



Indicatorenset Baarmoederhalsafwijkingen

Uitvraag 2011

Inhoudsopgave Baarmoederhalsafwijkingen

Overzicht indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen en invulformulier	3
Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren	8
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	9
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen	11
3. Lijst te verzamelen variabelen	24
Bijlage 1: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke verenigingen	29
Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren	30
Bijlage 3: Verwerking commentaar consultatieronde	33
Deel 2: Klantpreferentievragen	35
1. Klantpreferentievragen Baarmoederhalsafwijkingen	36
Afkortingenlijst	39

1. Samenvatting indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen en invulformulier

In dit overzicht vindt u alle indicatoren die in het kader van Zichtbare Zorg voor deze aandoening uitgevraagd worden. U kunt dit overzicht gebruiken om in uw ziekenhuis te verspreiden. In de laatste kolom kunnen indicatorwaarden worden ingevuld. Ook is er ruimte om een opmerking/toelichting te plaatsen over de indicator(waarden).

Zorginhoudelijke indicatoren:

1. Toegangstijd	
Teller: Het aantal patiënten bij wie de eerste colposcopie binnen 15 werkdagen na het maken van de afspraak heeft plaatsgevonden	
Noemer: Het aantal patiënten bij wie een eerste colposcopie heeft plaatsgevonden	
Het percentage patiënten bij wie de eerste colposcopie binnen 15 werkdagen na het maken van de afspraak heeft plaatsgevonden	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

2. Destructieve behandeling	
Teller: Het aantal patiënten behandeld voor CIN door middel van een destructieve behandeling	
Noemer: Het aantal patiënten behandeld voor CIN	
Het percentage patiënten behandeld voor CIN door middel van een destructieve behandeling	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

3. Cervix exconisaties	
Teller: Het aantal patiënten behandeld voor CIN door middel van een cervix exconisatie	
Noemer: Het aantal patiënten behandeld voor CIN	
Het aantal patiënten behandeld voor CIN door middel van een cervix exconisatie	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

4. Overbehandeling	
Teller: Het aantal patiënten behandeld met een liexcisie of exconisatie voor vermeende hooggradige CIN, waarbij definitieve histologie CIN 0 of CIN 1 is	
Noemer: Het aantal patiënten behandeld met een liexcisie of exconisatie voor vermeende hooggradige CIN	
Het percentage patiënten behandeld met een liexcisie of exconisatie voor vermeende hooggradige CIN, waarbij definitieve histologie CIN 0 of CIN 1 is	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

5. Niet-lokale anesthesie	
Teller: Het aantal patiënten dat behandeld is voor CIN dat een ingreep heeft gehad die niet onder lokale anesthesie is uitgevoerd	
Noemer: Het aantal patiënten dat behandeld is voor CIN dat een ingreep heeft gehad	
Het percentage patiënten dat behandeld is voor CIN dat een ingreep heeft gehad die niet onder lokale anesthesie is uitgevoerd	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

6. Normale cervixcytologie	
Teller: Het aantal patiënten dat behandeld is voor CIN, met een normale cervixcytologie 6-12 maanden na de behandeling	
Noemer: Het aantal patiënten dat behandeld is voor CIN, met een cervixcytologie 6-12 maanden na de behandeling	
Het percentage patiënten dat behandeld is voor CIN, met een normale cervixcytologie 6-12 maanden na de behandeling	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Klantpreferentievragen:

Vraag 1	Op welke wijze(n) wordt op uw ziekenhuislocatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met baarmoederhalsafwijkingen?						
	Methode	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website)	Anders, namelijk ...	Geen informatie
	Onderwerp						
	PAP-uitslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CIN categorieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Colposcopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandelopties die het ziekenhuis aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandelopties die het ziekenhuis niet aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mogelijke bijwerkingen en complicaties van behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mogelijke terugkeer van onrustige cellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogelijke gevolgen van bepaalde ingrepen op (toekomstige) zwangerschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anders, namelijk ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>Opmerking over indicator:</i>							
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>							

Vraag 2	Biedt uw ziekenhuislocatie patiënten met baarmoederhalsafwijkingen de volgende behandelmethoden aan?	
	Methode	Aangeboden door ziekenhuislocatie?
	Lisexcisie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Conisatie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Cryochirurgie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Anders, namelijk ...		
<i>Opmerking over indicator:</i>		
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>		

Vraag 3	Hebben patiënten met baarmoederhalsafwijkingen op uw ziekenhuislocatie één vaste gynaecoloog? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<i>Opmerking over indicator:</i> <i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Vraag 4	Hoe worden patiënten met baarmoederhalsafwijkingen op uw ziekenhuislocatie in eerste instantie toegewezen aan een gynaecoloog? <input type="checkbox"/> N.a.v. wachttijd <input type="checkbox"/> N.a.v. aandachtsgebied/expertises van de gynaecoloog <input type="checkbox"/> N.a.v. de voorkeur van de patiënt <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ...
<i>Opmerking over indicator:</i> <i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Vraag 5	Wie is op uw ziekenhuislocatie het vaste aanspreekpunt voor patiënten met baarmoederhalsafwijkingen? <input type="checkbox"/> De behandelend gynaecoloog <input type="checkbox"/> Een casemanager <input type="checkbox"/> Een verpleegkundige, gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist/nurse practitioner <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ...
<i>Opmerking over indicator:</i> <i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Vraag 6	<p>Wordt er bij de behandeling van patiënten met baarmoederhalsafwijkingen standaard nagegaan of de afwijkende cellen worden veroorzaakt door het HPV?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja, bij iedere patiënt met baarmoederhalsafwijkingen <input type="checkbox"/> Ja, bij vermoeden op aanwezigheid van het HPV <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ... </p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 7	<p>Wordt er een dag na de behandeling van baarmoederhalsafwijkingen telefonisch contact met de patiënt opgenomen door de verpleegkundige om te horen hoe het met de patiënt gaat en of zij nog vragen heeft?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee </p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de indicatorenset Baarmoederhalsafwijkingen bestond uit de volgende personen:

NVOG: Dhr. Dr. J.P. Lips, gynaecoloog, Kennemer Gasthuis

Dhr. Dr. R.L.M. Bekkers, gynaecologisch oncoloog, UMC St Radboud

Dhr. Dr. D. van Hamont, gynaecoloog i.o., UMC St Radboud

Dhr. Dr. W.A. ter Harmsel, gynaecoloog, Reinier de Graaf Groep

Mevr. Drs. A. Zaal, arts onderzoeker, UMCU

NVVP: Dhr. Dr. F.J. van Kemenade, patholoog, VUMC

ZN: Mevr. I. Harms, adviserend geneeskundige

Afstemming met bestaande richtlijnen

Voor het opstellen van de indicatorset voor baarmoederhalsafwijkingen is gebruik gemaakt van de aanbevelingen uit de richtlijn 'Cervicale epitheliale neoplasie, 2004'.

Populatiebepaling Baarmoederhalsafwijkingen

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

De populatie voor de indicatorenset baarmoederhalsafwijkingen bestaat uit het aantal patiënten dat op enig moment in het verslagjaar een DBC heeft die voldoet aan:

- DBC code G19 (Cervixafwijkingen inclusief afwijkende cervixcytologie).
- Inclusie/exclusiecriteria zoals benoemd in de factsheets in hoofdstuk 2.
- Behandelcodes:
 - 501 operatief groep 1 behandeling op de polikliniek
 - 502 operatief groep 1 behandeling op de dagopname
 - 503 operatief groep 1 behandeling met klinische opname
 - 504 operatief groep 1 behandeling op de polikliniek, eenmalig bezoek
 - 602 operatief groep 2 behandeling met klinische opname
 - 603 operatief groep 2 diagnostische ingreep/behandeling met klinische opname
 - 702 operatief groep 3 diagnostische ingreep/behandeling met dagopname
 - 703 operatief groep 3 diagnostische ingreep/behandeling met klinische opname.

