



**Aanpassingen zorginhoudelijke indicatoren
Zichtbare Zorg Ziekenhuizen op basis van
uitvraag in 2011 over verslagjaar 2010**

Uitgevoerd door IQ healthcare en Significant, in opdracht van Zichtbare Zorg

December 2011

*Mirjam Harmsen, IQ healthcare
Mariëlle Ouwens, IQ healthcare
Maria Schipper, Significant*

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	5
2	METHODE	7
2.1	Op een rij zetten van beschikbare en/of te ontwikkelen indicatoren	7
2.2	Literatuursearch	7
2.3	Afstemming toe te voegen indicatoren met werkgroepleden	8
2.4	Verzamelen en verwerken van beschikbare informatie ten behoeve van onderhoud tranches 1 en 2	9
2.5	Verzamelen en verwerken van beschikbare informatie ten behoeve van revisie tranche 3	10
2.6	Openbare consultatieronde en afronding gidsen	10
3	RESULTATEN	12
3.1	Tranche 1	12
3.1.1	Blaascarcinoom	12
3.1.2	Mammacarcinoom	12
3.1.3	Cataract	13
3.1.4	Diabetes	14
3.1.5	Heupvervanging	14
3.1.6	Knievervanging	15
3.1.7	Liesbreukoperaties	16
3.1.8	Chirurgische behandeling lumbale hernia en stenose	17
3.1.9	Operatieve ingrepen bij stressincontinentie bij de vrouw	17
3.1.10	Varices	18
3.1.11	Ziekten van adenoid en tonsillen	19
3.2	Tranche 2	20
3.2.1	Beroerte	20
3.2.2	Colorectaal carcinoom	20
3.2.3	Constitutioneel eczeem	21
3.2.4	Cystic fibrosis	22
3.2.5	OSAS bij volwassenen	22
3.2.6	Reumatoïde artritis	23
3.2.7	Coeliakie	23
3.3	Tranche 3	23
3.3.1	Baarmoederhalsafwijkingen	23
3.3.2	Longcarcinoom	25
3.3.3	Maagcarcinoom	26
3.3.4	Melanoom van de huid	27
3.3.5	Maligne lymfoom: DLBCL	27
3.3.6	In opzet curatieve behandeling van prostaatcarcinoom	29
3.3.7	Benigne prostaat hyperplasie	30
3.3.8	Nierstenen	30
3.3.9	Carpaletunnelsyndroom	31
3.3.10	Meniscus en voorste kruisband	33
3.3.11	Migraine	33
3.3.12	Osteoporose	34
3.3.13	Chronische belemmering bloedstroom been	35

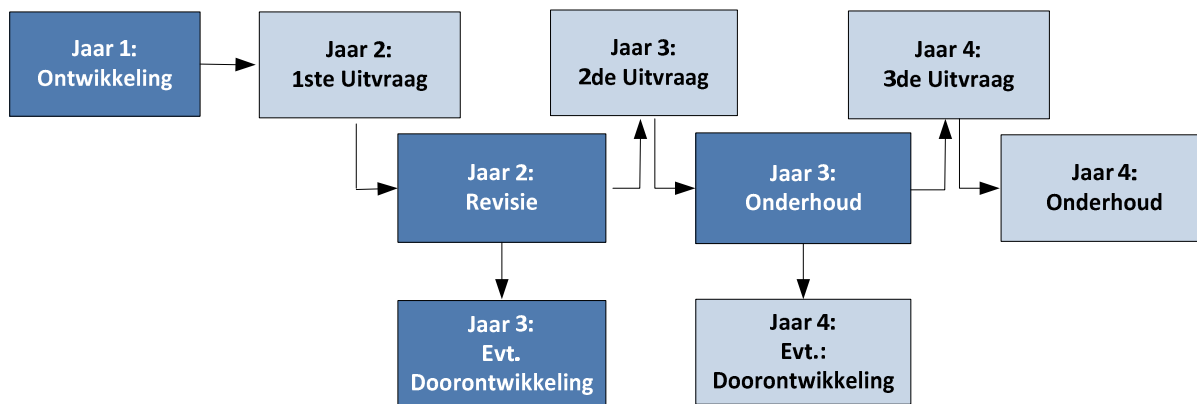
3.3.14	HIV/AIDS	35
3.3.15	Psoriasis	36
3.3.16	Dementie	36
4	CONCLUSIE	38
BIJLAGE 1	WERKZAAMHEDEN PER INDICATORENSET	39
BIJLAGE 2	NATIONALE EN INTERNATIONALE WEBSITES	43

1 Inleiding

Het zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg is noodzakelijk voor de werking van het nieuwe zorgstelsel. Om dit te kunnen realiseren heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het programma Zichtbare Zorg opgericht. Het programma ondersteunt en coördineert de ontwikkeling van betrouwbare indicatoren. Zichtbare Zorg Ziekenhuizen is het deelprogramma dat zich bezighoudt met het verkrijgen van kwaliteitsinformatie over medisch-specialistische zorg. In juni 2007 hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Consumentenbond (CB), de IGZ, de Nederlands Federatie Universitair medische centra (NFU), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de Orde van medisch specialisten (OMS), de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) samenwerkingsafspraken getekend en zich verenigd in de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.

De indicatorensets van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen bestaan grotendeels uit twee delen: de zorginhoudelijke indicatoren en de klantpreferentievragen. De zorginhoudelijke indicatoren worden ontwikkeld in samenspraak met de diverse stuurgroeppartijen en richten zich op de inhoudelijke kant van de zorg, zoals veelal weergegeven in richtlijnen. De klantpreferentievragen worden ontwikkeld in samenspraak met patiëntenvertegenwoordigers en richten zich op wat patiënten graag willen weten.

Indicatorensets zijn aan verandering onderhevig. Door nieuwe inzichten, maar ook door gebruik in ziekenhuizen, is het noodzakelijk om indicatorensets voortdurend kritisch te evalueren en indien nodig aan te passen. Figuur 1 laat zien dat iedere set zorginhoudelijke indicatoren een aantal stappen doorloopt. Het begint in het eerste jaar met de ontwikkeling van de set. Na de eerste uitvraag komt de set in de revisiefase, waarin de set nog kan worden gewijzigd naar aanleiding van de resultaten van de eerste uitvraag. Na de tweede en latere uitvragen zit de set in het onderhoud, waarin kleinere aanpassingen aan de set kunnen worden doorgevoerd. Een set kan ook in de doorontwikkeling komen, indien er aanzienlijke wijzigingen moeten worden doorgevoerd. In 2011 is voor tranches 1 en 2 onderhoud gepleegd naar aanleiding van de resultaten van de respectievelijk derde en tweede uitvraag en voor tranche 3 gold de revisiefase naar aanleiding van de eerste uitvraag.



Figuur 1: Flow ontwikkeling en onderhoud

Het onderhoud aan de klantpreferentievragen is uitgevoerd door de Consumentenbond en de NPCF in een separaat traject. Dit rapport focust op de zorginhoudelijke indicatoren.

In 2011 zijn 41 indicatorensets uitgevraagd over verslagjaar 2010. Tabel 1 geeft een overzicht van de indicatorensets met zorginhoudelijke indicatoren waaraan in 2011 onderhoud of revisie is gepleegd. Dit betreft 34 sets, aangezien vijf indicatorensets alleen klantpreferentievragen bevatten en twee indicatorensets door de stuurgroep zijn aangeduid om te laten vervallen waardoor geen onderhoud of revisie nodig was.

In dit rapport wordt nog gesproken over *tranches*, om aan te geven in welke fase van het onderhoud of de revisie de indicatorenset zit. Zichtbare Zorg Ziekenhuizen spreekt tegenwoordig echter van *wettelijk verplichte* en *niet wettelijk verplichte* indicatorensets. In het algemeen geldt dat de resultaten voor de sets in de revisiefase niet wettelijk verplicht zijn om aan te leveren door de ziekenhuizen.

Tabel 1: Overzicht indicatorensets in onderhoud (tranches 1 en 2) en revisie (tranche 3)

Tranche 1 (n=11)	Tranche 2 (n=7)	Tranche 3 (n=16)
<ul style="list-style-type: none"> • Blaascarcinoom • Mammacarcinoom • Cataract • Diabetes • Heupvervanging • Knievervanging • Liesbreukoperaties • Chirurgische behandeling lumbale hernia en stenose (voorheen Lumboacraal Radiculair Syndroom) • Operatieve ingrepen bij stressincontinentie bij de vrouw • Varices • Ziekten van adenoïd en tonsillen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beroerte • Colorectaal carcinoom • Constitutioneel eczeem • Cystic fibrosis • OSAS bij volwassenen • Reumatoïde artritis • Coeliakie 	<ul style="list-style-type: none"> • Baarmoederhalsafwijkingen • Longcarcinoom • Maagcarcinoom • Melanoom van de huid • Maligne lymfoom: DLBCL • In opzet curatieve behandeling van prostaatcarcinoom • Benigne prostaat hyperplasie • Nierstenen • Carpaletunnelsyndroom • Meniscus en voorste kruisband • Migraine • Osteoporose • Chronische belemmering bloedstroom been • HIV/AIDS • Psoriasis • Dementie

Doel van deze rapportage is het bieden van transparantie in de gevolgde methoden en doorgevoerde aanpassingen. De gevolgde methoden staan uitgelegd in hoofdstuk 2. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 per aandoening beschreven wat de doorgevoerde aanpassingen zijn, samengevat weergegeven in een wijzigingstabel. Hoofdstuk 4 sluit af met een korte samenvatting van de uitgevoerde activiteiten. In de bijlagen is meer informatie te vinden over de gevolgde stappen.

2 Methode

IQ healthcare en Significant hebben in opdracht van Zichtbare Zorg de dataverwerking, het onderhoud en de revisie uitgevoerd van de zorginhoudelijke indicatoren Zichtbare Zorg Ziekenhuizen 2011. IQ healthcare heeft zorg gedragen voor het onderhoud van de wettelijk verplichte indicatorensets en IQ healthcare en Significant hebben gezamenlijk aan de revisie van de niet wettelijk verplichte indicatorensets gewerkt. Daarbij is gebruik gemaakt van de oncologische expertise van het Integraal Kankercentrum Nederland (www.iknl.nl) en een registratie-expert van het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) heeft geholpen bij vragen over de registratie, zoals bijbehorende DBC-codes. De ontwikkeling van de praktijkvariatie-indicatoren is uitgevoerd door Plexus (www.plexus.nl).

Op basis van de resultaten van het onderhoud en de revisie worden aanpassingen gedaan die in principe, met name in het geval van onderhoud, niet veel extra registratielast voor ziekenhuizen met zich mogen meebrengen. De Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen heeft echter eind 2010 besloten een nieuwe koers te gaan varen,¹ waardoor aan sommige sets ook nieuwe indicatoren moesten worden toegevoegd. Een compleet overzicht van de uit te voeren werkzaamheden per indicatorenset is terug te vinden in bijlage 1. In hoofdstuk 3 is terug te lezen of alle nieuw voorgestelde indicatoren ook daadwerkelijk zijn toegevoegd.

De werkwijze die is gehanteerd voor het onderhoud en de revisie volgt het onderhoudsprotocol voor zorginhoudelijke indicatoren zoals ontwikkeld door de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.² De gevolgde stappen worden hieronder nader beschreven.

