records verzameld, daarvan waren er 4.029 volledig ingevuld (83,5%). De gemiddelde score kwam uit op 44,7 (SD 17,3). Wat laat zien dat nekkklachten voor veel patiënten een duidelijke invloed hebben op het dagelijks leven. De vragenlijst wordt alleen uitgevraagd bij patiënten die aangeven pijn in de nek, schouders of het bovenste deel van de rug te hebben, met of zonder uitstraling naar één of beide armen.

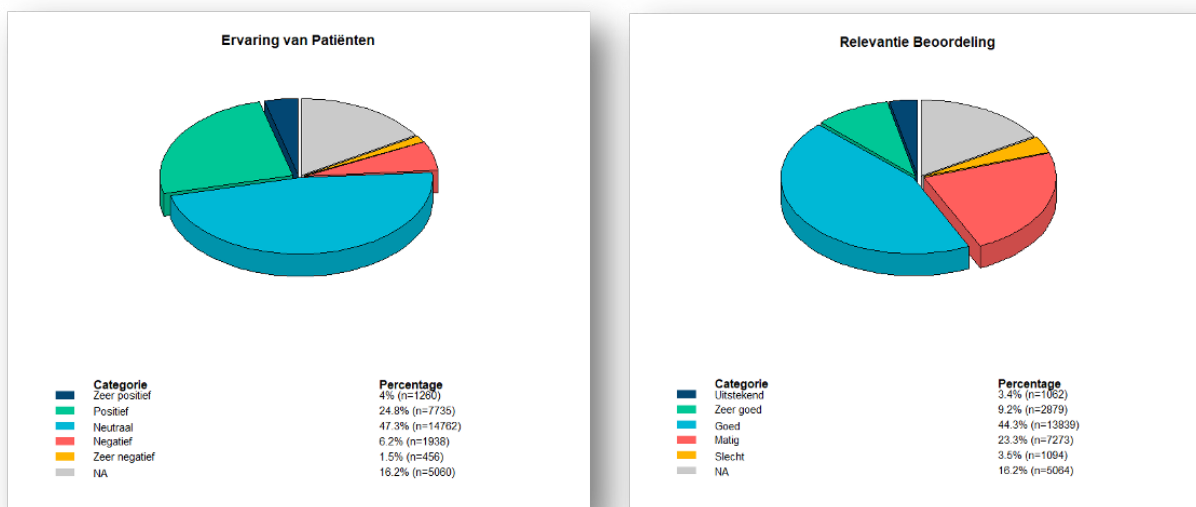
Vragenlijst m.b.t. "Ervaringen"

Patiënten worden ook gevraagd hun ervaringen te delen over het invullen van de vragenlijsten, waaronder hoe zij dit hebben ervaren en de relevantie ervan voor hun diagnose en behandeling. Dit is weergegeven in Figuur 5.

- **Ervaring van patiënten:** op basis van 26.151 volledig ingevulde PROMs-records, gaf 4% aan de vragenlijsten als zeer positief te hebben ervaren en 24,8% als positief. Het merendeel (47,3%) beoordeelde de ervaring als neutraal. Een kleiner deel rapporteerde een negatieve (6,4%) of zeer negatieve (1,5%) ervaring.
- **Beoordeling van de relevantie:** daarnaast vanuit 26.151 volledig ingevulde PROMs-records, gaf 3,4% aan de vragenlijsten als uitstekend te ervaren en 9,2 % goed. De grootste groep (44.3 %) vond de vragenlijsten goed aansluiten bij hun situatie. Tot slot gaf 23.3% aan de vragenlijsten matig te beoordelen en 3.5% als slecht.

Deze uitkomsten laten zien dat de meeste patiënten de vragenlijsten als neutraal tot positief ervaren, waarbij negatieve ervaringen procentueel beperkt blijven. De relevantie van de vragenlijsten wordt door het grootste deel van de patiënten als nuttig en passend beoordeeld. Aan de andere kant is er ook een groep patiënten die de inhoudelijke vormgeving van de vragenlijsten minder goed vindt aansluiten bij hun situatie, en mogelijk relevantere vragen gesteld dienen te worden. Het bestuur van de DPPA heeft als doelstelling om de komende jaren te onderzoeken in hoeverre deze beoordeling wordt beïnvloed door factoren zoals diagnose, behandeling, wachttijden of bijvoorbeeld de sociaal-economische status van de patiënt.

Figuur 5. Ervaringen van patiënten



4. Ontwikkelingen DPPA-registratie 2026

De doelstelling van de DPPA is om, naast inzicht in PROMs, ook zicht te krijgen op het klinische zorgpad binnen de pijngeneeskunde. In het jaarrapport van 2023 werd aangekondigd dat in 2025 voor drie ziektebeelden klinische data zou worden verzameld: CRPS, knie- en heupartrose en aangezichtspijn. In de praktijk is echter gebleken dat het inbouwen en integreren van deze ziektebeelden vooralsnog tot veel uitdagingen en registratielast leidt. Het uiteindelijke doel blijft om voor alle diagnoses (zie bijlage I) naast PROMs ook gerichte informatie uit het EPD op te nemen om de data verder te duiden.

Daarom is besloten om per 2026 te starten met het verzamelen van declaratiegegevens (DBC-data). Deze gegevens worden automatisch uit het EPD onttrokken, waardoor er voor u als pijnspecialist geen extra registratielast ontstaat. Met deze databron kunnen onder andere volumes (op diagnose-niveau), wachttijden, doorlooptijden, geleverde zorgproducten alsook bijvoorbeeld visitemomenten inzichtelijk worden gemaakt. In combinatie met PROMs uitkomsten ontstaat zo een vollediger en rijker beeld van de geleverde zorg binnen de pijngeneeskunde.