De indicatoren worden meegenomen in het verslagjaar waarin de DBC's worden gesloten (zie figuur). De lichtblauwe balk geeft de DBC weer en het zwarte puntje in de donkerblauwe balk de activiteit c.q. verrichting. Voor inclusie moet een DBC gesloten zijn voor het einde van het verslagjaar. De registratieperiode kan echter al wel voor het begin van het verslagjaar zijn begonnen

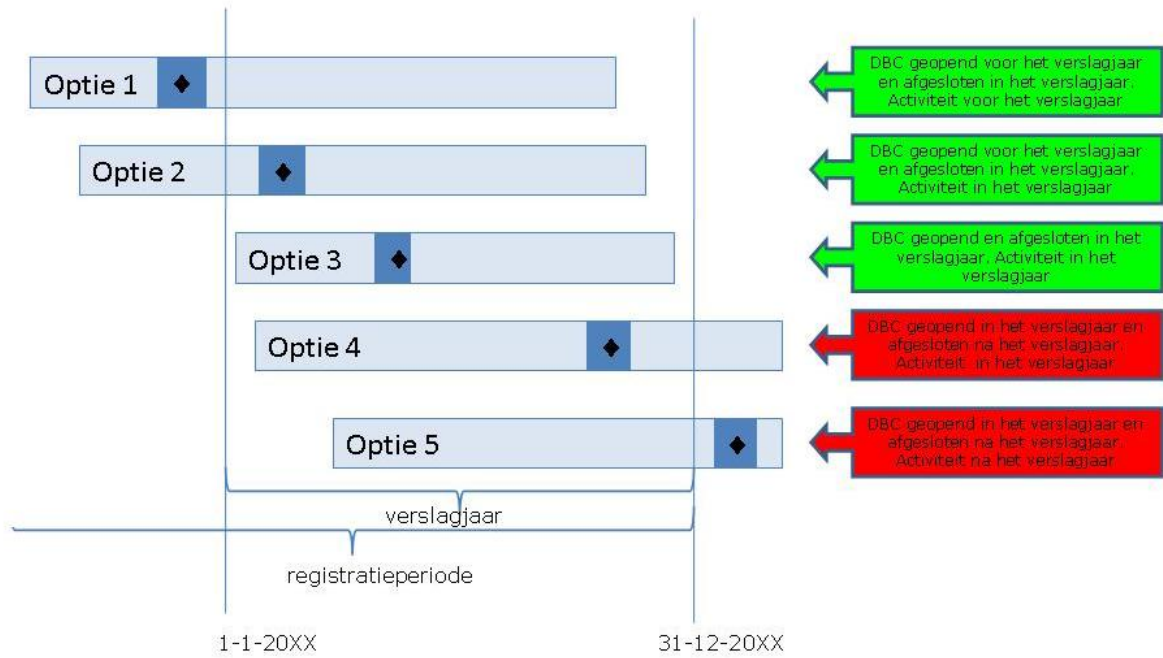
Parallele DBC's worden meegenomen. Om dubbelregistratie te voorkomen, dient geselecteerd te worden op het unieke patiëntnummer. Voor codes en instructies, zie de variabelenlijst en rekenregels (tabellen 1 en 2).

In- en exclusiecriteria

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken, heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld op leeftijd of comorbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen worden gesteld aan de DBC. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifieke verrichting.

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen

corrigeren voor comorbiditeit, die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.



2. Zorginhoudelijke indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen

1. Toegangstijd	
Relatie tot kwaliteit	Voor patiënten met een voorstadium van een cervixcarcinoom (ofwel Cervicale Intra-epitheliale Neoplasie; CIN) is het belangrijk dat aanvullende diagnostiek snel wordt verricht. Lange wachttijden zijn vanuit het patiëntenperspectief onaanvaardbaar. Ook artsen wensen korte wachttijden vanuit het streven naar optimale zorg voor patiënten met een baarmoederhalsafwijking.
Operationalisatie	Het percentage patiënten bij wie de eerste colposcopie binnen 15 werkdagen na het maken van de afspraak heeft plaatsgevonden
Teller	Het aantal patiënten bij wie de eerste colposcopie heeft plaatsgevonden binnen vijftien werkdagen na het maken van de afspraak
Noemer	Het aantal patiënten bij wie een eerste colposcopie heeft plaatsgevonden
Definitie(s)	n.v.t.
In- /exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	DBC registratie, verrichtingenregistratie, ZIS, afsprakenregistratie
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid, tijdigheid

Rekenregels

Indicator 1	Toegangstijd	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten bij wie de colposcopie binnen vijftien werkdagen na het maken van de afspraak heeft plaatsgevonden.	# patiënten noemer waarvoor geldt BA15 < 15 werkdagen
Noemer	Selecteer alle patiënten bij wie de diagnose cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie is gesteld en een eerste colposcopie heeft plaatsgevonden.	# patiënten waarvoor BA1 en BA2 gelden

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Colposcopie is een onderzoekstechniek waarbij de baarmoedermond (portio van de cervix uteri) wordt geïnspecteerd met een 10-20x vergrotende binoculaire stereomicroscop. Hierdoor worden ook kleine afwijkingen makkelijk gezien en kunnen deze zo nodig gericht worden gebiopteerd. De colposcopie wordt in de meeste gevallen verricht na een afwijkend uitstrijkje om de afwijking nader te karakteriseren. Dit onderzoek wordt verricht tijdens het eerste bezoek van de patiënt aan de gynaecoloog. Om onnodig stress bij patiënten te voorkomen en zo snel mogelijk uitsluitsel te kunnen geven over de aard van de afwijking is het belangrijk dat dit onderzoek zo spoedig mogelijk plaatsvindt. Er worden in Nederland verschillende streefnormen gesteld voor wachttijden. In het zogenoemde Treek Overleg (afstemmingsorgaan waarin Orde van Medische Specialisten, Vereniging van Nederlandse Ziekenhuizen, Ziekenfonds Nederland, ministerie van VWS, enzovoort, samenwerken) zijn wachttijden voor niet-acute zorg voorgesteld (Treekoverleg, 2000).

Deze indicator is gebaseerd op de Treeknorm, waarin is vastgelegd dat de wachttijd tot poliklinische behandeling in 80% van de gevallen minder dan 15 werkdagen moet zijn.

Mogelijkheden tot verbetering

Het is onbekend in hoeverre er in de praktijk verschillen bestaan tussen de ziekenhuizen. De werkgroep gaat er van uit dat de verschillen niet meer zo groot zouden moeten zijn aangezien de Treeknorm vanaf 1-1-2003 is ingevoerd. De werkgroep acht het echter belangrijk om deze gegevens inzichtelijk te maken en verwacht dat er ruimte is voor verbetering.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De werkgroep verwacht dat er geen of geen eenduidige registratie plaatsvindt van het moment dat de afspraak wordt gemaakt. Dit kan van invloed zijn op de scores op deze indicator.

Validiteit

De mate van bewijskracht hiervoor is D, dat wil zeggen dat de werkgroep hierover consensus heeft bereikt.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat de betrouwbaarheid van de indicator beperkt is, omdat het vermoeden bestaat dat de data niet in alle ziekenhuizen op eenduidige wijze worden geregistreerd (zie registreerbaarheid).