2.1 Op een rij zetten van beschikbare en/of te ontwikkelen indicatoren

Een belangrijk doel van de werkzaamheden in 2011 was voor (bijna) alle sets het samenvoegen van de set van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) met de Zichtbare Zorg-set en deze aanvullen met volume-, praktijkvariatie- en/of uitkomstindicatoren (zie bijlage 1). Het was in deze fase belangrijk per set een goed overzicht te hebben van alle indicatoren die er al waren en de verschillen ten opzichte van elkaar volledig in kaart te brengen. Het gaat hierbij om de indicatoren van:

- Zichtbare Zorg Indicatorgidsen 2010,
- ZN-indicatoren (ZN-uitvraag 2011),
- IGZ-indicatoren (Basisset IGZ en Veiligheidsindicatoren IGZ),
- Praktijkvariatie-indicatoren (ontwikkeld door Plexus).

De indicatoren die in de set zouden moeten komen zijn – voor zoverre ze dat nog niet waren – omgezet in de gebruikelijke Zichtbare Zorg factsheets. Daarbij is meteen gecontroleerd of de door ZN en Plexus gebruikte definities overeenkwamen met de door Zichtbare Zorg gehanteerde definities.

2.2 Literatuursearch

Voor (bijna) elke set indicatoren is ook een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd, waarin is gezocht naar recente (inter)nationale publicaties, richtlijnen en nieuwe inzichten voor de

¹ Consumentenbond, NPCF en ZN. *Zichtbare Zorg Ziekenhuizen: Nieuwe Koers. Meerjarenprogramma 2011-2015. Versie maart 2011 [Publiekversie, bewerkt door Zichtbare Zorg]*.

² *Stuurgroep Zichtbare Zorg. SG-23-05-1 Onderhoudsprotocol aandoenings specifieke indicatorensets (zorginhoudelijke indicatoren). Versie februari 2010.*

betreffende aandoeningen. Hiermee kunnen (nieuwe) inzichten in de behandeling van de aandoening worden achterhaald. Hiervoor zijn voor elke set indicatoren achtereenvolgens vier stappen doorlopen:

1. Google search naar nieuwe Nederlandse evidence-based richtlijnen;
2. Bezoeken van websites van nationale en internationale organisaties die kwaliteitsindicatoren ontwikkelen (zie bijlage 2);
3. Uitvoeren van een systematische PubMed search naar recente publicaties. De volgende (combinaties van) zoektermen zijn gebruikt in combinatie met de desbetreffende aandoening: indicator, kwaliteit/quality, richtlijn/guideline.

Er werd alleen gezocht over de jaren 2010-2011, aangezien voorgaande jaren in 2010 al zijn doorzocht, en in de databases waarin tijdens het onderhoud van 2010 ook daadwerkelijk informatie was gevonden.

Voor de toe te voegen volume-indicatoren was dit een belangrijke stap. Voor sommige aandoeningen/behandelingen is er een duidelijke relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. In de gevallen waarbij dat niet in de literatuur kon worden aangetoond, is dit duidelijk aangegeven in de factsheet. De werkgroepleden stond het vrij hier andere keuzes in te maken, als zij van mening waren dat er wel een relatie te verwachten viel.

2.3 Afstemming toe te voegen indicatoren met werkgroepleden

De nieuw aan de set toe te voegen indicatoren werden op verschillende manieren met werkgroepleden afgestemd. Tabel 2 geeft een overzicht van de sets waarvoor een werkgroepvergadering heeft plaatsgevonden in april/mei 2011. Deze vergaderingen betroffen, met uitzondering van Benigne prostaat hyperplasie, allen wettelijk verplichte indicatorensets. Over de overige sets is per e-mail en telefoon contact geweest met de werkgroepleden. De keuze om dit onderscheid te maken was grotendeels pragmatisch van aard: Het was logistiek en tijdtechnisch niet mogelijk om voor ruim 30 indicatorensets vergaderingen te plannen. De keuze voor wel of niet een vergadering had te maken met de complexiteit van de set; er werden geen vergaderingen gepland voor sets waaraan alleen een volume-indicator hoefde te worden toegevoegd.

Tijdens de vergadering werd getracht overeenstemming te krijgen over de inhoud van de nieuw toe te voegen indicatoren. Deze suggesties werden na de vergadering verwerkt en vervolgens verder grotendeels schriftelijk afgestemd met de werkgroepleden. In het geval van de tranche 3 sets was er in juni/juli 2011 ook nog een laatste mogelijkheid voor afstemming, tijdens de revisievergadering.

De werkgroepleden werden geworven door de partijen uit de Stuurgroep van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De Orde van Medisch Specialist leverde via de Wetenschappelijke Verenigingen de medisch specialisten, ZN leverde de medisch adviseurs en de NPCF leverde de patiëntvertegenwoordigers.

Tabel 2: Overzicht indicatorensets waarvoor werkgroepvergaderingen hebben plaatsgevonden in april/mei 2011

Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
<ul style="list-style-type: none">• Cataract• Diabetes• Heupvervangning• Knievervangning• Liesbreukoperaties• Chirurgische behandeling lumbale hernia en stenose (voorheen Lumboacraal Radiculair Syndroom)• Operatieve ingrepen bij stressincontinentie bij de vrouw• Varices	<ul style="list-style-type: none">• Beroerte• Colorectaal carcinoom• OSAS bij volwassenen	<ul style="list-style-type: none">• Benigne prostaat hyperplasie

2.4 Verzamelen en verwerken van beschikbare informatie ten behoeve van onderhoud tranches 1 en 2

Vanaf midden april 2011 is begonnen met de werkzaamheden in het kader van het onderhoud van tranches 1 en 2. In samenwerking met de projectorganisatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen is beschikbare informatie over de indicatorsets verzameld. Daarvoor zijn de volgende bronnen gebruikt:

- Helpdeskvragen: De helpdeskvragen zijn alle vragen die bij Zichtbare Zorg zijn binnengekomen over de betreffende set. Hierin zaten ook opmerkingen vanuit het Kennisforum (waarop ziekenhuizen onder andere onderling informatie kunnen uitwisselen);
- Documenten met betrekking tot oncologische aandoeningen: Er waren twee bestanden specifiek van toepassing op de oncologische aandoeningen, "Te verwachten problemen" en "Vergelijking indicatoren prostaatacarcinoom". Deze documenten zijn opgesteld door het IKNL;³
- Opmerkingen invoermodules voor ziekenhuizen: In dit document stonden de opmerkingen en knelpunten van ziekenhuizen die zij hebben aangegeven bij het aanleveren van de indicatoren;
- Verbeteringen die ZN zelf had opgemerkt naar aanleiding van hun eigen uitvraag over 2010 (gold niet voor alle sets).

Uit de verzamelde informatie dienden voorstellen voor aanpassingen van de indicatorenset te worden gehaald. Aandachtspunten hierbij waren:

- Checken van DBC-coderingen op juistheid, actualiteit, compleetheid, aan de hand van de helpdeskvragen en het forum;
- Checken van verrichtingencodes (en eventuele wijzigingen daarin door DBC Onderhoud) op juistheid, actualiteit, compleetheid;
- Herstellen van fouten in rekenregels en variabelen(tabellen);
- Aanpassen van in- en exclusiecriteria;
- Aanpassen van bronnen en zoveel mogelijk voorkeursbronnen noemen;

³ Te verwachten problemen met indicatoren ZIZo - Uitlevering 2011. Maaïke van der Aa namens projectteam ZIZo. 10 maart 2011. Vergelijking indicator positieverificatie prostaatacarcinoom Zichtbare Zorg, IGZ en NVRO. Maaïke van der Aa namens projectteam ZIZo. 10 maart 2011.

- Toevoegen van tekstuele achtergrondinformatie;
- Aanscherpen indicatordefinities (consistentie in naamgeving aandoeningen doorvoeren);
- Nagaan impact voortschrijdend inzicht op de indicatoren (recente publicaties, zoals richtlijnen).

De resultaten van bovenstaande zaken zijn beoordeeld op hun relevantie: Is het iets waardoor de set moet worden aangepast, of kan het 'ter informatie' worden beschouwd? Indien nodig werd voor de tranches 1 en 2 contact opgenomen met werkgroepleden, registratie-experts of Zichtbare Zorg voor extra informatie of overleg over mogelijke oplossingen. Alle relevante wijzigingen werden samengevat in de Wijzigingstabel in de indicatorenengids. Deze werd via schriftelijke rondes afgestemd met de werkgroepleden.

2.5 Verzamelen en verwerken van beschikbare informatie ten behoeve van revisie tranche 3

Voor de revisie van tranche 3 werden grotendeels dezelfde stappen doorlopen als voor het onderhoud van tranches 1 en 2 (zie §2.4). Als extra bron werden echter de kwantitatieve analyses over verslagjaar 2010 gebruikt, die door Significant waren uitgevoerd. Deze kwantitatieve analyse betrof een beoordeling van:

- De volledigheid van de aanlevering van gegevens van de indicatoren;
- De kwaliteit van de aangeleverde data en indicator(waarden) ten aanzien van inhoudsvaliditeit, registratiebetrouwbaarheid, statistisch betrouwbaar onderscheiden en populatievergelijkbaarheid. Daarvoor is de signaalvlaggensystematiek⁴ gebruikt;
- De indicatorwaarden (hoe scoren de ziekenhuizen op de indicatoren en zijn er sterk afwijkende scores).

Op de website van Zichtbare Zorg⁵ zijn de kwantitatieve analyses van de aandoeningen met een uitgebreide toelichting op de methodiek weergegeven.

De resultaten van de kwantitatieve rapportages van Significant en de bevindingen van IQ healthcare werden verwerkt in een gezamenlijk *Werkgroepdocument*, waarin ook al voorstellen voor verbetering werden gedaan. Dit document vormde de leidraad voor een vergadering met de werkgroepleden. Via e-mail en telefonisch contact werd vervolgens de laatste hand aan de indicatorenengidsen gelegd.

2.6 Openbare consultatieronde en afronding gidsen

De aangepaste indicatorenengidsen van alle tranches zijn schriftelijk ter consultatie voorgelegd aan de Stuurgroeppartijen. De meningen van de verschillende partijen werden door IQ healthcare verwerkt. Daar waar meningen tegenstrijdig aan elkaar waren, is dit kenbaar gemaakt in een box onder de betreffende factsheet ten behoeve van de Stuurgroepvergadering.

Over het deel waarover de Stuurgroep geen consensus kon bereiken heeft IQ healthcare, op verzoek van de door VWS ingestelde Commissie van Deskundigen, de indicatoren getoetst aan de hand van twee punten: de inhoudsvaliditeit van de indicator en de geschiktheid van de databron (onderdeel van de registratiebetrouwbaarheid). De inhoudsvaliditeit van een indicator refereert aan de mate waarin de indicator daadwerkelijk de kwaliteit van zorg meet die vanuit het Zichtbare

⁴ zie methodiek signaalvlaggen en leeswijzer signaalvlaggen ZiZo ziekenhuizen op <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Documenten>

⁵ <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Openbare-gegevens>

Zorg perspectief relevant wordt geacht. Deze wordt bepaald aan de hand van de mate van wetenschappelijke bewijs. De categorieën zijn als volgt opgebouwd:⁶

- A1: Gebaseerd op systematische reviews die in ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van de afzonderlijke onderzoeken consistent zijn;
- A2: Gebaseerd op gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang en consistentie;
- B: Gebaseerd op gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (=niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohort-onderzoek, cliëntcontrole-onderzoek);
- C: Gebaseerd op niet-vergelijkend onderzoek;
- D: Consensus van deskundigen.