In het najaar van 2025 zullen wij, zowel vanuit DICA als vanuit de MRDM (de data-verwerker van de DPPA), uitgebreider informeren over de concrete uitwerking van dit DBC-integratie traject. Daarbij zullen wij onder andere ingaan op de technische inrichting, denk hierbij aan de methode van aanlevering, maar ook hoe deze data aan de pijncentra teruggekoppeld wordt.

5. Dataverkeer, dataveiligheid en deelname

In Figuur 7, hieronder weergegeven, ziet u het overzicht van DICA en de onderlinge relaties met betrekking tot het dataverkeer. DICA beheert momenteel 26 kwaliteitsregistraties, waarvan het merendeel een landelijke dekking van 100% heeft. Dit betekent dat uw zorginstelling waarschijnlijk al data aanlevert voor registraties zoals borst-, darm- of longkanker, beroertezorg, obesitas, of diabetes.

Voor elke individuele kwaliteitsregistratie is een ondertekende “**deelnameovereenkomst**” nodig tussen DICA en de Raad van Bestuur (RvB) van de zorginstelling. Levert jullie organisatie nog geen data aan? Meld je dan eenvoudig aan via deze link; <https://dica.nl/registratie/pijn-en-palliatieve-zorg-dppa/>

DICA werkt samen met MRDM om de veiligheid en kwaliteit van data te waarborgen, waarbij MRDM fungeert als datakluis. Data die jullie instelling aanlevert, wordt direct bij MRDM opgeslagen, niet bij DICA. Hiervoor is een “**verwerkersovereenkomst**” tussen jullie zorginstelling en MRDM vereist. DICA ontvangt enkel gepseudonimiseerde data via MRDM, waarbij persoonlijke gegevens zoals naam en postcode niet bekend zijn bij DICA. Tussen MRDM en DICA bestaat dan ook een “**deelnameovereenkomst**”.

Belangrijk om te weten: DICA verstrekt geen gegevens over praktijkvariatie zonder expliciete toestemming. Dit betekent dat zonder jullie goedkeuring de praktijknaam niet wordt gekoppeld aan de data. Op nationaal niveau blijven gegevens van jullie instelling volledig anoniem bij vergelijking.

Figuur 7: Dataverkeer



Er zijn vanuit het werkveld veel vragen over het delen van patiëntgegevens met kwaliteitsregistraties: wat is toegestaan en wat niet? Bovendien is het veld voortdurend in ontwikkeling en is door de Tweede Kamer een wet aangenomen die deelname aan kwaliteitsregistraties en het aanleveren van data verplicht stelt. Aangezien deze onderwerpen minder goed passen binnen een jaarrapport, verwijzen wij u graag naar de privacy-pagina op de website van DICA voor meer informatie: <https://dica.nl/privacy/>. Bij vragen kun je natuurlijk altijd contact opnemen met de privacy-officer van DICA.

Bijlage I

| Diagnosecodes | Ziektebeelden |
|---------------|---|
| 11 | Hortonse neuralgie/cluster |
| 12 | Spanningshoofdpijn |
| 14 | Essentiële trigeminus neuralg |
| 15 | Atypische gelaatspijn |
| 41 | Mechanisch/discogeen cervic |
| 42 | Neurogeen cervicaal |
| 44 | (chron) Degen. Cervicaal |
| 61 | Mechanisch/discogeen thoracaal |
| 62 | Neurogeen thoracaal |
| 64 | (chron) Degen. thoracaal |
| 71 | Mechanisch/discogeen lage rugklacht |
| 75 | Acute radiculare pijn (tot 6 maanden) |
| 76 | Chronische radiculare pijn (>6 maanden) |
| 90 | Coccygodynie |
| 100 | Pijn bij maligniteit |
| 110 | Ischaem pijn a/d extremiteiten |
| 120 | Centrale pijn (agv laesie CZS) |
| 130 | Perifere zenuwpijn (incl PHN) |
| 131 | Pijnlijke diabetische polyneuropathie (PDN) |
| 132 | Dunne vezel neuropathie |
| 133 | Overige perifere zenuwpijn (inclusief PHN) |
| 140 | Fantoompijn |
| 150 | Complex regionaal pijnsyndroom |
| 160 | Littekenpijn |
| 170 | Myofasc pijnsyndr/tendinitis |
| 180 | Herpes zoster acuta |
| 191 | Thoracaal |
| 192 | Abdominaal |
| 200 | Arthralgie/arthritis |
| 990 | Palliatieve zorg |
| 998 | ICC |
| 999 | Overige |

Kwaliteitsregistratie (DPPA) Pijn en Palliatieve geneeskunde

Rapportage 2024

Bestuur, registratie en analyses

Bestuur Sectie Pijn- en Palliatieve geneeskunde
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
Analyses door DICA

Leden van de Clinical Audit Board DPPA (bestuur):

Dhr. Dr. L. Elzinga (voorzitter)
Mw. Dr. M. Dirckx
Dhr. Dr. E.W. van den Bosch
Mw. Dr. G.T.M.L. Oei

DICA

Dhr. M.J.C. Nijeboer, MSc
Mw. Dr. J. Tiemensma

NVA

Mw. L. Gielen, MSc