Discriminerend vermogen

Met de indicator kan een goed onderscheid gemaakt worden tussen de ziekenhuizen die al dan niet aan de Treeknorm voldoen.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

De ernst van de vermoedelijke afwijking kan mogelijk invloed hebben op de wachttijd, waarbij verwacht wordt dat de wachttijd korter zal zijn naarmate de vermoedelijke afwijking ernstiger lijkt. Een patiënte met Pap 3B, 4 of 5 krijgt in de praktijk voorrang boven een patiënte met Pap 2 of 3A (onderscheiden 3A geringe dysplasie en 3A matige dysplasie; Matige dysplasie betekent directe verwijzing). Daarnaast kan er sprake zijn van "patient delay" waardoor normen niet gehaald worden terwijl dat dan niet aan de zorgverleners ligt. De werkgroep verwacht echter dat de ziekenhuizen in gelijke mate met deze verschillen te maken hebben.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/ tijdsinvestering

Afhankelijk van de inrichting van het ZIS/EPD van het ziekenhuis, wordt de informatie gestructureerd opgeslagen en kan deze geëxtraheerd worden met behulp van query's. Indien het ziekenhuis deze gegevens niet gestructureerd opslaat, dient de periode tussen het maken van de afspraak en de eerste colposcopie handmatig te worden berekend en geregistreerd.

Referenties

- Treekoverleg: Notitie Streefnorminstelling wachttijden curatieve sector. Zeist, 2000: Zorgverzekeraars Nederland.
- Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Advies inzake wachttijdnormen in de kankerzorg. Signalement. Oisterwijk, 2006: Drukkerij van den Boogaard.
- NHS Cancer Screening Programme. Modelling the impact of referral guideline changes for mild dyskaryosis. Sheffield, 2006: NHSCSP.

2. Destructieve behandeling

Relatie tot kwaliteit	Destructieve behandelingen van CIN hebben het risico dat een (micro)invasief carcinoom wordt gemist en daardoor insufficiënt behandeld, hetgeen de kwaliteit van zorg negatief beïnvloedt. Het percentage uitgevoerde destructieve behandelingen zou daarom kleiner moeten zijn dan 5%.
Operationalisatie	Het percentage patiënten behandeld voor CIN door middel van een destructieve behandeling
Teller	Het aantal patiënten behandeld voor CIN door middel van een destructieve behandeling
Noemer	Het aantal patiënten behandeld voor CIN
Definitie(s)	Bij een destructieve behandeling wordt weefsel compleet verwijderd. Het gaat op de volgende behandelingen: cryochirurgie of laservaporisatie.
In- /exclusiecriteria	Exclusie: Alle patiënten met een normaal uitstrijkje die met een destructieve methode zijn behandeld
Bron	DBC registratie, verrichtingenregistratie
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit

Rekenregels

Indicator 2	Destructieve behandeling	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten die een destructieve behandeling hebben ondergaan van CIN.	# patiënten noemer waarvoor geldt BA5 = ja
Noemer	Selecteer patiënten, bij wie de diagnose cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie is gesteld, met CIN bij wie een behandeling is uitgevoerd.	# patiënten waarvoor BA1 en BA6 gelden

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Lisexcisie van de transformatiezone is de voorkeursbehandeling van CIN. Bij deze behandeling is histologisch onderzoek van het verwijderde weefsel mogelijk en kan een niet eerder herkende maligniteit alsnog worden opgespoord. Dit is bij andere behandelingen zoals cryocoagulatie en laserevaporisatie niet mogelijk.

De werkgroep is van mening dat de indicator een belangrijke relatie heeft met de kwaliteit van zorg; verschillen in de organisatie van praktijken kunnen worden aangetoond.

Mogelijkheden tot verbetering

Er zijn geen data bekend over de huidige zorg maar de werkgroep verwacht dat er ruimte is voor verbetering.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De meeste indicatoren zijn zo opgesteld dat geldt: hoe hoger de score hoe beter de kwaliteit van zorg. Voor deze indicator geldt dat niet. De score van de indicator moet bij voorkeur lager zijn dan 5%.

Validiteit

De mate van bewijskracht hiervoor is D, dat wil zeggen dat de werkgroep hierover consensus heeft bereikt.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat de betrouwbaarheid van de indicator beperkt is, omdat het vermoeden bestaat dat de benodigde data niet in alle ziekenhuizen op eenduidige wijze worden geregistreerd.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat de indicator een onderscheid laat zien tussen de ziekenhuizen.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Verschillen in patiëntengroepen (case-mix en mogelijk andere co-variabelen) spelen bij deze indicator geen rol.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Er kan gebruik worden gemaakt van bestaande en geautomatiseerde gegevensbronnen. De informatie wordt gestructureerd opgeslagen in DBC- en verrichtingenregistraties. Het vermoeden bestaat dat de benodigde data niet in alle ziekenhuizen op eenduidige wijze geregistreerd wordt.

Referenties

- NHS Cancer Screening Programme. Colposcopy and programme management. Sheffield, 2004: NHSCSP.
- Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ.; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. Am J Obstet Gynecol 2007;197(4):340-5.
- European Federation for Colposcopy. European Quality Standards for the Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN). 2007
- Jordan J, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, Anttila A, Nieminen P, Prendiville W. European guidelines for clinical management of abnormal cervical cytology, part 2. Cytopathology 2009;20(1):5-16.

3. Cervix exconisaties

Relatie tot kwaliteit	Lisexcisie van de transformatiezone is de voorkeursbehandeling van CIN. Indien er geen duidelijke indicatie voor een exconisatie bestaat, wordt geadviseerd om een lisexcisie te verrichten, daar deze poliklinisch onder plaatselijke verdoving kan worden uitgevoerd en minder bijwerkingen op korte en lange termijn geeft.
Operationalisatie	Het percentage patiënten behandeld voor CIN door middel van een cervix exconisatie
Teller	Het aantal patiënten behandeld voor CIN door middel van een cervix exconisatie
Noemer	Het aantal patiënten behandeld voor CIN
Definitie(s)	n.v.t.
In/ exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	DBC registratie, verrichtingenregistratie
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, doelmatigheid

Rekenregels

Indicator 3	Cervix exconisaties	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten bij wie een cervix exconisatie is uitgevoerd.	# patiënten noemer waarvoor BA8 geldt
Noemer	Selecteer patiënten bij wie de diagnose cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie is gesteld en bij wie een behandeling van CIN is uitgevoerd.	# patiënten waarvoor BA1 en BA6 gelden

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het is bekend dat behandeling van de cervix in het algemeen een risico van vroeggeboorte in de daarop volgende zwangerschappen geeft. Studies hebben aangetoond dat met name het volume en de diepte van het verwijderde weefsel invloed hebben op het risico op vroeggeboorte, en dat het volume dat met exconisatie wordt weggehaald groter is dan dat met lisexcisie. Naast deze complicatie, is ook beschreven dat er bij exconisatie vaker stenose van het cervicale kanaal ontstaat. Dit alles, in combinatie met het gegeven dat exconisatie en lisexcisie gelijke effectiviteit hebben voor behandeling van CIN, heeft geleid tot de aanbeveling in de landelijke richtlijn van de werkgroep oncologische gynaecologie (versie 1.1) om alleen een exconisatie te verrichten bij verdenking op een microinvasief carcinoom of een adenocarcinoom-in-situ. Daarnaast is de verdenking op een diepe endocervicale laesie een goede indicatie voor het verrichten van een exconisatie, teneinde de gehele laesie te verwijderen.

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat er ruimte is tot verbetering. De mate waarin verbetering bereikt kan worden is onbekend, aangezien geen data van de huidige praktijk bekend zijn.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Zoals hierboven beschreven hebben met name het volume en de diepte van het verwijderde cervicale weefsel invloed op de complicatie risico's. Als er centra zijn waar vaker exconisaties worden gedaan, maar waarbij het volume van het verwijderde weefsel vergelijkbaar is met dat van een liexcisie, dan is deze indicator niet goed interpreteerbaar.