Met registratiebetrouwbaarheid wordt gerefereerd aan het proces van meten, registreren en aanleveren van de voor de indicator benodigde gegevens. Een aspect van registratiebetrouwbaarheid is de geschiktheid van de databronnen. Voor deze rapportage zijn hiervoor vier categorieën van databronnen gehanteerd:

- I: De data voor het berekenen van de indicator zijn volledig digitaal te achterhalen aan de hand van DBC's of zorgverrichtingen;
- II: De data voor het berekenen van de indicator zijn deels digitaal te achterhalen, maar er dient ook statusonderzoek te worden uitgevoerd;
- III: De data voor het berekenen van de indicator zijn alleen volledig handmatig, dus aan de hand van statusonderzoek, te achterhalen;
- IV: De data voor het berekenen van de indicator worden niet digitaal of in de status vastgelegd. Er dient dus nog een registratie voor te worden opgezet.

Indien de mate van bewijskracht (validiteit) D was en/of de registratielast te hoog was (registratiebetrouwbaarheid IV) werd de indicator niet opgenomen in de gids. In tabel 3 staat dit grafisch weergegeven.

Tabel 3: Schematische weergave in- en exclusie indicatoren op basis van validiteit en registratiebetrouwbaarheid

	Validiteit A1, A2, B of C	Validiteit D
Registratiebetrouwbaarheid I, II of III	Inclusie	Exclusie
Registratiebetrouwbaarheid IV	Exclusie	Exclusie

⁶ Beersen N, Berg M, Koolman X. Zichtbare Zorg Indicatorstandaard. Methodologische criteria voor de ontwikkeling en evaluatie van zorginhoudelijke indicatoren. Versie 1.0, december 2010. Den Haag: Zichtbare Zorg.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden per indicatorenset de wijzigingstabellen weergegeven; deze zijn ook opgenomen in de bijlage van de indicatorenengidsen. Indicatoren waarbij geen of kleine tekstuele aanpassingen hebben plaatsgevonden, zijn niet in de tabel opgenomen. De redenen waarom een bepaalde indicator toch niet is opgenomen is ook terug te vinden in iedere gids in de tabel Verwerking commentaar consultatieronde.⁷

3.1 Tranche 1

3.1.1 Blaascarcinoom

De opdracht voor de set Blaascarcinoom was het eventueel verder uitwerken van de volume-indicator en het omzetten van indicator 4 naar 5-jaarsoverleving. In de wijzigingstabel is te zien dat de volume-indicator nog verder is uitgebreid, maar dat de indicator over 5-jaarsoverleving uiteindelijk niet is opgenomen in de definitieve gids. Daarnaast is nog wel een indicator over patiënteninformatie toegevoegd aan de set, zodat deze nu bestaat uit twee indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Inleiding	Opmerking over code 36255 verwijderd, deze is niet van toepassing.	De zorgverrichting 36255 was geldig tot 30 juni 2009, deze is vervangen door de codes 36257 en 36258.
Multidisciplinair overleg		Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.
Eenmalige spoeling 24 uur na TUR		Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege grote registratielast van de exclusiecriteria en discussies over de validiteit.
1. Volume	Indicator is uitgebreid. Naast het totaal aantal cystectomieën wordt tevens gevraagd naar het aantal urologen dat al dan niet gezamenlijk cystectomieën in het ziekenhuis uitvoert.	Door het verwijderen van indicator 1 en 2, is dit nu indicator nummer 1.
Vijfjaarsoverleving		Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit en geen mogelijkheid voor toepassen case mix correctie.
2. Patiënteninformatie	Deze indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, CB en ZN).	

3.1.2 Mammacarcinoom

Een belangrijke wijziging in de mammacarcinoomset is dat de definities van de indicatoren nu overeenkomen met de definities van de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA). Ook is uitdrukkelijk afstemming gezocht met de set van de NABON.

⁷ Zie <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Kwaliteitsindicatoren/Verplichte-indicatoren-2012> en <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Kwaliteitsindicatoren/Niet-verplichte-indicatoren-2012> voor de hele lijst met indicatorenengidsen.

De opdracht was verder een volume-indicator en een indicator over dataregistratie toe te voegen. Uiteindelijk is de eerste wel opgenomen, maar de tweede niet. De totale set bestaat nu uit vijf indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
1. Irradicaliteit	Uitsplitsing naar patiënten met irradicale resectievlakken na een eerste borstsparende excisie van: <ol style="list-style-type: none"> 1. een primair invasief mammacarcinoom (evt met CIS component) 2. een primair ductaal carcinoma in situ (DCIS) zonder invasieve component 	Indicator komt nu overeen met aanlevering DBCA.
2. Operatie binnen 5 weken na PA-afname	Uitsplitsing naar patiënten met nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen 5 weken na de definitieve PA-afname (van cytologisch punctaat dan wel histologisch dikke naaldbiopt) de behandeling is gestart in de vorm van: <ol style="list-style-type: none"> 1. een operatie waarbij de tumor verwijderd wordt 2. een voorbehandeling in de vorm van chemotherapie (neo-adjuvant) 	In navolging van de NABON nota wordt hier vijf weken na de PA-afname waarop de diagnose is gesteld gemeten of de behandeling is gestart in de vorm van een operatie waarbij de tumor verwijderd wordt
Dataregistratie	Deze indicator was toegevoegd aan de indicatorenset.	Deze indicator is uiteindelijk niet opgenomen in de definitieve set.
4. Pre-behandeling en postoperatieve multidisciplinaire bespreking	Deze indicator is toegevoegd aan de indicatorenset.	Indicator komt overeen met aanlevering DBCA.
5. Volume	Deze indicator is toegevoegd aan de indicatorenset op verzoek van de informatievragende partijen (NPCF/Consumentenbond).	

3.1.3 Cataract

Aan de set over Cataract zouden vier indicatoren moeten worden toegevoegd: volume, praktijkvariatie, dataregistratie en resultaat behandeling. De eerste drie indicatoren zijn ook daadwerkelijk opgenomen in de gids, de indicator over resultaat behandeling niet. Reden hiervoor was de te hoge registratielast. Uiteindelijk bevat de set vijf indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
1. Dataregistratie	<ul style="list-style-type: none"> – Operationalisaties c en d toegevoegd: – Neemt u deel aan de landelijke cataract registratie (LCR) van het NOG? – Percentage cataractoperaties waarvan de data in het registratiejaar zijn ingevoerd in de LCR of een systeem met vergelijkbare parameters als de LCR 	– Deze operationalisaties werden vorig jaar parallel uitgevraagd door ZN
2. Complicatie achterkapselruptuur	Rekenregels, teller, formule: toevoegen variabele C9 t/m C16 = nee	
3b. Datum postoperatieve controle	Variabele C7: Zorgverrichting 19001 gewijzigd in 190011	Typefout hersteld

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
4. Volume	Deze indicator is toegevoegd op verzoek van NPCF/Consumentenbond	
5. Praktijkvariatie	Deze indicator is toegevoegd op verzoek van ZN	

3.1.4 Diabetes

Een belangrijke verandering die is doorgevoerd in de diabetesgids is de opsplitsing tussen diabetes bij kinderen en diabetes bij volwassenen.

In totaal zijn twee van de vier voorgestelde indicatoren opgenomen in de definitieve set (dataregistratie is onderdeel van indicator 5 'organisatiestructuur'; volume en BMI volwassenen niet). Tevens zijn twee extra indicatoren opgenomen: HbA1c (kinderen) en Acute opnames (kinderen). De totale set bestaat uit acht indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
1. Organisatie structuur van diabeteszorg (volwassenen)	Checklist is aangepast n.a.v. vernieuwde zorgstandaard uit 2007. Uit deze checklist komt ook de vraag naar de samenstelling van de diabetes zorggroep (operationalisatie b).	
2. Laboratorium jaarcontrole (volwassenen)	De notering van HbA1c is definitief aangepast in mmol/mol.	
3b. Bloeddruk – benodigde therapie (volwassenen)	Verwijderd	Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep.
4. Voetzorg (volwassenen)	Deze indicator is hergeformuleerd. Het voetonderzoek hoeft niet plaats te vinden in een voetenteam.	
5. Organisatiestructuur (kinderen)	Deze indicator is nieuw toegevoegd.	
6. HbA1c (kinderen)	Deze indicator is nieuw toegevoegd.	
7. Acute opnames (kinderen)	Deze indicator is nieuw toegevoegd.	
8. Volume (kinderen)	Deze indicator is nieuw toegevoegd.	

3.1.5 Heupvervangning

Van de oorspronkelijk vijf toe te voegen indicatoren is alleen de indicator over de levensduur van heupimplantaten uiteindelijk niet opgenomen in de set. De complete set bestaat uit negen indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
3. Complicatieregistratie	Indicator 3a is opgesplitst in 3a en 3b, waardoor de overige indicatoren ook van nummering veranderen: 3b → 3c, 3c → 3d, 3d → 3e, 3e → 3f	
4b. Transfusie van homolog bloed	Variabele H11 (infectie ja/nee) verwijderd uit rekenregel. Stuk over infecties in tekst ook verwijderd. Nader gespecificeerd. Het gaat om primaire totale heupprothesen.	Het is niet aan de orde welke infecties geëxcludeerd moeten worden omdat tijdens de transfusies de persoon op dat moment 'gezond' moet zijn.
5d. Antibiotische profylaxe	Percentage i.p.v. aantal bij operationalisatie	In indicator 5d gaat het bij de operationalisatie om het percentage en niet om aantal zoals nu staat weergegeven.
6. Implantaatregistratie	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	Deze indicator komt uit de parallelle uitvraag (ZN).
Levensduur heupimplantaten	De indicator was toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	Deze indicator komt uit de parallelle uitvraag (ZN) maar is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe inhoudsvaliditeit.
7. Routinecontroles	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	Deze indicator komt uit de parallelle uitvraag (ZN).
8. Volume	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	
9. Praktijkvariatie	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	

3.1.6 Knievervanging

Alle vier de toe te voegen indicatoren zijn opgenomen in de set. De complete set bestaat uit negen indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
3. Complicatieregistratie	Indicator 3a is opgesplitst in 3a en 3b, waardoor de overige indicatoren ook van nummering veranderen: 3b → 3c, 3c → 3d, 3d → 3e, 3e → 3f	
4b. Transfusie van homologo bloed	<ul style="list-style-type: none"> – Variabele H11 (infectie ja/nee) verwijderd uit rekenregel. Stuk over infecties in tekst ook verwijderd. – Nader gespecificeerd. Het gaat om primaire totale knieprothesen 	– Het is niet aan de orde welke infecties geëxcludeerd moeten worden omdat tijdens de transfusies de persoon op dat moment ‘gezond’ moet zijn.
5d. Antibiotische profylaxe	Percentage ipv aantal bij operationalisatie	In indicator 5d gaat het bij de operationalisatie om het percentage en niet om aantal zoals nu staat weergegeven.
6. Implantaatregistratie	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	Deze indicator komt uit de parallelle uitvraag (ZN).
7. Routinecontroles	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	Deze indicator komt uit de parallelle uitvraag (ZN).
8. Volume	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	
9. Praktijkvariatie	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	

3.1.7 Liesbreukoperaties

In totaal bestaat de set uit vier indicatoren, waarvan er drie nieuw zijn toegevoegd. Eén toe te voegen indicator, pijnscore, is uiteindelijk niet opgenomen in de set in verband met de hoge registratielast.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
1. Dagbehandeling	Toevoeging: ‘betreffen patiënten met een DBC-code’ verandert in ‘betreft de behandeling van patiënten met een DBC’.	Het was enigszins onduidelijk of bij indicator 1 werd gevraagd naar het aantal operaties of het aantal patiënten met een operatie.
2. Lokale anesthesie	Indicator ‘Lokale Anesthesie’ toegevoegd.	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)
3. Volume	Indicator ‘Volume’ toegevoegd.	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen
4. Praktijkvariatie	Indicator ‘Praktijkvariatie’ toegevoegd.	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen

3.1.8 Chirurgische behandeling lumbale hernia en stenose

De naam van de set Lumbosacraal Radiculair Syndroom is veranderd in Chirurgische behandeling lumbale hernia en stenose, omdat dit beter de lading dekt.