Validiteit

De mate van bewijskracht hiervoor is B, wat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang zijn, of ander vergelijkend onderzoek (niet gerandomiseerd, vergelijkend cohort-onderzoek of patient-controleonderzoek).

Betrouwbaarheid

De verwachting is dat deze gegevens in de ziekenhuizen betrouwbaar geregistreerd kunnen worden.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat met deze indicator een goed onderscheid gemaakt kan worden tussen de ziekenhuizen in de mate waarin deze behandelingen worden uitgevoerd.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Centra waar veel patiënten worden gezien met een sterker vermoeden op een carcinoom zullen hogere percentages exconisaties hebben. Deze bias zou kunnen worden ondervangen door in centra waar het percentage exconisaties relatief hoog is naar de ingangscytologie te kijken. Indien een centrum relatief veel vrouwen behandelt waarbij de laesie diep endocervicaal zit zou dit een bias kunnen geven. Deze bias kan ondervangen worden door de leeftijd van de patiënten mee te wegen, omdat de cervicale transformatiezone vaker niet te overzien is bij postmenopauzale vrouwen.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De informatie voor de noemer en de teller worden in de ziekenhuissystemen gestructureerd opgeslagen en kunnen geëxtraheerd worden.

Referenties

- Martin-Hirsch PP, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO, Keep SL. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;6:CD001318.
- Sjoborg KD, Vistad I, Myhr SS, Svenningsen R, Herzog C, Kloster-Jensen A, et al. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(4):423-8.
- Girardi F, Heydarfadai M, Koroschetz F, Pickel H, Winter R. Cold-knife conization versus loop excision: histopathologic and clinical results of a randomized trial. *Gynecol Oncol* 1994;55:368-70.
- Noehr B, Jensen A, Frederiksen K, Tabor A, Kjaer SK. Depth of cervical cone removed by loop electro-surgical excision procedure and subsequent risk of spontaneous preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2009;114(6):1232-8.
- Phadnis SV, Atilade A, Young MP, Evans H, Walker PG. The volume perspective: a comparison of two excisional treatments for cervical intraepithelial neoplasia (laser versus LLETZ). *BJOG* 2010;117(5):615-9.
- Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Meyer P, Philippe E. Risk of cervical stenosis after large loop excision or laser conization. *Obstet Gynecol* 1996;88(6):933-8.

4. Overbehandeling	
Relatie tot kwaliteit	Overbehandeling van patiënten met een vermeende hooggradige CIN heeft een negatief effect op de reproductieve functie (RR voor vroeggeboorte 1.5-3), geeft discomfort voor de patiënt en verhoogt het risico op complicaties tijdens de behandeling.
Operationalisatie	Het percentage patiënten behandeld met een liexcisie of exconisatie voor vermeende hooggradige CIN, waarbij definitieve histologie CIN 0 of CIN 1 is
Teller	Het aantal patiënten behandeld met een liexcisie of exconisatie voor vermeende hooggradige CIN, waarbij definitieve histologie CIN 0 of CIN 1 is
Noemer	Het aantal patiënten behandeld met een liexcisie of exconisatie voor vermeende hooggradige CIN
Definitie(s)	Vermeend hooggradig betekent dat de colposcopist de indruk heeft dat de afwijking CIN 3 is en op basis van die colposcopische indruk, nog niet bevestigd door histologie, behandelt
In/ exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	Database colposcopy unit: aantal vermeende hooggradige CIN, aantal behandelingen. PA verslagen/ ZIS/ EPD / PALGA database: definitieve PA hooggradig of niet. DBC registratie, verrichtingenregistratie
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit

Rekenregels

Indicator 4	Overbehandeling	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die onder de noemer zijn verzameld. Selecteer hiervan de patiënten waarbij de definitieve PA CIN 0 of CIN 1 laat zien.	# patiënten noemer waarvoor geldt BA11 = ja
Noemer	Selecteer alle patiënten bij wie de diagnose cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie is gesteld en die behandeld zijn met een liexcisie of exconisatie voor vermeende hooggradige CIN.	# patiënten waarvoor BA1 geldt, waarvoor BA8 of BA9 geldt en waarvoor geldt BA10 = ja

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Bij een hooggradige afwijking van de baarmoederhals wordt een behandeling ingezet. Als deze behandeling zwaarder is dan nodig of wanneer er meer behandelingen worden ingezet dan nodig dan heeft dit nadelige gevolgen voor de patiënten. Mogelijke negatieve effecten zijn negatieve effecten op de reproductieve functie (RR voor vroeggeboorte 1.5-3), discomfort van de behandeling zelf en een verhoogd risico op complicaties tijdens de behandeling.

Een biopt dat is afgenomen bij een patiënte wordt onderzocht op afwijkingen. Aan het weefsel wordt dan een bepaalde CIN waarde toegekend. CIN staat voor Cervicale intra-epithale neoplasie. Dit wordt gebruikt om weer te geven hoe erg het weefsel afwijkt van normaal weefsel maar kan nog steeds geen uitsluitsel geven over het wel of niet aanwezig zijn van kanker. De volgende uitslagen kunnen worden gegeven.

- CIN I (lichte dysplasie): Lichte afwijking, geen behandeling, na 6 maanden uitstrijkje.
- CIN II (matige dysplasie): Duidelijke afwijking in cellen, arts kan kiezen voor behandeling of regelmatige controle.
- CIN III (ernstige dysplasie): Ernstig afwijkende cellen. Dit kan een voorstadium zijn van kanker. Behandeling is zeker nodig.

Als er een behandeling wordt ingezet bij CIN 0 of CIN 1 dan kan dit worden gezien als overbehandeling.

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat er ruimte is tot verbetering. De mate waarin verbetering bereikt kan worden is onbekend, aangezien geen data van de huidige praktijk bekend zijn.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De meeste indicatoren zijn zo opgesteld dat geldt: hoe hoger de score hoe beter de kwaliteit van zorg. Dit geldt niet voor deze indicator overbehandeling. Hoe hoger de score op deze indicator hoe minder voldaan wordt aan goede zorg. Het is mogelijk om de score te lezen als (100-x) waarbij x de score is op de indicator. Dan geldt wel weer het principe 'hoe hoger de score' hoe beter de zorg.

Validiteit

De mate van bewijskracht hiervoor is D, wat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt. De werkgroep is van mening dat deze indicator een belangrijke relatie heeft met de kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid

Een mogelijk probleem dat kan leiden tot minder betrouwbare metingen is de definitie en afgrenzing van de diagnose entiteiten CIN en de gradering (I, versus II versus III) daarvan.

Discriminerend vermogen

Met de indicator kan een goed onderscheid gemaakt worden tussen de ziekenhuizen in de mate waarin overbehandeling heeft plaatsgevonden.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Verschillen in patiëntengroepen spelen bij deze indicator geen rol.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de noemer kan veelal gebruik gemaakt worden van bestaande en geautomatiseerde gegevensbronnen. Het kunnen herleiden van gegevens uit deze bronnen hangt af van de kwaliteit van de database colposcopy unit. Voor de teller is vermoedelijk ook handmatige dataverzameling noodzakelijk.

Referenties

- Noehr B, Jensen A, Frederiksen K, Tabor A, Kjaer SK. Depth of cervical cone removed by loop electrosurgical excision procedure and subsequent risk of spontaneous preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2009;114(6):1232-8.
- Sjoborg KD, Vistad I, Myhr SS, Svenningsen R, Herzog C, Kloster-Jensen A, et al. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(4):423-8.

- TOMBOLA Group. Biopsy and selective recall compared with immediate 2 large loop excision in management of women with low grade cervical cytology referred for colposcopy: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2009;339:b2548.
- Martin-Hirsch PPL, Paraskevaidis E, Kitchener HC. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia (Review). *The Cochrane Database of systematic Reviews* 2009.
- Creagh T, Bridger JE, Kupek E, et al. Pathologist variation in reporting cervical borderline epithelial abnormalities and cervical intraepithelial neoplasia. *J Clin Pathol* 1995;48:59-60.
- Abadi, MA, Ho GYF, Burk, RD, Romney, SI, Kadish AS. Stringent Criteria for Histological Diagnosis of Koilocytosis Fail to Eliminate Overdiagnosis of Human Papillomavirus Infection and Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade I. *Hum Pathol* 1998;29:54-9.
- Klaes R, Benner A, Friedrich T, Ridder, R, Herrington S, Jenkins D, Kurman RJ, Schmidt D, Stoler D, von Knebel Doeberitz M. p16INK4a Immunohistochemistry Improves interobserver Agreement in the Diagnosis of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Am J Surg Pathol* 2002;26(11): 1389-99.
- Bergeron C, Ordi J, Schmidt D, Trunk MJ, Keller T, Ridder R, for the European CINtec Histology Study Group. Conjunctive p16INK4a Testing Significantly Increases Accuracy in Diagnosing High-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Am J Clin Pathol* 2010;133:395-406

5. Niet-lokale anesthesie	
Relatie tot kwaliteit	Alle ingrepen die worden uitgevoerd bij patiënten met hooggradige CIN worden in de regel onder lokale anesthesie verricht. Hoe minder anesthesie gebruikt wordt, des te kleiner is het risico op complicaties.
Operationalisatie	Het percentage patiënten dat behandeld is voor CIN dat een ingreep heeft gehad die niet onder lokale anesthesie is uitgevoerd
Teller	Het aantal patiënten dat behandeld is voor CIN dat een ingreep heeft gehad die niet onder lokale anesthesie is uitgevoerd
Noemer	Het aantal patiënten dat behandeld is voor CIN dat een ingreep heeft gehad
Definitie(s)	n.v.t.
In/ exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	DBC-registratie en verrichtingenregistratie, anesthesieverlag
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid

Rekenregels

Indicator 5	Niet-lokale anesthesie	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie van de noemer. Selecteer patiënten die bij de ingreep op de operatiekamer regionale of algehele anesthesie heeft gekregen	# patiënten noemer waarvoor BA12 geldt
Noemer	Selecteer alle patiënten bij wie de diagnose cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie is gesteld en met een CIN een ingreep heeft gekregen.	# patiënten waarvoor BA1 en BA6 gelden

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De meest gangbare vorm van anesthesie bij ingrepen bij patiënten met een hooggradige CIN is lokale anesthesie. Af en toe wordt een patiënt onder algehele anesthesie geopereerd, maar dit gebeurt alleen in die gevallen waarbij de patiënt te angstig is voor een lokale ingreep of wanneer een zeer gecompliceerde ingreep te verwachten is (ernstig verstoorde anatomie).

Een retrospectief onderzoek vergeleek algemene, regionale (Bier's Block) en lokale anesthesie met elkaar (Gebhard, 2002). Daling van de bloeddruk tijdens de operatie trad significant vaker op bij algemene anesthesie, terwijl tensiestijging significant vaker voorkwam bij regionale anesthesie. Lokale anesthesie gaf significant minder tensieveranderingen (29% versus 50% (regionaal) en 67 % (algemeen)). Bij regionale anesthesie waren de operatieduur en 'operatiekamertijd' het kortst. Postoperatieve pijn kon minder goed worden gecontroleerd na algemene anesthesie. De richtlijncommissie had een voorkeur voor lokale anesthesie (ter plaatse van de incisie) omdat zij van mening was dat deze techniek veiliger is dan andere vormen van anesthesie.

De werkgroep is van mening dat er weinig bewijs is dat lokale anesthesie beter is dan regionale anesthesie, maar het gebruik van lokale anesthesie is wel goedkoper, sneller en minder complicatie-gevoelig dan regionale anesthesie.

De werkgroep veronderstelt dat het kwaliteitsverhogend is wanneer een behandeling van CIN wordt uitgevoerd door middel van een liseexcisie onder lokale verdoving. Het is patiëntvriendelijker en veiliger wanneer algehele of spinale anesthesie niet nodig is.

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat er ruimte is tot verbetering. De mate waarin verbetering bereikt kan worden is onbekend, aangezien geen data van de huidige praktijk bekend zijn.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De intentie is om te meten hoe vaak een patiënte met een hooggradige CIN een ingreep ondergaat onder lokale anesthesie. Deze informatie is vaak niet goed te achterhalen uit bestaande systemen. Patiënten die lokale anesthesie hebben gekregen komen niet op de preoperatieve poli. Of een patiënt die een ingreep heeft gekregen ook op de preoperatieve poli is geweest is wel te achterhalen. Dit heeft ertoe geleid dat er een negatieve indicator is geformuleerd, namelijk 'het percentage patiënten dat behandeld is voor CIN dat een ingreep heeft gehad die niet onder lokale anesthesie is uitgevoerd'. Hoe hoger de score op deze indicator hoe minder voldaan wordt aan goede zorg. Het is mogelijk om de score te lezen als (100-x) waarbij x de score is op de indicator. Dan geldt wel weer het principe 'hoe hoger de score' hoe beter de zorg.

Validiteit

De mate van bewijskracht voor deze indicator is D, dat wil zeggen dat de werkgroep hierover consensus heeft bereikt.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator goed en betrouwbaar te meten is.

Discriminerend vermogen

Met de indicator kan een goed onderscheid gemaakt worden tussen de ziekenhuizen in de mate waarin meer dan lokale anesthesie wordt toegepast.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Verschillen in patiëntengroepen spelen bij deze indicator geen rol.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de noemer kan gebruik gemaakt worden van bestaande en geautomatiseerde gegevensbronnen. Of een patiënt op de pre-operatieve poli is geweest is ook uit de systemen te achterhalen.

Referenties

- Gebhard RE, Al-Samsam T, Greger J, Khan A, Chelly J E. Distal nerve blocks at the wrist for outpatient carpal tunnel surgery offer intraoperative cardiovascular stability and reduce discharge time. *Anest.Analg* 2002;95:351-353.

6. Normale cervixcytologie

Relatie tot kwaliteit	Deze indicator geeft een indicatie over de effectiviteit van de behandeling
Operationalisatie	Het percentage patiënten dat behandeld is voor CIN, met een normale cervixcytologie 6-12 maanden na de behandeling
Teller	Het aantal patiënten dat behandeld is voor CIN, met een normale cervixcytologie 6-12 maanden na de behandeling
Noemer	Het aantal patiënten dat behandeld is voor CIN, met een cervixcytologie 6-12 maanden na de behandeling
Definitie(s)	Onder behandeling voor CIN worden de volgende behandelingen verstaan: liexcisie, cryocoagulatie, exconisatie en laserevaporisatie
In/ exclusiecriteria	Exclusie: alle patiënten die om andere redenen dan CIN een behandeling van de cervix hebben ondergaan
Bron	DBC-registratie, verrichtingenregistratie, pathologie- en cytologieregistratie
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	Teller: 01-01-2009 tot en met 31-12-2010 Noemer: 01-01-2009 tot en met 31-12-2009
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid

*Let op: Omdat voor indicator 6 zes maanden tot één jaar na de behandeling moet worden gekeken, loopt het verslagjaar voor de teller van begin 2009 tot en met eind 2010. Voor de noemer loopt het verslagjaar van begin tot en met einde 2009.