In totaal zijn twee indicatoren toegevoegd aan de set, die nu uit vier indicatoren bestaat: volume (volgens opdracht) en Deelname DSSR (Dutch Spine Society Register; extra indicator).

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Gehele indicatorset	<ul style="list-style-type: none">– De titel van de indicatorset is aangepast in ‘Chirurgische behandeling van lage rug hernia en stenose’– Bij de afbakening van de indicatorset is toegevoegd: lumbale stenose. De DBC’s en zorgverrichtingen voor stenose zijn tevens toegevoegd.	<ul style="list-style-type: none">– Op verzoek van de werkgroep is de titel van de indicatorset aangepast.– Op verzoek van de werkgroep worden patiënten met een lumbale stenose ook meegenomen.
1. Aantal dagen tussen operatie-indicatie door operateur en operatie	De operaties voor lage rug stenose zijn toegevoegd. De rekenregels zijn hier tevens op aangepast.	
2. Lumbale heroperaties binnen 30 dagen	<ul style="list-style-type: none">– De populatiebepaling van de indicator is aangepast: alleen DBC’s met het zorgtype .11 (regulier) dienen te worden gebruikt. De variabelen en de rekenregels zijn hierop aangepast.– De operaties voor lage rug stenose zijn toegevoegd en de rekenregels zijn hierop aangepast.– De leeftijdsgrens van de indicator is aangepast naar 18 jaar en ouder	<ul style="list-style-type: none">– De indicator vraagt naar ‘primaire operaties’, daarom is alleen zorgtype .11 van toepassing en niet zorgtype .21 (vervolg).– Op verzoek van de werkgroep is de leeftijdsgrens van indicator 2 aangepast.
3. Volume	De indicator is toegevoegd op verzoek van de werkgroep en vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	
4. Deelname DSSR	De indicator is toegevoegd op verzoek van de werkgroep	

3.1.9 Operatieve ingrepen bij stressincontinentie bij de vrouw

De titel van de set is aangescherpt tot alleen operatieve ingrepen als behandeling van stressincontinentie bij de vrouw.

De totale set bestaat uit drie indicatoren, waarbij de volume-indicator volgens opdracht is toegevoegd.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Populatiebepaling	Extra toelichting over waarom de set alleen voor gynaecologie geldt toegevoegd.	
Gehele set	De naam van de set 'Stressincontinentie bij de vrouw' is aangepast in 'Operatieve ingrepen bij stressincontinentie bij de vrouw'	Deze set gaat alleen over operatieve ingrepen, dat komt nu ook in de naam van de set naar voren
Gebruik mictie/incontinentie dagboek	- Deze indicator is verwijderd	- Inhoud indicator was: Percentage patiënten met klachten t.g.v. stressincontinentie dat vóór een operatie gedurende minimaal 2 dagen een mictiedagboek heeft bijgehouden. - De werkgroep is van mening dat deze indicator geen onderscheidend vermogen (meer) heeft
2. Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst	De operationalisatie is opgesplitst in 2 delen (a en b)	Door de indicator op te splitsen, is het duidelijker dat het gaat om een pré- en postoperatieve meting
Urineretentie/-residu	- Deze indicator is verwijderd	- Inhoud indicator was: Percentage voor incontinentieklachten geopereerde patiënten met last van urineretentie/-residu waarvoor catheterisatie nodig is vanaf 6 weken na de ingreep en/of waarvoor een heroperatie noodzakelijk is. - Door de lage prevalentie discrimineert deze indicator niet
3. Volume en behandel aanbod	Deze indicator is toegevoegd	

3.1.10 Varices

De drie nieuw toe te voegen indicatoren zijn allen opgenomen in de definitieve set, waarbij Volume en Behandelaanbod zijn gecombineerd in één indicator. De complete set bestaat uit drie indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Gehele indicatorset	- De afbakening is beperkt tot de aandoening varices - De afbakening van vaatchirurgie is uitgebreid met vervolg DBC's	- De werkgroep is van mening dat deze beperkte afbakening beter past bij de aandoening varices - Er is hiermee consistentie tussen de DBC's van heelkunde en dermatologie
Geregistreerde C's (van de CEAP classificatie)		Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege hoge registratielast en onvoldoende validiteit.
1. Duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem	- De operationalisatie en teller zijn aangescherpt met 'een jaar voorafgaand aan (de invasieve therapie)' - Het kopje 'beperkingen bij gebruik en interpretatie' is toegevoegd	

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
2. Volume en behandel aanbod	Deze indicator is toegevoegd op verzoek van NPCF/Consumentenbond en ZN	
3. Praktijkvariatie	Deze indicator is toegevoegd op verzoek van ZN	

3.1.11 Ziekten van adenoïd en tonsillen

Er is aan deze set één nieuwe indicator toegevoegd, te weten Praktijkvariatie. De voorgestelde volume-indicator is in verband met een lage inhoudsvaliditeit niet vastgesteld door de Stuurgroep. De set bestaat uit vijf indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Gehele indicatorenset	<ul style="list-style-type: none"> – De populatiebepaling is aangescherpt naar ‘patiënten die een tonsillectomie, adenotomie of adenotonsillectomie ondergaan voor ziekten van adenoïd en tonsillen’ – De omschrijving van de zorgverrichtingcodes 32320, 32321, 32322 is aangescherpt – In de populatiebepaling is aangescherpt: ‘Er dient gekeken te worden of genoemde verrichtingen vallen onder de DBC 02.xx.52.xxx, aangezien verrichtingen ook aan andere, voor deze indicatorenset niet relevante, DBC’s gekoppeld kunnen zijn.’ 	<ul style="list-style-type: none"> – De populatie stond alleen beschreven in DBC’s en zorgverrichtingen. – Onder de genoemde codes valt ook de combinatie tonsillectomie én adenotomie – De genoemde zorgverrichtingen dienen plaats te vinden binnen de DBC (02.xx.52.xxx)
1. Nabloedingen	<ul style="list-style-type: none"> – De tekst die stond bij ‘In-/exclusiecriteria’ is verplaatst naar ‘Definities’ – De noemer is hergeformuleerd zodat deze gelijk is aan de noemer van indicator 2. 	<ul style="list-style-type: none"> – De tekst ‘De werkgroep stelt voor alle heroperaties te registreren en in de toelichting te vermelden hoeveel patiënten in een ander ziekenhuis de ATE behandeling hebben ondergaan.’ hoort bij de ‘Definities’.
2. Poliklinisch pre-operatief spreekuur	De noemer is hergeformuleerd zodat deze gelijk is aan de noemer van indicator 1.	
3. Aanwezigheid ouder/verzorger bij ontwaken	Deze indicator is overgeheveld naar de klantpreferenties	Op advies van de NPCF, Consumentenbond en ZN is de indicator overgeheveld naar de klantpreferenties.
5. Praktijkvariatie	Indicator is toegevoegd aan de set op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en ZN)	

3.2 Tranche 2

3.2.1 Beroerte

In totaal zouden acht indicatoren moeten worden toegevoegd aan de set. Drie indicatoren, organisatie, behandeling oefentherapie en opnameduur, zijn om uiteenlopende redenen uiteindelijk niet opgenomen in de definitieve set. De set bestaat nu uit zes indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Door-to-needle-time trombolyse	Indicator 1 verwijderd	De werkgroep is van mening dat indicator 'mediaan door-to-needle-time' (nu indicator 3) inzichtelijker is dan indicator 1. Aangezien beide indicatoren dezelfde lading dekken is besloten indicator 1 te verwijderen uit de indicatorenset.
1. Tijdigheid TIA-diagnostiek	De operationalisatie is aangepast zodat duidelijk is dat de gemiddelde tijd verstreken in uren moet worden weergegeven.	Uit de uitvraag over 2010 kwam naar voren dat het onduidelijk was in welke eenheid de indicator geregistreerd moet worden.
2. MDO	Indicator 'MDO' toegevoegd	Deze indicator werd vorig jaar parallel uitgevraagd door Zorgverzekeraars Nederland. Op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland) is deze indicator aan de set toegevoegd.
3. Trombolyse	Indicator 'Trombolyse' toegevoegd	Deze indicator werd vorig jaar parallel uitgevraagd door Zorgverzekeraars Nederland. Op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland) is deze indicator aan de set toegevoegd.
4. Wachtijd tot carotis operatie	Indicator 'Wachtijd tot carotis operatie' toegevoegd	Deze indicator werd vorig jaar parallel uitgevraagd door Zorgverzekeraars Nederland. Op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland) is deze indicator aan de set toegevoegd.
5. Volume	Indicator 'Volume (carotis endarterectomie)' toegevoegd	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)
6. Praktijkvariatie	Indicator 'Praktijkvariatie' toegevoegd	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)

3.2.2 Colorectaal carcinoom

Een belangrijke wijziging voor de set Colorectaal carcinoom is dat alle gegevens nodig voor het berekenen van de indicatoren beschikbaar zijn in de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).

De totale set bestaat nu uit acht indicatoren, waarvan drie nieuwe zoals verwoord in de opdracht (indicatoren 4, 5 en 8) en twee nieuwe op verzoek van de werkgroep (indicatoren 6 en 7)⁸. De op verzoek toe te voegen indicator over diagnostiek van de lymfeklieren bleek al verwoord te zijn in indicator 2.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
1. Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)	Indicator 1a (of het ziekenhuis informatie over chirurgische resecties aanlevert aan de DSCA) is verwijderd. De titel van de indicator is daarom aangepast naar 'Dutch Surgical Colorectal Audit'.	Op verzoek van de werkgroep is deze indicator verwijderd, omdat bijna alle ziekenhuizen in Nederland aangesloten zijn bij de DSCA.
2. Aantal lymfeklieren onderzocht na resectie	De noemer is aangescherpt: 'Aantal patiënten bij wie resectie van een primair coloncarcinoom heeft plaatsgevonden'. De rekenregels en het variabelenoverzicht zijn aangepast op de formulering van de noemer.	De oude formulering suggereerde dat als er helemaal geen klieren onderzocht zijn de patiënt ook niet meegeteld hoeft te worden. Dit is niet terecht, want bij alle patiënten met een resectie voor een primair coloncarcinoom moeten meer dan 10 klieren onderzocht worden.
3. Patiënten met rectumcarcinoom preoperatief besproken in een MDO	De inclusiecriteria van deze indicator zijn aangescherpt: 'Inclusie: alle patiënten bij wie in het verslagjaar een rectumresectie is verricht voor een primair rectumcarcinoom, via open of laparoscopische chirurgie'. De rekenregels en het variabelenoverzicht zijn aangepast op deze formulering.	
4. Pre-operatieve beeldvorming colon	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	
5. Aanvullende chemotherapie coloncarcinoom	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	
6. CRM rectumcarcinoom	De indicator is toegevoegd op verzoek van de werkgroep	
7. Preoperatief radiotherapie rectumcarcinoom	De indicator is toegevoegd op verzoek van de werkgroep	
8. Volume	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	

3.2.3 Constitutioneel eczeem

De set wordt nu ook, naast de dermatologen, onderschreven door de allergologen.