Rekenregels

Indicator 6	Normale cervixcytologie	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten met een normale cytologische uitslag.	# patiënten noemer waarvoor geldt BA14 = ja
Noemer	Selecteer alle bij wie de diagnose cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie is gesteld en die 6-12 maanden na de behandeling voor CIN een cytologische uitslag hebben gehad.	# patiënten waarvoor BA1 geldt en waarvoor geldt 6 maanden < BA16 ≤ 12 maanden

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Afwijkende cervixcytologie twaalf maanden na behandeling voor CIN kan samenhangen met incomplete behandeling of recidief. De kans op recidief CIN na twaalf maanden wordt geschat op kleiner dan tien procent.

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat er ruimte is tot verbetering. De mate waarin verbetering bereikt kan worden is onbekend, aangezien geen data van de huidige praktijk bekend zijn.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Ongewenst effect van het gebruik van de indicator zou kunnen zijn dat de behandelaar meer weefsel van de cervix verwijderd dan strikt noodzakelijk. Dit zou het risico op subfertiliteit of vroeggeboorte kunnen verhogen.

Validiteit

De mate van bewijskracht hiervoor is C, dat wil zeggen dat er enkele niet-vergelijkende onderzoeken bekend zijn.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat de betrouwbaarheid van de indicator beperkt is, omdat het vermoeden bestaat dat de data niet in alle ziekenhuizen op eenduidige wijze worden geregistreerd (zie registreerbaarheid).

De beperkte reproduceerbaarheid van de cytologie geldt voor alle ziekenhuizen in gelijke mate. Dit staat het gebruik van de indicator niet in de weg.

Discriminerend vermogen

Het is onbekend in hoeverre er in de praktijk verschillen bestaan tussen de ziekenhuizen. De werkgroep verwacht dat er met de indicator een goed onderscheid kan worden gemaakt tussen de ziekenhuizen in de effectiviteit van de behandeling.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Verschillen in patiëntengroepen spelen bij deze indicator geen rol.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Binnen het ZIS kan niet (geautomatiseerd) worden geselecteerd op de gevraagde inclusiecriteria. Ook kan geen (geautomatiseerd) overzicht worden gegenereerd van de teller en noemer. Ondanks de beperkte registreerbaarheid acht de werkgroep de indicatoren van dusdanig belang voor de kwaliteit van de zorg dat het inzicht in deze indicator opweegt tegen de registratielast. Omdat deze indicator een uitkomst van de behandeling geeft heeft de werkgroep ervoor gekozen deze indicator wel te selecteren.

Referenties

- www.oncoline.nl. Richtlijn cervicale intraepitheliale neoplasie.
- NHS Cancer Screening Programme. Colposcopy and programme management. Sheffield, 2004: NHSCSP.
- Davey E, d'Assuncao J, Irwig L, Macaskill P, Chan SF, Richards A, Farnsworth A. Accuracy of reading liquid based cytology slides using the ThinPrep Imager compared with conventional cytology: prospective study. *BMJ* 2007;335:31.
- Bais AG, Eijkemans MJ, Rebolj M, Snijders PJ, Verheijen RH, van Ballegooijen M, Meijer CJ, Helmerhorst TJ. Post-treatment CIN: randomised clinical trial using hrHPV testing for prediction of residual/recurrent disease. *Int J Cancer* 2009;124:889-95.

3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld worden. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data-element.

Variabelenlijst

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd.

Op de volgende pagina's worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set Baarmoederhalsafwijkingen. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

- **Variabele nummer:** Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator.
- **Naam:** Naam/beschrijving van de variabele.
- **Vast te leggen waarde:** De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een behandelas van een DBC zijn, ja/nee of een datum.
- **Bron:** De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data-element) te vereenvoudigen Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam of op een andere plaats/ systeem wordt vastgelegd.
- **Instructie:** Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven.
- **Nodig voor indicator:** Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt.

Voor sommige variabelen is het niet mogelijk om direct uit de data de waarde van de variabele te bepalen. Leeftijd is hierbij het meest duidelijke voorbeeld. Om de leeftijd te kunnen bepalen is een peildatum en een geboortedatum nodig. Deze eerste twee gegevens zijn opgenomen bij de variabelen. Bij de indicatoren zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen. Een voorbeeld is: peildatum – geboortedatum = leeftijd.

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variable	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
BA0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is een uniek element dat de basis vormt om koppelingen te maken tussen registratiesystemen	1 Toegangstijd 2: Destructieve behandeling 3: Cervix exconisaties 4: Overbehandeling 5 : Niet-lokale anesthesie 6: Normale cervixcytologie
BA1	Patiënten met de diagnose cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie	DBC-code voor cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie is G19	DBC registratie	Alleen patiënten met een in het verslagjaar afgesloten DBC worden geïncludeerd.	1 Toegangstijd 2: Destructieve behandeling 3: Cervix exconisaties 4: Overbehandeling 5 : Niet-lokale anesthesie 6: Normale cervixcytologie
BA2	Colposcopie voor baarmoederhals afwijking	CBV: 339171 337202 verrichtingen: 039170 037200	DBC registratie, verrichtingen-registratie	De patiënten van wie een DBC met betreffende codering bestaat dienen geselecteerd te worden. NB: het betreft hier de eerst uitgevoerde colposcopie.	1: Toegangstijd
BA3	Datum colposcopie	dd-mm-jjjj	DBC registratie, verrichtingen-	De datum waarop de coloposcopie wordt uitgevoerd. De eerst uitgevoerde colposcopie dient geselecteerd te worden.	1: Toegangstijd

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
			registratie		
BA4	Datum maken van afspraak colposcopie	dd-mm-jjjj	ZIS, afspraken-registratie	De datum waarop de patiënt een afspraak maakt voor een colposcopie dient vastgelegd te worden	1: Toegangstijd
BA5	Destructieve behandeling baarmoederhals afwijking	CBV: 337203 337204 Verrichtingen: 037200	DBC registratie, verrichtingen-registratie	De patiënten van wie een DBC met betreffende codering bestaat dienen geselecteerd te worden. Let op: 037200 is dezelfde code als lisexcisie. Dit is geen destructieve behandeling.	2: Destructieve behandeling
BA6	Behandeling baarmoederhals afwijking	Verrichtingen: 037200 037210	DBC registratie, verrichtingen-registratie	De patiënten van wie een DBC met betreffende codering bestaat dienen geselecteerd te worden.	2: Destructieve behandeling 3: Cervix exconisaties 5 : Niet-lokale anesthesie 6: Normale cervixcytologie
BA7	Datum behandeling baarmoederhals afwijking	dd-mm-jjjj	DBC registratie, verrichtingen-registratie	De datum waarop de behandeling van de baarmoederhalsafwijking heeft plaatsgevonden	6: Normale cervixcytologie
BA8	Cervix exconisatie	CBV: 337220 Verrichtingen: 037210	DBC registratie, verrichtingen-registratie	De patiënten van wie een DBC met betreffende codering bestaat dienen geselecteerd te worden.	3: Cervix exconisaties 4: Overbehandeling
BA9	Lisexcisie cervix	Verrichtingen: 037200	DBC registratie, verrichtingen-registratie	De patiënten van wie een DBC met betreffende codering bestaat dienen geselecteerd te worden.	4: Overbehandeling
BA10	Hooggradige afwijkingen	Ja / Nee	Database colposcopy unit, Palga, DBC	Aantal vrouwen met bij de colposcopie verdenking op CIN3	4: Overbehandeling

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
			registratie, verrichtingen- registratie		
BA11	CIN codering	Ja / Nee	PA verslag	Patiënten met een definitieve histologie CIN 0 of CIN 1 dienen geselecteerd te worden	4: Overbehandeling
BA12	Niet-lokale anesthesie	Verrichtingen: 039691 039692	DBC registratie, verrichtingen- registratie, OK registratie/ver- slag	De patiënten van wie een verrichtingencode met betreffende codering bestaat dienen geselecteerd te worden. Aanname: patiënten die regionale of algehele Niet-lokale anesthesie krijgen worden vooraf gezien op de pre-operatieve screening.	5: Niet-lokale anesthesie
BA13	Datum cytologische uitslag	dd-mm-jjjj	DBC registratie, verrichtingen- registratie, pathologie- en cytologieregis- tratie	De datum waarop de patiënt de patiënt een cytologische uitslag ontvangt	6: Normale cervixcytologie
BA14	Normale uitslag cervixcytologie	Ja / Nee	DBC registratie, verrichtingen- registratie, pathologie- en cytologieregis- tratie	De patiënten die een normale uitslag (Pap1 of Pap2) ontvangen dienen geselecteerd te worden. Patiënten met Pap \geq 3a (afwijkend) dienen niet geselecteerd te worden.	6: Normale cervixcytologie

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Variabele	Te berekenen gegevens	Berekening	Formule	Validatieregels	Nodig voor indicator
BA15	Toegangstijd colposcopie	Datum eerste colposcopie – datum maken van afspraak voor colposcopie	BA3 – BA4	< 15 werkdagen	1: Toegangstijd
BA16	Cytologische uitslag na 12 maanden	Datum cytologische uitslag – datum behandeling voor CIN	BA13 – BA7	6-12 maanden	6: Normale cervixcytologie

Bijlage 1: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke vereniging

De zorginhoudelijke indicatoren uit deze set zijn in 2010 geautoriseerd door:

- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie

Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
Afgevallen indicatoren na praktijktest en commentaarronde		
Aantal colposcopieën verricht per colposcopist	Structuur	Ondanks dat het internationaal gezien een interessante indicator is, hecht de werkgroep meer belang aan de andere geselecteerde indicatoren. Die zeggen meer over de kwaliteit van zorg dan deze indicator.
Tijd van colposcopie met afnemen van cervicaal weefsel tot communiceren uitslag histologisch onderzoek naar de patiënt (95% binnen 10 werkdagen).	Proces	Moeilijk registreerbaar, geen prioriteit en behoort eigenlijk bij de klantpreferenties.
Percentage eerste consulten van patiënten verdacht voor CIN waarop colposcopie meteen wordt gedaan	Proces	Behoort tot de klantpreferenties en heeft geen duidelijke prioriteit binnen de werkgroep. Daarnaast was er in de praktijktest veel verwarring over deze indicator.
Wordt de terugrapportage aan de huisarts ondertekend door de behandelaar?	Proces	Te weinig interesse in de indicator vanuit alle betrokken partijen, ook gebleken tijdens de praktijktest.
Tijd van stellen indicatie voor eerste behandeling van CIN tot uitvoeren van de eerste behandeling (max. 15 werkdagen)	Proces	Lastig registreerbaar en is een klantpreferentie. Daarnaast speelt de moeilijkheid dat bij CIN2 en mogelijk CIN3 geen acute tijdsdruk is. Patiënt en arts kunnen beargumenteerd besluiten de behandeling uit te stellen.
Percentage nabloedingen waarvoor behandeling nodig is na lisexcisie of exconisatie	Uitkomst	Is wel een belangrijke indicator, maar in verband met de haalbaarheid in registratielast van de gehele set niet opgenomen. De andere indicatoren werden hoger geprioriteerd.
Afgevallen indicatoren na schriftelijke ronde		
Tijd van eerste consult bij de gynaecoloog tot colposcopie	Proces	Deze indicator zit verweven in een andere indicator.
Percentage biopten dat geschikt is voor histologische interpretatie (> 95%)	Proces	"Geschikt" is heel discutabel en er is heel weinig literatuur over.
De voorspellende waarde van een colposcopische diagnose van een hooggradige afwijking moet op z'n minst 65% zijn	Proces	Veel variatie in registratie. CIN 0 en CIN 1 zijn een betere afspiegeling.
Wachttijd poliklinische behandeling: 80% < 3 weken, maximaal 4 weken	Proces	Deze indicator zit verweven in een andere indicator.

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
Aantal bezoeken tot de uiteindelijke behandeling	Proces	Bij expectatief beleid zijn er meer polibezoeken, maar is wordt minder vaak een behandeling uitgevoerd.
Hoeveel verschillende zorgverleners ziet een patiënt in een traject?	Proces	Moelijk te definiëren wie zorgverleners zijn en wie niet. Meer een indicator voor de klantpreferenties.
Percentage patiënten dat voorafgaand aan de behandeling colposcopisch gezien is (100%)	Proces	Weinig discriminerende indicator.
Wordt de follow-up na de behandeling uitgevoerd volgens de richtlijnen van de WOG?	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage patiënten waarbij de follow-up binnen 6 tot 8 maanden na de behandeling is gestart (>90%)	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage vrouwen dat na een niet-negatieve test na de behandeling binnen 12 maanden opnieuw gezien is voor colposcopie (100%)	Proces	Deze indicator komt eigenlijk terug in een andere indicator.
Percentage patiënten waaraan schriftelijke informatie is verstrekt over de colposcopie (95%)	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Worden redenen voor het niet nemen van een biopt gedocumenteerd?	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage vrouwen met glandulaire afwijkingen dat colposcopisch gezien is (100%)	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage patiënten dat in een see en treat kliniek vooraf van schriftelijke informatie wordt voorzien (100%)	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage cold-knife conus bij de behandeling van glandulaire afwijkingen	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage hysterectomie als primaire behandeling voor >CIN2	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage vrouwen met een CIN 3 (in biopt) dat met cryotherapie is behandeld	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Ziet degene die de colposcopie doet en eventueel het biopt afneemt de patiënt daarna ook voor verder beleid?	Structuur	Hoort bij klantpreferenties.
Worden colposcopisten ge-audit?	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Worden colposcopie bevindingen opgenomen in het dossier van de patiënt?	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Is de patholoog op de hoogte van de cytologie en de	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
colposcopie bevindingen?		consensusprocedure.
Percentage > CIN 2 dat is behandeld	Uitkomst	Percentage onbehandelde > CIN 2 blijft onbekend
Percentage endocervicale curettages	Uitkomst	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage excisies waarbij weefsel is weggenomen tot op een diepte van 7 mm of meer (95%)	Uitkomst	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage patiënten met schade aan ectocervicaal epitheel of endocervicaal kanaal	Uitkomst	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage = CIN2 dat wordt gevonden in de follow-up (zonder behandeling)	Uitkomst	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage re-excisie bij \geq CIN2	Uitkomst	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Incidentie van invasieve baarmoederhalskanker na abnormale cytologie	Uitkomst	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.