Door het toevoegen van de volume-indicator bestaat de set uit vier indicatoren.

⁸ In de definitieve gids staat hierover nog dat ze zijn toegevoegd op verzoek van de vragende partijen.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Gehele indicatorset	Het specialisme allergologie is toegevoegd	
1. Gestructureerde voorlichting	Definitie 'gestructureerd' toegevoegd	
4. Volume	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	

3.2.4 Cystic fibrosis

Door het toevoegen van de volume-indicator bestaat de set nu uit vijf indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
2. Longfunctie (FEV1) voor bronchusverwijders	In de definitie duidelijk gemaakt dat de voorspelde waarde prebroncholidatoir is.	
5. Volume	Indicator 'Volume' toegevoegd.	

3.2.5 OSAS bij volwassenen

De set bestaat uit alleen twee nieuwe indicatoren, te weten BMI en praktijkvariatie. De drie indicatoren waarvoor ook het verzoek was ze op te nemen zijn niet opgenomen in verband met geringe validiteit en/of hoge registratielast. Bestaande indicatoren zijn niet opgenomen vanwege geringe validiteit.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
MDO (voorheen minimale voorwaarden behandeling OSAS)		Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.
Diagnostiek		Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.
Compliance CPAP	De indicator was toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.
Effectiviteit primaire behandeling	De indicator was toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege hoge registratielast.
1. BMI	<ul style="list-style-type: none"> - De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland) - Door het verwijderen van indicatoren 1 t/m 4 is dit nu indicator 1 geworden. 	
Volume	De indicator was toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit en hoge registratielast.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
2. Praktijkvariatie	<ul style="list-style-type: none"> - De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland) - Door het verwijderen van indicatoren 1 t/m 4 en 6 is dit nu indicator 2 geworden. 	

3.2.6 Reumatoïde artritis

Door het verwijderen van twee indicatoren bestaat de set nu uit twee indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Algemeen	DBC's aangepast	De DBC's bevatten een 0 teveel.
Populatiebepaling	Tekst aangepast over parallelle DBC's zodat duidelijk is dat daar geselecteerd moet worden op uniek patiëntnummer.	In de vorige gids was dit niet voldoende duidelijk.
1. Beschikbaarheid reumaverpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> – Rekenregels aangescherpt – Professie Nurse Practitioner (verpleegkundig specialist) toegevoegd 	
Ziekteactiviteit	Verwijderd	Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege een hoge registratielast.
Ontstekingsactiviteit onder controle	Verwijderd	Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege een hoge registratielast en geringe validiteit.
2. Multidisciplinaire samenwerking	Duidelijker onderscheid aangebracht tussen multidisciplinaire spreekuren en multidisciplinair overleg.	Dit onderscheid was in de gids vooralsnog enigszins onduidelijk.

3.2.7 Coeliakie

De gehele set zorginhoudelijke indicatoren voor Coeliakie is komen te vervallen in verband met lage volumes en het ontbreken van richtlijnen. Dit betekent ook dat de toe te voegen volume-indicator niet is opgenomen.

3.3 **Tranche 3**

3.3.1 Baarmoederhalsafwijkingen

De set bestaat uit vier indicatoren, nadat twee bestaande indicatoren zijn verwijderd uit de set.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
1. Toegangstijd	<ul style="list-style-type: none"> – Toevoeging ‘beperkingen gebruik en interpretatie’. – Exclusie-/ inclusie criterium toegevoegd. – Verrichtingscode verwijderd. 	<ul style="list-style-type: none"> – De werkgroep heeft aangegeven dat de indicator ingaat tegen de VIKC richtlijn waarin wordt gesteld dat binnen 6 weken na een uitstrijkje geen colposcopie mag worden uitgevoerd. – De werkgroep geeft aan dat de populatie patiënten waar voor het eerst een colposcopie bij wordt uitgevoerd lastig te bepalen is. Omdat de indicator expliciet naar de eerste colposcopie vraagt verwacht de werkgroep dat veel patiënten niet zijn meegenomen. Om dit probleem te verhelpen is gekozen patiënten te excluderen waarbij maximaal 2 jaar voorafgaand aan de colposcopie in het verslagjaar een colposcopie is uitgevoerd. Patiënten bij wie een colposcopie is uitgevoerd eerder dan 2 jaar voor het verslagjaar worden dus geïncludeerd. – De code 037200 (electrocoagulatie/lisexcisie) is niet van toepassing op indicator 1 en is zodoende verwijderd uit de variabelenlijst BA2.
Destructieve behandeling	Indicator verwijderd.	De werkgroep geeft aan dat de indicator niet betrouwbaar te meten is aangezien de voorgeschreven verrichtingscode 2 verrichtingen omvat (code 037200: electrocoagulatie/lisexcisie). Om dit probleem te verhelpen zou handmatig moeten worden bepaald welke verrichting het betreft. Dit zou de registratielast substantieel vergoten. De invoering van de DOT-registratie zal dit waarschijnlijk niet ondervangen.
2. Cervix exconisaties	Exclusie criterium toegevoegd	De werkgroep geeft aan dat behandeling van een CIN laesie zonder verdenking op een microinvasief carcinoom of een carcinoom in situ overbehandeling is. Om deze overbehandeling te meten dienen voor deze indicator die patiënten geëxcludeerd te worden.
Overbehandeling		De stuurgroep heeft deze indicator niet vastgesteld vanwege lage validiteit en hoge registratielast.
3. (Niet)-lokale anesthesie	<ul style="list-style-type: none"> – Indicator positief herformuleerd tot: ‘Lokale anesthesie’. – Definitie lokale anesthesie toegevoegd 	<ul style="list-style-type: none"> – Een positieve indicator is makkelijker interpreteerbaar. Tevens wordt duidelijker welke anesthesievorm onderwerp van de indicator is. – Definitie: “Bij lokale anesthesie wordt alleen de baarmoederhals verdoofd.”

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
4. Normale cervixcytologie	<ul style="list-style-type: none"> – Operationalisatie aangepast – Definitie normale en afwijkende cervixcytologie toegevoegd. – Exclusiecriteria toegevoegd 	<ul style="list-style-type: none"> – Operationalisatie: “Het percentage patiënten dat behandeld is voor CIN 2-3 (op basis van biopsie of de excisie zelf), met een normale eerste cervixcytologie binnen 3 tot 9 maanden na behandeling.” – Ten behoeve van duidelijkheid. – Ten behoeve van duidelijkheid.

3.3.2 Longcarcinoom

De volume-indicator is op verzoek toegevoegd aan de set, welke uit vijf indicatoren bestaat.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Populatiebepaling	Verschillende DBC-codes toegevoegd.	Zowel de werkgroep als de ziekenhuislocaties die gegevens hebben aangeleverd, stellen dat de populatiebepaling te beperkt is genomen.
1. Doorlooptijd diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> – Operationalisatie 1a aangepast: “Het percentage patiënten met een longcarcinoom dat is besproken in het MDO en bij wie de diagnostiek binnen 28 kalenderdagen is afgerond.” – Operationalisatie 1b verwijderd die gaat over patiënten die een mediast hebben gekregen 	<ul style="list-style-type: none"> – De werkgroep is van mening dat 28 kalenderdagen een betere benchmark voor de doorlooptijd van de diagnostiek is. Op deze manier zou de invloed van het doorverwijzen van patiënten op de scores van de ziekenhuizen die dit doen verminderen, en worden ziekenhuizen die laagdrempelig EBUS gebruiken niet afgerekend op het geven van kwalitatief betere zorg (EBUS verlengt de diagnostiek maar wordt gebruikt om onnodig mediastinoscopie tegen te gaan). – Deze operationalisatie is verwijderd vanwege het zeer kleine aantal patiënten waarop deze betrekking heeft.
2. Wachtijd start behandeling	Operationalisatie aangepast: “Het percentage patiënten met een longcarcinoom dat daarvoor behandeld is, is besproken in het MDO en waarbij de behandeling (curatief of palliatief) binnen 15 werkdagen ofwel 21 kalenderdagen na afronding van de diagnostiek is gestart.”	De werkgroep geeft aan dat door middel van het aanscherpen van de indicator door alleen patiënten die besproken zijn in het MDO te tellen, de indicator beter interpreteerbaar wordt (stadium IV patiënten worden hierdoor bijvoorbeeld geëxcludeerd).
3. MDO	De structuurindicator over het MDO is omgezet in een procesindicator.	De werkgroep gaf aan dat de indicator in zijn huidige vorm niet onderscheidend is. Een indicator in de vorm teller/noemer is dit mogelijk wel.
4. Kwaliteitseisen longchirurgie	Poortvraag toegevoegd of in het ziekenhuis longchirurgie plaatsvindt	Als een ziekenhuis geen longchirurgie uitvoert is deze indicator niet van toepassing.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
R0 resecties	Indicator 5 verwijderd uit set	De werkgroep geeft aan dat het niet zinvol is deze indicator uit te vragen, omdat de definitie van R0-resectie multi-interpretabel is.
Overleving	Indicator 6 verwijderd uit set	De werkgroep geeft aan dat 5-jaarsoverleving een twijfelachtige relatie tot kwaliteit heeft. Deze indicator zegt niets over de kwaliteit van zorg die nu geleverd wordt, maar over de kwaliteit die 5 jaar geleden werd geleverd.
5. Volume	Indicator 'Volume' toegevoegd.	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)

3.3.3 Maagcarcinoom

In de set over Maagcarcinoom zijn enkele wijzigingen gemaakt met betrekking tot de populatiedefinitie. De volume-indicator is toegevoegd, waarvoor deze set nu uit zes indicatoren bestaat.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Gehele set	<ul style="list-style-type: none"> – Patiënten met een Gastro Intestinale Stroma Tumor (GIST), lymfoompatiënten en patiënten met een cardiatumor zijn bij alle indicatoren expliciet aan de exclusiecriteria toegevoegd. – Bij de chirurgische indicatoren worden ook patiënten met een secundair maagcarcinoom geëxcludeerd. – De volgorde van de indicatoren is veranderd. In deze tabel is de nieuwe volgorde aangehouden. Eerst komen de indicatoren die gaan over alle patiënten met een maagcarcinoom en daarna specifiek over een maagresectie. 	<ul style="list-style-type: none"> – Uit de uitvraag over 2010 bleek dat niet alle centra hadden begrepen dat GIST geëxcludeerd moesten worden – Op verzoek van het IKNL zijn patiënten met cardiatumoren en lymfoompatiënten ook geëxcludeerd. – De opbouw van de set is logischer door de nieuwe volgorde
1. Wachtijd	In plaats van het MDO is de datum van het pathologieverslag als datum van de diagnose toegevoegd	Hierdoor is ook de tijdsperiode aangepast van 21 dagen naar 35 kalenderdagen
2. MDO	Er zijn twee operationalisaties toegevoegd waarin gevraagd wordt of er een MDO is en welke specialismen erbij betrokken zijn	Het begrip MDO is scherper gedefinieerd
Pathologieverslag		Deze indicator is door de stuurgroep niet vastgesteld door discussie onder stuurgroep partijen en geringe validiteit.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
3. Radicaliteit	<ul style="list-style-type: none"> – De titel van deze indicator is veranderd van irradicaliteit naar radicaliteit – Er is een operationalisatie, waarbij gevraagd wordt naar de radicaliteit bij patiënten die werden geopereerd aan een recidief maarcarcinoom, toegevoegd 	
4. Verwijderde lymfeklieren	<ul style="list-style-type: none"> – De indicator is aangescherpt door naar <i>primair</i> maagcarcinoom te vragen – Er is een operationalisatie toegevoegd waarin naar het gemiddelde aantal klieren en de mediaan wordt gevraagd 	
6. Volume	Deze indicator is toegevoegd op verzoek van de NPCF/CB	

3.3.4 Melanoom van de huid

Door het toevoegen van een volume-indicator bestaat de set nu uit vier indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
1. MDO	<ul style="list-style-type: none"> – Er is een ‘poortvraag’ toegevoegd waarin gevraagd wordt of het ziekenhuis patiënten met stadium III en IV melanoom behandelt – Het MDO vraag is verder gespecificeerd – Er is een operationalisatie toegevoegd waarin wordt gevraagd naar het percentage behandelde patiënten 	<ul style="list-style-type: none"> – De betrokken specialismen zijn in de indicator opgenomen – Dit deel van deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege hoge registratielast.
Pathologieverslag	Deze indicator was toegevoegd	In de autorisatieronde in 2010 werd deze indicator afgewezen. De indicator is nogmaals opgenomen, daarbij is <i>het invasieniveau volgens Clark</i> uit de noodzakelijke informatie gehaald. Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit en hoge registratielast.
2. Lastmeter	Deze indicator is nieuw toegevoegd	In de autorisatieronde in 2010 werd deze indicator afgewezen. De indicator is nogmaals opgenomen; de werkgroep is van mening dat deze indicator geheel volgens de richtlijn is en daarom in deze indicatorset thuishoort
Volume	Deze indicator was toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF/Consumentenbond)	De stuurgroep heeft besloten indicator 4 niet vast te stellen in verband met hoge registratielast en geringe inhoudsvaliditeit.

3.3.5 Maligne lymfoom: DLBCL

De afbakening van de set is aangescherpt door voor alleen voor patiënten met Diffuus grootcellig B-cel lymfoom (DLBCL) te kiezen.

De toe te voegen volume-indicator is niet in de set opgenomen, omdat deze niet zinvol werd geacht door de werkgroep. De set bestaat uit vijf indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Populatiebepaling	De werkgroep heeft besloten deze set van toepassing te laten zijn op een subpopulatie. Daarom is de naam van de set veranderd van Maligne Lymfoom in Maligne Lymfoom: DLBCL.	De werkgroep heeft gekozen om de set toe te spitsen op DLBCL omdat dit het meest voorkomende type lymfoom is en het is praktisch als de hele set zich richt op 1 subgroep. De werkgroep verwacht dat aan de hand van de gemeten subgroep de kwaliteit van zorg voor de totale groep maligne lymfoom patiënten goed kan worden gemeten.
1. Kwaliteitseisen	<ul style="list-style-type: none"> – 1a. ‘Classificatie volgens WHO 2008’ is als vraag verwijderd bij deze indicator. – 1b. meting op patiëtniveau is verwijderd 	<ul style="list-style-type: none"> – 1a. Er kan alleen worden gesteld dat het om een DLBCL gaat als er geclassificeerd is. Het item voegt daarom niets aan de indicator toe. – 1b. Door de kleine patiënt-aantallen zijn de data niet betrouwbaar. De werkgroep ziet geen verbetermogelijkheden voor wat betreft de statistische betrouwbaarheid. DLBCL is het meest voorkomende type lymfoom. Het is niet te verwachten dat de aantallen groter worden, want centralisatie is de komende jaren nog niet aan de orde.
2. Kwaliteitseisen initiële stadiering	<ul style="list-style-type: none"> – 2a. Beenmergaspiratie is verwijderd uit de indicator. – 2b. Meting op patiëtniveau is verwijderd 	<ul style="list-style-type: none"> – 2a. Als er een crista biopsie wordt uitgevoerd, dan voegt een beenmergaspiratie niet veel meer toe. – 2b. Zie opmerkingen bij 1b.
3. Responseevaluatie	<ul style="list-style-type: none"> – 3a. Het eerste deel van de indicator ‘Wordt bij patiënten met een DLBCL of een Hodgkin lymfoom standaard een responseevaluatie uitgevoerd na initiële behandeling?’ wordt verwijderd en de indicator wordt geherformuleerd. – Hodgkin Lymfoom wordt uit de indicator verwijderd. – 3b. Meting op patiëtniveau is verwijderd 	<ul style="list-style-type: none"> – 3a. Het eerste deel van de indicator discrimineerde niet. – De patiëntenpopulatie beperkt zich tot DLBCL. – 3b. Zie opmerkingen bij 1b.
4. Doorlooptijd diagnostiek	Het aantal werkdagen waarbinnen de diagnostiek afgerond dient te zijn, is aangepast van 15 naar 20 werkdagen ofwel 28 kalenderdagen.	De gestelde termijn van 15 werkdagen vindt de werkgroep bij nader inzien niet haalbaar.
5. Gestructureerd overleg	<ul style="list-style-type: none"> – De naam van de indicator is aangepast. – De indicator is geherformuleerd tot een structuurvraag. 	<ul style="list-style-type: none"> – De term MDO is door de herformulering niet meer van toepassing. – Door de kleine patiëntaantallen zijn de data niet betrouwbaar.

3.3.6 In opzet curatieve behandeling van prostaatcarcinoom

De set is afgebakend naar in opzet curatieve behandelingen van prostaatcarcinoom.

Door het toevoegen van de nieuw toe te voegen praktijkvariatie-indicator bestaat de set uiteindelijk uit drie indicatoren. De volume-indicator is niet opgenomen in de set.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Hele set	De naam van de set is gewijzigd in 'In opzet curatieve behandeling van prostaatcarcinoom'.	De huidige set indicatoren heeft alleen betrekking op patiënten die curatief worden behandeld voor een prostaatcarcinoom. Daarom is de titel van de set veranderd.
1. Positieverificatie	<ul style="list-style-type: none"> – Inclusie criterium nieuwe patiënten is veranderd in patiënten. – 1a1 is gespecificeerd in patiënten die <u>primair</u> uitwendig op de prostaat worden bestraald met een curatieve dosis. – 1a2 is verwijderd (methode van positieverificatie). – 1a3 is hergeformuleerd in een wetenschappelijk <u>gevalideerd</u> protocol, en daarnaast mogelijkheid tot benoemen van dit protocol. – De definitie van curatieve dosis is veranderd in 2 Gy equivalente dosis \geq 72gy (dit was \geq 60gy). – Tekst operationalisatie en teller 1b is aangepast in: ... bij wie de positie van de prostaat is geverifieerd en eventueel een positiecorrectie is uitgevoerd (dit was bij wie de positie van de prostaat is bepaald). 	<ul style="list-style-type: none"> – Het zijn vaak geen nieuwe patiënten die bestraald worden. Deze patiënten kunnen al een tijd door de uroloog worden gezien. – Een dosis van 60 Gy is achterhaald. De NVRO beaamt dit. – Dit is conform de gehanteerde definities van het NVRO
2. Chirurgische complicaties	<ul style="list-style-type: none"> – Inclusie criterium nieuwe patiënten is veranderd in patiënten. – Complicatie langer dan 7 dagen is gespecificeerd in opnameduur \geq zeven postoperatieve dagen. – De drie genoemde complicaties (meer dan één dag IC verblijf, bloedtransfusie, opnameduur \geq zeven postoperatieve dagen) worden in de teller gespecificeerd. 	<ul style="list-style-type: none"> – Complicaties waren alleen opgenomen in de definitie, niet in de teller, dit bleek verwarrend.
Volume	Deze indicator was toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF/Consumentenbond)	De stuurgroep heeft deze indicator niet vastgesteld vanwege discussies tussen betrokken partijen en geringe validiteit.
3.Praktijkvariatie	De indicator Indicatiestelling actieve observatie bij prostaatcarcinoom is toegevoegd.	Deze indicator is niet tijdens de werkgroep besproken.

3.3.7 Benigne prostaat hyperplasie

De praktijkvariatie-indicator is wel opgenomen in de definitieve set, de volume-indicator niet in verband met weinig onderscheidend vermogen. De complete set bestaat uit zes indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
1. International Prostate Symptom Score (IPSS); 2. Uroflowmetrie en residubepaling; 3. Mictielijst	Opmerking toegevoegd onder 'vergelijkbaarheid' m.b.t. patiënten met een blaaskatheter.	De werkgroep is van mening dat deze patiënten eigenlijk geëxcludeerd zouden moeten worden maar dat dit moeilijk te bepalen is. Ook verwachten zij dat de populatie van patiënten met een blaaskatheter evenredig over de ziekenhuizen verdeeld is, waardoor dit effect gelijkelijk verdeeld is.
4. Ligduur na TURP	<ul style="list-style-type: none"> – Definitie van ligduur opgenomen. – Exclusie criterium toegevoegd: minimaal invasieve methoden. – Minimum en maximum score verwijderd. 	<ul style="list-style-type: none"> – Het was onduidelijk welke meetpunten precies moesten worden gehanteerd om de ligduur te berekenen. – De werkgroep voorzag problemen bij de interpretatie van de uitkomsten. Minimaal invasieve methoden (zoals Green Light Laser behandeling) hebben een kortere ligduur maar zijn niet bewezen effectiever. – De minimum en maximumscore kunnen een vertekend beeld geven van de ligduur van de patiënt binnen een bepaald centrum. Indien grote getallen patiënten in een centrum een lange ligduur hebben zal dit ook te zien zijn in het gemiddelde en de mediaan. Als outliers individuele gevallen zijn lijkt een ziekenhuis eventueel slechter dan het daadwerkelijk is wanneer de minimum en maximumligduur gegeven wordt.
5. Heropname na TURP	Exclusie criterium toegevoegd: minimaal invasieve methoden.	De werkgroep voorzag problemen bij de interpretatie van de uitkomsten. Minimaal invasieve methoden (zoals Green Light Laser behandeling) hebben een kortere ligduur maar zijn niet bewezen effectiever.
6. Praktijkvariatie	De indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland)	

3.3.8 Nierstenen

De set Nierstenen blijft bestaan uit drie indicatoren, aangezien de volume-indicator niet is toegevoegd in verband met een geringe validiteit.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
1. ESWL-behandelingen	Herformulering operationalisatie 1b	De werkgroep heeft opgemerkt dat bij sommige patiënten het om medische redenen nodig is meerdere ESWL-behandelingen uit te voeren. De werkgroep verwacht dat deze binnen 2-3 maanden worden uitgevoerd. Daarna kan men er vanuit gaan dat het om recidieven gaat.
3. PNL-behandelingen	Operationalisatie 3a toegevoegd.	De werkgroep heeft besloten om, zoals bij de indicatoren ESWL en URS, ook het gemiddeld aantal PNL-behandelingen per patiënt uit te vragen.
Volume	Indicator 'Volume' was toegevoegd op verzoek van de NPCF/CB.	Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.
Te verzamelen variabelen	DBC-codes toegevoegd	<p>Er bestaan DBC-codes voor de in de indicatorenset gebruikte behandelmethoden. Het gebruik van DBC-registratie heeft de voorkeur. Zodoende zijn deze codes toegevoegd. Het betreffen de volgende coderingen:</p> <p>DBC-codering 0306.11/21.21/11.</p> <p>ESWL</p> <ul style="list-style-type: none"> - 211: poliklinisch - 212: dagopname - 213: klinische episoden - 216: KZD met klinische episoden <p>URS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 321: poliklinisch - 322: dagopname - 323: klinische episoden - 326: KZD met klinische episoden <p>PNL</p> <ul style="list-style-type: none"> - 331: poliklinisch - 332: dagopname -333: klinische episoden -336: KZD met klinische episoden

3.3.9 Carpaletunnelsyndroom

Aan de set is de praktijkvariatie-indicator wel toegevoegd, maar de volume-indicator niet. De uiteindelijke set bestaat uit vier indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Populatiebepaling	Weergave DBC aangepast naar 0308.11.3201	Bij de genoemde DBC ontbrak het zorgtype. Bovendien was de .3201 per abuis weergegeven als .3210
1. EMG	<ul style="list-style-type: none"> - De volgende tekst is toegevoegd bij 'Inhoudsvaliditeit': Volgens de richtlijn CTS (NVN, 2005) verdient het de aanbeveling om in ieder geval een EMG uit te voeren wanneer een operatieve ingreep voor CTS wordt overwogen. In de komende jaren kan dit veranderen als er nieuwe diagnostische methoden worden geïntroduceerd. - Er is een tekst toegevoegd bij het kopje 'Beperkingen bij gebruik en interpretatie' over waarom er geen 100% gescoord hoeft te worden op de indicator. - Bij de rekenregels is de volgende tekst toegevoegd: Let op: Indien een patiënt in het verslagjaar twee CTS operaties heeft ondergaan hoeft alleen bij de eerste operatie een EMG uitgevoerd te zijn. Voor deze indicator hoeft dan ook alleen gekeken te worden naar de eerste CTS operatie van de patiënt. - Verslagjaar is aangepast naar Teller: 01-07-2010 tot en met 31-12-2011 Noemer: 01-01-2011 tot en met 31-12-2011* 	<ul style="list-style-type: none"> - Op verzoek van de werkgroep is de tekst toegevoegd. - Op verzoek van de werkgroep is de tekst toegevoegd. - Uit de uitvraag van 2010 bleek dat ziekenhuizen het onduidelijk vonden wat de focus van de indicator is. De focus is het aantal patiënten en niet het aantal DBC's. - Het verslagjaar was niet correct weergegeven.
2. Postoperatieve wondinfectie	<ul style="list-style-type: none"> - Bij 'Vergelijkbaarheid' is een tekst opgenomen over patiëntenbias bij ZBC's. 	<ul style="list-style-type: none"> - De werkgroep is van mening dat er patiëntenbias zou kunnen optreden bij ZBC's omdat zij mogelijk geen patiënten behandelen met diabetes en reuma.
3. Contact operateur	<ul style="list-style-type: none"> - De indicator is hergeformuleerd tot: Het percentage patiënten dat binnen 6 weken na een operatieve ingreep als behandeling van het CTS tenminste één contact (door of namens operateur) heeft gehad. - De definitie van contact door of namens de operateur is toegevoegd. - De zorgverrichtingen 190011, 190012, 190013, 190014 zijn verwijderd. 	<ul style="list-style-type: none"> - De indicator was onduidelijk geformuleerd. Om verwarring te voorkomen is de afbakening gezet op 'binnen 6 weken'. - Er was verwarring over wat contact door of namens de operateur is. Bovendien was het onduidelijk dat dit contact ook telefonisch plaats kan vinden. - Op verzoek van de werkgroep zijn de zorgverrichtingen voor deze indicator verwijderd. De codes zorgden alleen maar zorgen voor verwarring, omdat er geen code voor telefonisch contact is.
4. Praktijkvariatie	Deze indicator is toegevoegd	Op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland is deze indicator toegevoegd.

3.3.10 Meniscus en voorste kruisband

Aangezien een volume-indicator al was opgenomen in de set, is het totale aantal indicatoren in de set – vijf – hetzelfde gebleven. Wel is de huidige volume-indicator (indicator 2) aangepast, zodat deze overeenkomt met de volume-indicatoren in andere sets.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Gehele indicatorset	<ul style="list-style-type: none"> - Orthopedisch chirurg is vervangen door (orthopedisch) chirurg - De richtlijnen in ontwikkeling (i.o.) zijn vervangen door de definitieve richtlijnen 	<ul style="list-style-type: none"> - De werkgroep is van mening deze formulering beter is omdat de set geldt voor zowel orthopedie als heekunde
1. Diagnostische MRI	<ul style="list-style-type: none"> - De zorgactiviteitencode 89402 is toegevoegd - De inclusiecriteria zijn aangepast naar 'dagbehandeling en opname' 	
2. Volume Voorste Kruisband Reconstructies	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgactiviteitencode 39411 is verwijderd - Operationalisaties a en b zijn toegevoegd 	<ul style="list-style-type: none"> - De werkgroep is van mening dat deze code (Arthroscopie van de knie in combinatie met een heekundige ingreep aan dezelfde knie in één zitting) ruis geeft op de data - De volume-indicator is nu vergelijkbaar met andere Zichtbare Zorg sets
4. Heroperatie na artrose	<ul style="list-style-type: none"> - Het exclusie criterium patiënten die binnen het jaar zijn geopereerd aan het andere been is toegevoegd - Het kopje 'registratiebetrouwbaarheid' is aangepast 	
5. Samenwerking fysiotherapeuten	<ul style="list-style-type: none"> - Deze indicator is geherformuleerd - De definitie voor een fysiotherapiepraktijk is toegevoegd 	

3.3.11 Migraine

De gewenste volume-indicator is niet vastgesteld door de Stuurgroep. De uiteindelijke set bestaat uit twee indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Populatiebepaling	Bij de populatiebepaling is toegevoegd dat de DBC 0330.11.799 (overige hoofdpijn) geëxcludeerd moet worden.	Uit de uitvraag 2010 kwam naar voren dat ziekenhuizen deze DBC includeren, terwijl dit niet de bedoeling is. De werkgroep heeft aangegeven dat deze DBC niet gebruikt mag worden voor deze indicatorenset.
1. Enkelvoudig poliklinisch consult	De indicator is hergeformuleerd tot de volgende indicator: "Het percentage nieuwe migrainepatiënten dat een enkelvoudig poliklinisch consult heeft gehad."	De werkgroep is van mening dat de indicator niet goed geformuleerd was, omdat de oude formulering uitgaat een financiële prikkel. Het is financieel gunstig om migrainepatiënten op vervolgsconsult te laten komen.
Kalender of dagboek	Deze indicator is verwijderd	De indicator heeft een zeer laag discriminerend vermogen en daarom heeft de werkgroep besloten deze te verwijderen.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
2. Lokaal hoofdpijn protocol	<ul style="list-style-type: none"> - Deze indicatoren zijn hergeformuleerd tot: - 2a: "Wordt er gebruik gemaakt van een lokaal hoofdpijnprotocol? Ja/Nee" - 2b: "Is dit lokale hoofdpijnprotocol gebaseerd op de richtlijn van de NVN? Ja/Nee" 	<ul style="list-style-type: none"> - Op verzoek van de werkgroep is de indicator hergeformuleerd.
Volume migraine	Deze indicator was toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (Consumentenbond, NPCF en Zorgverzekeraars Nederland).	De stuurgroep heeft deze indicator niet vastgesteld.

3.3.12 Osteoporose

Van de oorspronkelijke zeven indicatoren is één indicator overgebleven. De gewenste volume-indicator is niet opgenomen in de set.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Gehele set	De verwijzingen naar de richtlijn uit 2002 zijn omgezet in verwijzingen naar de richtlijn uit 2011	
1. Dexametrie en BMD-meting	<ul style="list-style-type: none"> – De indicator is opgedeeld in twee groepen: van 50-80 jaar en 80+. Operationalisatie b is daarom toegevoegd – Bij de tekst 'achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg' is een zin opgenomen over praktijkvariatie – De vraag 'heeft u een DXA-meter' is komen te vervallen – De verrichtingencode 80080 is toegevoegd – De termijn van zes maanden na de fractuur is aangepast naar drie maanden 	<ul style="list-style-type: none"> – Deze vraag bleek niet te discrimineren – Dit conform de richtlijn Osteoporose
Protocol valrisico	<ul style="list-style-type: none"> – De formulering van de indicator is aangepast – Bij de onderdelen van het valrisicoprotocol was het onderdeel 'Is de analyse en diagnostiek van het valrisico' opgenomen 	<ul style="list-style-type: none"> – Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.
Laboratorium-onderzoek		Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.
Aanwezigheid wervelhoogtemeter		Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.
Gespecialiseerd verpleegkundige	De operationalisatie 'is er een osteoporoseverpleegkundige aanwezig' is verwijderd	Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Advies anti-osteoporose medicatie	– De oorspronkelijke indicator (aanwezigheid en percentage patiënten dat advies kreeg) was vervangen door het percentage patiënten dat een BMD-meting kreeg en bij wie een DBC osteoporose werd geopend. De DBC osteoporose is hierbij een proxy voor het advies over anti-osteoporose medicatie	– Uit de uitvraag over 2010 bleek dat de originele indicator grote registratieproblemen met zich mee bracht. Daarom is nu gekozen voor de aangepaste versie – Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe validiteit.
Advies vitamine D	Deze indicator is verwijderd	Uit de uitvraag over 2010 bleek dat de originele indicator grote registratieproblemen met zich mee bracht.

3.3.13 Chronische belemmering bloedstroom been

De definitieve set bestaat uit twee indicatoren: Vaatkeurmerk en Praktijkvariatie. Onder de Vaatkeurmerk-indicator vallen ook de oude indicatoren Gesuperviseerde looptraining en Vasculair risicomangement en de nieuw toe te voegen volume-indicator. De nieuw toe te voegen indicatoren over Operaties en Roken zijn niet opgenomen in de definitieve gids, aangezien hierover geen consensus kon worden bereikt in de werkgroep.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Gesuperviseerde, gestandaardiseerde looptraining	Verwijderd uit de set	Deze vraag is onderdeel van het Vaatkeurmerk (ZiZo 2012 indicator 1). Het omzetten naar een procesindicator stuitte op praktische en inhoudelijke bezwaren.
1. Vaatkeurmerk	Deze indicator is nu nummer 1.	De teksten bij de indicator zijn aangepast aan het Vaatkeurmerk versie juni 2011 (vorige versie was van 2008)
Vasculair risicomangement	Verwijderd uit de set	Deze vraag is onderdeel van het Vaatkeurmerk (ZiZo 2012 indicator 1).
2. Praktijkvariatie	Toegevoegd op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland	Deze indicator is toegevoegd op verzoek van ZN.

3.3.14 HIV/AIDS

Het aantal indicatoren in de set HIV/AIDS is sterk verminderd doordat de indicatoren over de deelpopulatie MSM (men having sex with men) zijn verwijderd.

Door het toevoegen van de volume-indicator bestaat de set nu uit vier indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Populatiebepaling	De subgroep MSM is verwijderd uit de indicatorenset; dit betekent dat indicatoren 1b (Virale load bepaling na behandeling - MSM patiënten), 2b (Virale load bepaling per 14 maanden - MSM patiënten) en 3b (Onderdrukte virale replicatie na behandeling - MSM patiënten) zijn verwijderd uit de set.	Op verzoek van de werkgroep is deze indicator verwijderd. Reden hiervoor is dat de verschillen van de subgroep MSM patiënten t.o.v. de totale HIV geïnfecteerde marginaal zijn gebleken.
3. Onderdrukte virale replicatie na behandeling	Toegevoegd als exclusie criterium: zwangere vrouwen	Zwangeren kunnen ten tijde van de zwangerschap een kortdurende HAART-behandeling ondergaan, waardoor ze na 6 maanden niet meer onder behandeling zijn.
CD4 bepaling zonder behandeling	Deze indicator is verwijderd	Op verzoek van de werkgroep is deze indicator verwijderd, omdat het om een te klein aantal patiënten gaat.
4. Volume	Deze indicator is toegevoegd op verzoek van de vragende partijen (NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland).	

3.3.15 Psoriasis

Door het toevoegen van de volume-indicator bestaat de definitieve set uit vijf indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
3. Dagbehandeling	Omgezet naar Intensieve therapie	De term dagbehandeling was multi-interpretabel en is vervangen door de term intensieve therapie.
5. Volume	Toegevoegd op verzoek van NPCF/Consumentenbond	

3.3.16 Dementie

Een belangrijke wijziging is doorgebracht in de populatiebepaling, welke nu niet meer aan de hand van DBC's is.

In verband met het verwijderen van een aantal indicatoren wegens geringe inhoudsvaliditeit is de set gereduceerd tot twee indicatoren.

Indicator	Aanpassingen	Opmerkingen
Populatiebepaling	<p>De populatiebepaling is als volgt aangepast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het uitgangspunt van de patiëntenpopulatie zijn patiënten die naar het ziekenhuis worden verwezen wegens dementie, vergeetachtigheid of voor een analyse van cognitieve klachten. - Deze patiënten kunnen door verschillende professionals behandeld worden. - Patiënten van alle leeftijden worden meegenomen. 	<p>De populatiebepaling was beschreven aan de hand van DBC's. Aangezien deze niet van toepassing zijn voor deze indicatorenset is de populatiebepaling hier ook op aangepast.</p>
Onderliggende aandoeningen	<p>Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe inhoudsvaliditeit.</p>	
Tevredenheidonderzoek	<p>Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe inhoudsvaliditeit.</p>	
Protocol ziekenhuisopname	<p>Deze indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege geringe inhoudsvaliditeit.</p>	

4 Conclusie

Naast het reguliere onderhouds- en revisiewerk was de opdracht voor Zichtbare Zorg ziekenhuizen 2010 ook het toevoegen van 72 nieuwe indicatoren (volume, praktijkvariatie en ZN). Uiteindelijk is ruim 65% van deze nieuw toe te voegen indicatoren (n=48) ook daadwerkelijk opgenomen in de definitieve gidsen. Daarnaast zijn zeven indicatoren extra opgenomen op verzoek van de werkgroepen.

Niet alle sets en indicatoren zijn uiteindelijk goedgekeurd door de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De hoge registratielast was daar meestal de reden van. Door het wegvallen van de zorginhoudelijke indicatoren voor Coeliakie, is het totale aantal gidsen waarvoor onderhoud of revisie is gepleegd uitgekomen op 33 gidsen met in totaal 145 indicatoren; dat zijn gemiddeld ruim 4 indicatoren per set.

In totaal bestaat de set indicatoren-gidsen van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen die in 2012 worden uitgevraagd (over verslagjaar 2011) uit 43 sets met gemiddeld 4-5 zorginhoudelijke indicatoren per set. Naast de 34 sets in de revisie/het onderhoud zijn er in 2011 voor zeven aandoeningen nieuwe indicatorensets ontwikkeld en zijn voor één set (Coeliakie) de zorginhoudelijke indicatoren komen te vervallen. Een groot deel van de 43 sets bevat ook klantpreferentievragen. Er zijn drie gidsen met alleen klantpreferentievragen en geen zorginhoudelijke indicatoren (Coeliakie, IBD en Parkinson).

Bijlage 1 Werkzaamheden per indicatorenset

1. Aandoening en tranche (aantal indicatoren huidige set)	2. Onderhoud of revisie	3. Outcome/Volume/ Praktijkvariatie (indien relevant)	4. Uitwerking ZN-set	5. Overig
TRANCHE 1				
Blaascarcinoom	Onderhoud	# Volume uitwerken # Geen praktijkvariatie		# Omzetten uitkomstindicator 4 naar 5-jaars overleving
Mammacarcinoom	Onderhoud	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie	1 ZN uitwerken: dataregistratie	# NVvH normen van toepassing
Cataract	Onderhoud	# Volume uitwerken # Plexus werkt praktijkvariatie uit	2 ZN uitwerken: # dataregistratie (integreren met indicator 1) # resultaat behandeling	# Rekening houden met overlap IGZ. # 1 WG-vergadering
Diabetes	Onderhoud	# Volume uitwerken voor kinderen en volwassenen (kinderen binnen ZN beschikbaar; volwassenen beschikbaar binnen KP)	2 ZN uitwerken: # dataregistratie (kind) # BMI (volw)	# Onderscheid maken tussen volwassenen en kinderen binnen set. # 1 WG-vergadering
Heup-Knievervangning	Onderhoud	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Plexus werkt praktijkvariatie uit	3 ZN uitwerken: # levensduur heup-implantaten # implantaat-registratie # routine controles	1 WG-vergadering
Liesbreukoperaties	Onderhoud	# Volume uit werken (beschikbaar binnen KP) # Plexus werkt praktijkvariatie uit	2 ZN uitwerken: # lokale anesthesie # pijnscore	1 WG-vergadering
Lumbosacraal Radiculair Syndroom	Onderhoud	# Volume uit werken (beschikbaar binnen KP) # Praktijkvariatie reeds uitgewerkt door Plexus (als onderdeel van Wervelkolomchirurgie)		1-2 WG-vergaderingen
Stress-incontinentie bij de vrouw	Onderhoud	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		# Schriftelijke ronde # Alleen gynaecologie, niet urologie
Varices	Onderhoud	# Volume uit werken (beschikbaar binnen KP) # Plexus werkt praktijkvariatie uit	1 ZN uitwerken: behandel-aanbod	# Let op afstemming Hart & Vaatgroep # 1 WG-vergadering
Ziekten van Adenoïd en Tonsillen	Onderhoud	# Volume uitwerken # Praktijkvariatie reeds uitgewerkt door Plexus		Schriftelijke ronde

1. Aandoening en tranche (aantal indicatoren huidige set)	2. Onderhoud of revisie	3. Outcome/Volume/ Praktijkvariatie (indien relevant)	4. Uitwerking ZN-set	5. Overig
TRANCHE 2				
Beroerte	Onderhoud	# Volume uit werken (beschikbaar binnen KP) # Plexus werkt praktijkvariatie uit (carotischirurgie)	6 ZN uitwerken: # organisatie # behandeling oefentherapie # opnameduur # MDO # behandeling trombolyse # wachttijd tot carotisoperatie	# Incl carotischirurgie # Overlap ZN en KP nagaan # 1 WG-vergadering
Colorectaal carcinoom	Onderhoud	# Volume uitwerken via DSCA # Geen praktijkvariatie	3 ZN uitwerken: # colonscopie # diagnostiek lymfeklieren # chemo- en radiotherapie	# Koppeling met DSCA # NVvH-normen van toepassing # 1 WG-vergadering
Constitutioneel eczeem	Onderhoud	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		Schriftelijke ronde
Cystic Fibrosis	Onderhoud	# Volume uitwerken # Geen praktijkvariatie		Schriftelijke ronde
OSAS volwassenen	Onderhoud	# Volume uitwerken # Plexus werkt praktijkvariatie uit	3 ZN uitwerken: # compliance CPAP # effectiviteit primaire behandeling # BMI	1 WG-vergadering
Reumatoïde artritis	Onderhoud	# Geen volume uitwerken # Geen praktijkvariatie		Alleen regulier onderhoud
Coeliakie	Onderhoud	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		# Schriftelijke ronde
TRANCHE 3				
Baarmoederhals afwijkingen	Revisie			# Alleen regulier onderhoud # Alleen werkgroepvergadering voor revisie
Longcarcinoom	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		# NVvH-normen van toepassing # Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk
Maagcarcinoom	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk

1. Aandoening en tranche (aantal indicatoren huidige set)	2. Onderhoud of revisie	3. Outcome/Volume/ Praktijkvariatie (indien relevant)	4. Uitwerking ZN-set	5. Overig
Melanoom huid	Revisie	# Volume uitwerken ? # Geen praktijkvariatie		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk
Maligne lymfoom	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk
Prostaatcarcinoom	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Plexus werkt praktijkvariatie uit		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume en praktijkvariatie schriftelijk
Benigne prostaat hyperplasie (BPH)	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Plexus werkt praktijkvariatie uit		2 vergaderingen (revisie en 1 extra i.v.m. volume en praktijkvariatie)
Nierstenen	Revisie	Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP)		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk
Carpaletunnel-syndroom	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Plexus werkt praktijkvariatie uit		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume en praktijkvariatie schriftelijk
Meniscus en voorste kruisband	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk
Migraine	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk
Osteoporose	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk
Chronische belemmering bloedstroom been	Revisie	#Volume komt terug in Keurmerk Hart&Vaatgroep # Plexus werkt praktijkvariatie uit	2 ZN uitwerken: # operatie # roken	# Afstemming met Hart&Vaatgroep # 2 vergaderingen (revisie en 1 extra i.v.m. volume en praktijkvariatie)
HIV/AIDS	Revisie	# Volume uitwerken # Geen praktijkvariatie		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk
Psoriasis	Revisie	# Volume uitwerken (beschikbaar binnen KP) # Geen praktijkvariatie		# Alleen werkgroepvergadering voor revisie # Volume schriftelijk

1. Aandoening en tranche (aantal indicatoren huidige set)	2. Onderhoud of revisie	3. Outcome/Volume/ Praktijkvariatie (indien relevant)	4. Uitwerking ZN-set	5. Overig
Dementie	Revisie	Geen	Geen	<p># Aandoening wordt op termijn overgeheveld naar Ketenzorg, maar daar is nog geen uitvraag voor deze aandoening. Om te voorkomen dat de set 'verdwijnt' wordt deze nog een jaar uitgevraagd in de ziekenhuizen en wordt er minimaal onderhoud gepleegd.</p> <p># Geen werkgroepvergadering</p>

Bijlage 2 Nationale en Internationale websites

Onderstaande websites zijn doorzocht, mits ze voor de betreffende aandoening tijdens het vorige onderhoud ook informatie hadden opgeleverd.

Nationaal:

1. www.ighealthcare.nl
2. www.rivm.nl
3. www.nivel.nl
4. www.onderzoekinformatie.nl
5. www.oncoline.nl (IKNL)
6. <http://www.med-info.nl/Richtlijnen.html>

Internationaal:

- | | |
|--|--|
| 1. www.aqua-institut.de | 17. ratings2004.healthcarecommission.org.uk |
| 2. www.aezq.de | 18. www.drfoosterintelligence.co.uk/ |
| 3. www.bqs-online.de | 19. www.nip.dk/about+the+danish+natio+nal+indicator+project/indicator+sets |
| 4. www.qualitymeasures.ahrq.gov | 20. www.oha.com |
| 5. www.cms.hhs.gov/quality/hospital/ | 21. www.ccort.ca |
| 6. www.ama-assn.org | 22. www.cancercare.on.ca |
| 7. www.jcaho.org | 23. www.qualityhealth.org.nz |
| 8. www.ncqa.org | 24. www.who.int/en/ |
| 9. www.nsqip.org | 25. http://www.rand.org/ |
| 10. www.qiproject.org | 26. www.oecd.org |
| 11. http://www.qualityforum.org | 27. www.tumori.net/eurochip |
| 12. www.achs.org.au | 28. http://ec.europa.eu/ |
| 13. www.internationalqip.com/indicators.aspx | 29. www.guidelines.gov |
| 14. www.productivity.nhs.uk | 30. www.nursingworld.org |
| 15. www.indicators.scot.nhs.uk/Reports/Published.html | 31. www.cigna.com |
| 16. www.chi.nhs.uk/ratings/ | 32. www.aetna.com |
| | 33. www.nice.org.uk |