Bijlage 3: Verwerking commentaar consultatieronde

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

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Algemene opmerkingen			
Wanneer niet verder gekomen wordt dan het opstellen van structuurindicatoren, is de oproep dit voor een volgende uitvraag om te zetten tot procesindicatoren/ uitkomstindicatoren.	NPCF	Ter kennisgeving aangenomen	Algemeen commentaar aan alle werkgroepen
Geen belangrijke bezwaren	NVvP	Ter kennisgeving aangenomen	
Indien mogelijk een positieve indicator formuleren (dus niet percentage fout, maar juist het percentage goed)	(werkgroep cervix uteri) NVOG	Deels verwerkt	Werkgroep stemt in met opmerking, zal tijdens het uitwerken van de geselecteerde indicatoren meegenomen worden
Geen normering aanbrengen maar de indicator registreren als benchmark, waarbij de extremen waarschijnlijk al direct naar de betere kant gaan bewegen als dit inzicht t.o.v. andere klinieken ontstaat.	(werkgroep cervix uteri) NVOG	Deels verwerkt	Bij de betreffende indicatoren zullen de mogelijkheden besproken worden in de werkgroep
Er moet wel erg veel geregistreerd worden, waardoor de administratieve last per patiënt die van het contact met de dokter in minuten gaat overschrijden	NVOG-lid (op persoonlijke titel)	Ter kennisgeving aangenomen	De registratielast vermindert als het aantal indicatoren afneemt tot 4-5. De werkgroep zal dit tijdens de selectieprocedure in gedachten houden
Indicator 1: Tijd van verwijzing door huisarts tot colposcopie (80% < 3 weken)			
Geen voorkeur	ZN	Niet verwerkt	Onduidelijk waarom ZN tegen zou zijn. ZN verzet zich niet tegen het opnemen van deze indicator

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Opnemen: Tijd verwijzing HA tot colposcopie (registratiedatum aanmelding tot datum daadwerkelijke colposcopie)	(werkgroep cervix uteri) NVOG		In verband met de registreerbaarheid kiest de werkgroep ervoor de startdatum te veranderen naar het tijdstip dat de patiënt belt voor een afspraak. De kans is groter dat dit elektronisch wordt vastgelegd. Er blijft twijfel over de registreerbaarheid, maar het belang staat vast.
Indicator 2: Percentage destructieve behandeling van premaligniteiten van de cervix < 5%			
Er wordt soms wel erg snel door de bocht gegaan: de laser als destructieve behandeling in de hoek zetten is ongenueanceerd, omdat er indicaties zijn die de laser onmisbaar maken (dysplasie uitgebreidend in fornices en vaginawanden); na voorafgaande biopsie is de kans op (micro)invasie goed afgedekt.	NVOG-lid (op persoonlijke titel)	Deels verwerkt	Een indicator geeft een richtlijn, je hoeft geen 100% te scoren. Er moet ergens in de tekst vermeld worden dat indicatoren altijd met de context geïnterpreteerd moeten worden
Indicator 3: Percentage cervix exconisaties t.o.v. alle behandelingen voor CIN			
Geen			
Indicator 4: Percentage CIN 0 en CIN 1 dat wordt gevonden bij liexcisie of exconisatie			
Opnemen: Percentage CIN0 en CIN1 na behandeling als definitieve PA bij verdenking op hooggradige afwijkingen. (voorstel om CIN0 en 1 te vervangen door CIN2 +)	(werkgroep cervix uteri) NVOG		Niet verwerkt, omdat anders de overbehandeling niet goed geregistreerd wordt.
Indicator 5: Percentage ingrepen met meer dan lokale anesthesie			
Geen			
Indicator 6: Percentage patiënten met normale cervixcytologie 12 maanden na de behandeling voor CIN			
Geen			

Deel 2: Klantpreferentievragen

1. Klantpreferentievragen Baarmoederhalsafwijkingen

De volgende vragen gaan in op de structuur van het aanbod van de zorg rond Baarmoederhalsafwijkingen. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn tot stand gekomen met behulp van inbreng van patiënten. Bij elke vraag worden definities beschreven en de technische haalbaarheid toegelicht.

Vraag 1	Op welke wijze(n) wordt op uw ziekenhuislocatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met baarmoederhalsafwijkingen? *						
	<i>(aanvinken, per onderwerp meerdere antwoorden mogelijk)</i>						
	Methode	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website ¹)	Anders, namelijk ...	Geen informatie
	Onderwerp						
	PAP-uitslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CIN categorieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Colposcopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandelocties die het ziekenhuis aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandelocties die het ziekenhuis niet aanbiedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mogelijke bijwerkingen en complicaties van behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mogelijke terugkeer van onrustige cellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mogelijke gevolgen van bepaalde ingrepen op (toekomstige) zwangerschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anders, namelijk ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Definities	¹ Met website wordt de website van het ziekenhuis bedoeld.						
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011						

Vraag 2	Biedt uw ziekenhuislocatie patiënten met baarmoederhalsafwijkingen de volgende behandelmethoden aan? *	
	<i>(aanvinken, per methode één antwoord mogelijk)</i>	
	Methode	Aangeboden door ziekenhuislocatie?
	Lisexcisie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Conisatie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Cryochirurgie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Anders, namelijk ...		
Definities	Geen bijzonderheden.	
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011	

Vraag 3	Hebben patiënten met baarmoederhalsafwijkingen op uw ziekenhuislocatie één vaste gynaecoloog ¹ ? *
	<i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Definities	¹ Met vaste gynaecoloog wordt bedoeld: de gynaecoloog die de patiënt bij elk poliklinisch consult en controleafspraak ziet en die het behandelplan opstelt, uitvoert en controleert (situaties uitgezonderd waarbij de patiënt tijdens afwezigheid van de vaste gynaecoloog wegens medisch noodzaak door een vervangend gynaecoloog wordt gezien).
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 4	Hoe worden patiënten met baarmoederhalsafwijkingen op uw ziekenhuislocatie in eerste instantie toegewezen aan een gynaecoloog? *
	<i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i>
	<input type="checkbox"/> N.a.v. wachttijd <input type="checkbox"/> N.a.v. aandachtsgebied/expertises van de gynaecoloog <input type="checkbox"/> N.a.v. de voorkeur van de patiënt <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ...
Definitie	Geen bijzonderheden.
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 5	<p>Wie is op uw ziekenhuislocatie het vaste aanspreekpunt¹ voor patiënten met baarmoederhalsafwijkingen? *</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> De behandelend gynaecoloog <input type="checkbox"/> Een casemanager² <input type="checkbox"/> Een verpleegkundige, gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist/nurse practitioner <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ... </p>
Definities	<p>¹Een vast aanspreekpunt is een persoon in het ziekenhuis bij wie de patiënt of diens vertegenwoordiger terecht kan met vragen.</p> <p>²Een casemanager heeft een post MBO + /HBO opleiding casemanagement gevolgd.</p>
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 6	<p>Wordt er bij de behandeling van patiënten met baarmoederhalsafwijkingen standaard nagegaan of de afwijkende cellen worden veroorzaakt door het HPV¹?</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Ja, bij iedere patiënt met baarmoederhalsafwijkingen <input type="checkbox"/> Ja, bij vermoeden op aanwezigheid van het HPV <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ... </p>
Definitie	¹ Humaan Papilloma Virus.
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Vraag 7	<p>Wordt er een dag na de behandeling van baarmoederhalsafwijkingen¹ telefonisch contact met de patiënt opgenomen door de verpleegkundige om te horen hoe het met de patiënt gaat en of zij nog vragen heeft?</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee </p>
Definitie	¹ (Lisexcisie, Conisatie, Cryochirurgie)
Technische haalbaarheid	*Peildatum: 1 april 2011

Afkortingenlijst indicatorenengids baarmoederhalsafwijkingen

CIN	Cervicale intra-epitheliale neoplasie
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
HA	Huisarts
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Pathologie
OK	Operatiekamer
PA	Patholoog Anatoom
PALGA	Pathologisch anatomisch landelijk geautomatiseerd archief
Pap-klasse	Papanicolaou classificatie
RR	Relatief Risico
WOG	Werkgroep Oncologische Gynaecologie
ZIS	Ziekenhuis Informatiesysteem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland