



Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:

Postbus 16119
2500 BC Den Haag

Telefoon:

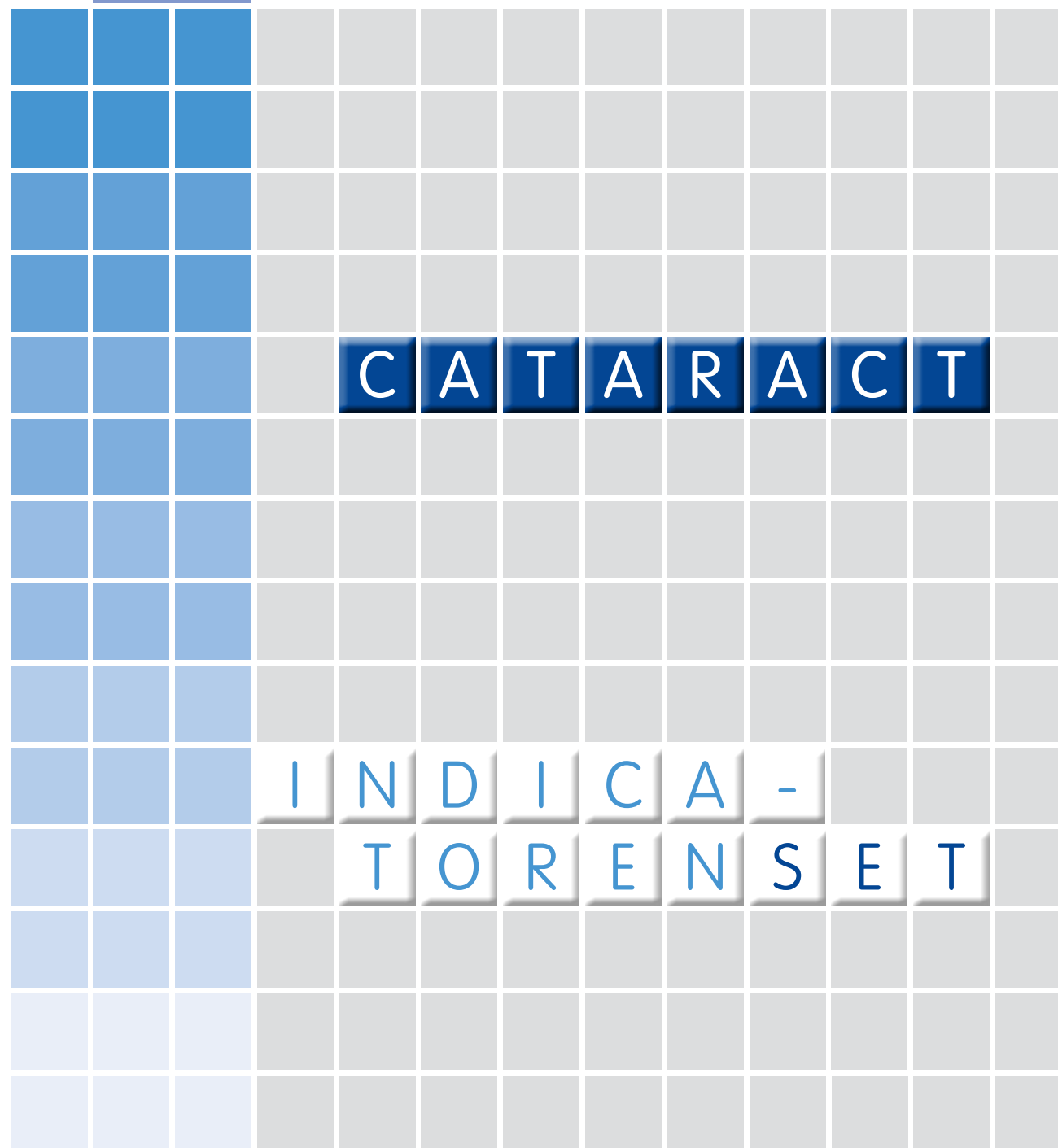
(070) 3407911

Telefax:

(070) 3405725

Internet:

www.zichtbarezorg.nl



C A T A R A C T

I N D I C A -

T O R E N S E T

Colofon

Internet: www.zichtbarezorg.nl

E-mail: info@zichtbarezorg.nl

Samenstelling werkgroep indicatorenset Cataract

Dr. G.J. Bergink, *oogarts*

Drs. Y.P. Henry, *oogarts, voorzitter*

Drs. J.H.J. Klaver, *oogarts*

Dr. P.J. de Lint, *oogarts*

Dhr. G.W. Salemink, *arts, adviseur (ZN)*

Mw. dr. C.W.J.M. Storimans, *oogarts*

Mw. prof.dr. H.J. Völker-Dieben, *oogarts*

Drs. B.L.M. Zijlmans, *oogarts*

Vormgeving

Faydherbe/De Vringer

Opmaak

Faydherbe/De Vringer i.s.m. Heleen van Haaren

Tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid
van de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Den Haag, februari 2009

2

3

Inhoudsopgave

1 Inleiding pagina 4

- 1.1 Inzicht in kwaliteit van zorg
- 1.2 Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen
- 1.3 Indicatorenset
- 1.4 Totstandkoming van indicatorensets
- 1.5 Leeswijzer

2 Overzicht indicatoren Cataract pagina 8

- 2.1 Factsheets per indicator
- 2.2 Structuurinformatie over het aanbod van de zorg

3 Lijst te verzamelen variabelen pagina 22

- 3.1 Variabelenlijst

4 Instructies bij het bepalen van de indicatoren pagina 28

- 4.1 Algemene instructies
- 4.2 Populatiebepaling
- 4.3 Bepaling van de indicatoren

Bijlage 1: Afkortingenlijst pagina 32

Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren pagina 33

Bijlage 3: Verwerken commentaar consultatieronde pagina 37

Bijlage 4: Verwerking bevindingen Inlooperperiode 2008 pagina 40

Bijlage 5: Checklist organisaties cataract pagina 41

Bijlage 6: Autorisatie indicatoren door NOG pagina 42

1. Inleiding

Voor u ligt de set externe kwaliteitsindicatoren voor Cataract. Deze gids ondersteunt zorgaanbieders bij het verzamelen van de benodigde gegevens en het bepalen van de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen indicatoren.

1.1 Inzicht in kwaliteit van zorg

Het zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg is iets waaraan al enige jaren door de zorgaanbieders wordt gewerkt. Het zichtbaar maken van die kwaliteit en van de verschillen in kwaliteit is noodzakelijk voor de werking van het nieuwe zorgstelsel. Het project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen werkt aan het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van instrumenten voor het beschikbaar krijgen van kwaliteitsinformatie.

Inzicht in de kwaliteit van de zorg is voor allerlei partijen van belang:

- Zorgaanbieders verkrijgen met kwaliteitsinformatie aanknopingspunten om de eigen werkwijzen te verbeteren;
- Patiënten en cliënten kunnen met kwaliteitsinformatie beter zelf een keuze maken van wie zij welke zorg willen afnemen;
- Zorgverzekeraars en andere zorginkopers gebruiken de kwaliteitsinformatie om de beste zorg in te kopen en in te spelen op de behoeften van hun verzekerden;
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg maakt van de informatie gebruik om gericht, risicogestuurd toezicht te houden;
- De overheid gebruikt de informatie om de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te beoordelen in relatie tot het gevoerde beleid.

1.2 Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Om te werken aan stroomlijning in de uitvraag van kwaliteitsinformatie, hebben acht partijen¹ zich in 2007 verenigd in de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De Stuurgroep stelt vast over welk aanbod van de ziekenhuiszorg kwaliteit zichtbaar moet worden en zij zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. De Stuurgroep wordt ondersteund door de landelijke projectorganisatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Het is het streven van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen dat kwaliteitsinformatie zoveel mogelijk door middel van één kanaal uitgevraagd wordt en dat ziekenhuizen daarbij zoveel mogelijk door één organisatie worden ondersteund. Zichtbare Zorg Ziekenhuizen wil met deze aanpak bereiken dat de registratiedruk die op ziekenhuizen wordt gelegd beperkt wordt en dat er een duidelijk en gebruiksvriendelijk proces van meten en registreren ontstaat.

¹ Consumentenbond, Inspectie voor de Gezondheidszorg, NFU, NPCF, NVZ, Orde van Medisch Specialist, V&VN, Zorgverzekeraars Nederland

4

5

1.3 Indicatorenset

De werkgroep voor de indicatorenset Cataract bestaat uit de volgende personen:

Dr. G.J. Bergink, *oogarts*
Drs. Y.P. Henry, *oogarts, voorzitter*
Drs. J.H.J. Klaver, *oogarts*
Dr. P.J. de Lint, *oogarts*
Dhr. G.W. Salemink, *arts, adviseur (ZN)*
Mw. dr. C.W.J.M. Storimans, *oogarts*
Mw. prof.dr. H.J. Völker-Dieben, *oogarts*
Drs. B.L.M. Zijlmans, *oogarts*

De indicatorenset Cataract is ontwikkeld door deze werkgroep en getest in een klein aantal ziekenhuizen. Op basis van de informatie uit deze 'praktijktest' zijn meetspecificaties ontwikkeld.

Vervolgens zijn de indicatoren en meetspecificaties getest in een zogenaamde 'try-out periode'. Deze periode, ook wel de 'Inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen' genoemd, heeft plaatsgevonden in de periode januari – juli 2008. Aan deze periode hebben 33 ziekenhuizen meegedaan. Ziekenhuizen hebben tijdens deze periode gegevens verzameld en inhoudelijk input geleverd op de indicatoren en de meetspecificaties. De ervaringen van de ziekenhuizen vormen de grondstof voor een verdere optimalisering van de indicatorensets en de bijbehorende registratiegidsen.

De werkgroep externe indicatoren Cataract heeft de inhoudelijke input van de ziekenhuizen besproken en deze gebruikt voor de verbetering en aanscherping van de indicatorensets en de meetspecificaties. Een overzicht van de aanpassingen is te vinden in bijlage 4.

1.4 Totstandkoming van indicatorensets

Iedere set indicatoren doorloopt een cyclisch proces: ontwikkelen, testen, implementeren en onderhouden.

Ontwikkelen

De ontwikkeling van indicatoren begint met het samenstellen van een werkgroep. In deze werkgroep zijn vertegenwoordigers afgevaardigd vanuit betrokken wetenschappelijke beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, en eventueel andere partijen die nauw betrokken zijn bij de zorg rondom de aandoening.

De werkgroep begint met het vaststellen voor welke patiëntengroepen, verrichtingen en kwaliteitsdomeinen indicatoren worden ontwikkeld. Een belangrijke leidraad hierbij is het AIRE- instrument, een methodologisch instrument dat dient als evaluatie- en toetsingskader voor indicatoren ([http://aire-instrument.com/AIRE_Instrument\(VERSIE2.0\).pdf](http://aire-instrument.com/AIRE_Instrument(VERSIE2.0).pdf)).

Vervolgens wordt geïnventariseerd welke indicatoren nationaal en internationaal reeds zijn ontwikkeld. Daarvoor worden de volgende bronnen benut:

- Nederlandse evidence based richtlijnen
- Internationale evidence based richtlijnen
- Websites van organisaties gespecialiseerd op het terrein van kwaliteitsindicatoren
- Systematische zoekactie naar (inter-)nationale literatuur
- Indicatoren voorgedragen door andere partijen in het project
- Expert opinion (o.a. werkgroepleden)

Op basis hiervan wordt een overzicht van potentiële indicatoren (groslijst) gemaakt. Door de groslijst in verschillende vergaderingen en met patiëntengroepen te bespreken stelt de werkgroep een uiteindelijke lijst van kwaliteitsindicatoren samen. Argumentatie voor afwijzing van indicatoren uit de lijst is gedocumenteerd (zie bijlage 2). Iedere indicator wordt uitgewerkt in een factsheet of in een vragenlijst.

Voordat de definitieve indicatorenset wordt opgeleverd wordt de set ter consultatie aangeboden aan de betrokken wetenschappelijke beroepsvereniging (zie bijlage 3). De definitieve indicatorenset wordt vastgesteld door de stuurgroep.

Testen

Nadat een set kwaliteitsindicatoren is ontwikkeld wordt deze door een aantal ziekenhuizen getest in de praktijk. In de test wordt onder andere gekeken naar de registreerbaarheid van de indicatoren. Ook worden de indicatoren verder geoperationaliseerd en worden meetspecificaties opgesteld. De meetspecificaties vormen een handleiding bij het verzamelen van variabelen en bij het berekenen van de indicatoren.

Invoeren

Na een succesvolle praktijktest worden de kwaliteitsindicatoren geïmplementeerd in de ziekenhuizen. Tijdens het verzamelen van de gegevens worden zorgaanbieders in de gelegenheid gesteld om inhoudelijke input te leveren die gericht is op het verbeteren van de indicatorensets en de meetspecificaties. Bovendien vindt na de verzameling van de gegevens een kwantitatieve analyse plaats en wordt er een evaluatiestudie uitgevoerd op basis van de aangeleverde gegevens. De resultaten van deze analyse, evaluatie en geleverde input vormen de basis voor het onderhoud van de kwaliteitsindicatoren.

Onderhouden

Indien nodig worden de kwaliteitsindicatoren na de aanlevering van gegevens onderhouden. Dit betekent dat er aanpassingen doorgevoerd worden, die de indicatorensets en meetspecificaties verbeteren. Tijdens het onderhoud wordt bijvoorbeeld gekeken of definities aangescherpt moeten worden, of de indicatoren digitaal uitvraagbaar zijn en of de indicatoren nog relevant zijn. Vervolgens worden de verbeterde versie van de externe indicatoren ingevoerd in de ziekenhuizen.

6

7

1.5 Leeswijzer

Deze leeswijzer geeft weer hoe u de gids met kwaliteitsindicatoren voor Cataract kunt gebruiken.

Hoofdstuk twee begint met een overzicht van de indicatoren die voor de Cataractset aangeleverd moeten worden. In de factsheets worden per indicator de eigenschappen beschreven (proces, structuur, uitkomst) en het kwaliteitsdomein waarop de indicator betrekking heeft (veiligheid, effectiviteit, etc.). Tevens wordt beschreven of er sprake is van variatie in de kwaliteit van zorg. In het verlengde hiervan wordt beschreven of (en zo ja, hoe) er mogelijkheden tot verbetering zijn. De operationalisatie (teller, noemer, etc.) van de indicator wordt gegeven. Voor iedere indicator wordt de validiteit, betrouwbaarheid, het discriminerend vermogen en de registreerbaarheid beschreven. Tot slot worden suggesties gegeven voor eventueel geconstateerde beperkingen (bijvoorbeeld case-mix correctie). Na de factsheets komt u een aantal vragen tegen die ingaan op het aanbod van zorg voor cataract in ziekenhuizen.

Hoofdstuk drie beschrijft hoe de variabelen, die u nodig heeft om de indicatoren te kunnen berekenen, verzameld kunnen worden. Dat gebeurt aan de hand van een variabelenlijst.

Hoofdstuk vier gaat in op de manier waarop u de indicatoren bepaalt. Naast algemene instructies volgen instructies voor populatiebepaling, in- en exclusiecriteria en rekenregels om de indicatorwaarde te bepalen.

In de **bijlage** vindt u vervolgens de volgende documenten:

- Afkortingenlijst
- Lijst met besproken en afgewezen indicatoren
- Verwerken commentaar consultatieronde
- Verwerking bevindingen inlooperperiode 2008 & praktijktest
- Autorisatie door wetenschappelijke vereniging
- Overige bijlagen

2. Overzicht indicatoren Cataract

In dit hoofdstuk wordt de indicatorenset Cataract beschreven. Deze set bestaat uit drie indicatoren en zeven aanvullende vragen. Deze aanvullende vragen verschaffen structuurinformatie over het aanbod van de zorg rondom de betreffende aandoening. De zorginhoudelijke indicatoren worden in paragraaf 2.1 beschreven aan de hand van factsheets. In paragraaf 2.2 volgen de aanvullende vragen.

2.1 Factsheets per indicator

Uit de praktijktest en de inlooperperiode komen aanbevelingen naar voren die gevolgen hebben voor de formulering van de indicatoren. Daarnaast zijn er ook aanbevelingen geformuleerd die gericht zijn op de toepassing van de indicator (zie bijlage 4). De onderstaande tabel beschrijft de onderdelen die per indicator in de factsheet zijn opgenomen.

Tabel 1. Toelichting aspecten van de indicatoren

Toelichting aspecten van de indicatoren	
Relatie tot kwaliteit	Indicatoren zijn een middel om inzichtelijk te maken wat de kwaliteit van zorg is op een bepaald moment. Hier wordt een korte samenvatting gegeven van het belang van deze indicator in relatie tot kwaliteit van zorg.
Operationalisatie	Hier wordt de indicator in één korte zin omschreven.
Teller	Indicatoren worden vaak als een breuk gepresenteerd (behalve structuurindicatoren). De teller is het getal boven de streep van een breuk. Daarnaast is de teller een deelverzameling van de noemer.
Noemer	De noemer is het getal onder de streep van een breuk.
Definitie	Indien in de indicatoren termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, dan wordt deze hier gegeven. Bijvoorbeeld toelichting op een aandoening, gebruikte vragenlijst of toegepaste operatietechniek.
In-/exclusiecriteria	In de praktijk kan het zo zijn dat bepaalde patiëntengroepen niet gelijk over ziekenhuizen verdeeld zijn. Om de vergelijkbaarheid van ziekenhuizen onderling te vergroten worden in- en exclusiecriteria geformuleerd.
Bron	Voor het verzamelen van de gegevens kunnen verschillende bronnen gebruikt worden. Bijvoorbeeld DBC-registratie, verrichtingenregistratie, poli(klinische) status, EPD.
Meetfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren gemeten worden. De gegevens die voor de indicatoren nodig zijn worden voor sommige indicatoren continu verzameld. Andere gegevens worden eenmaal per afgesproken periode verzameld.

8

9

Meetperiode	De gegevens worden opgevraagd over een zogenaamde meetperiode. Afspraken over deze meetperiode zijn landelijk gemaakt.
Rapportagefrequentie	Afspraken over de rapportagefrequentie worden landelijk gemaakt. Bijvoorbeeld één keer per jaar.
Type indicator	Er worden drie typen indicatoren onderscheiden: Als eerste zijn er structuurindicatoren. Deze beschrijven of de zorgaanbieder bepaalde voorzieningen heeft getroffen in de organisatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het beschikbaar stellen van een patiëntenfolder of het beschikken over een systeem voor complicatieregistratie. Het betreft veelal het eenmalig beantwoorden van een ja/nee vraag. Daarnaast zijn er procesindicatoren. Procesindicatoren volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Denk bijvoorbeeld aan het percentage operaties dat in dagbehandeling is uitgevoerd of het percentage diabetespatiënten dat in het afgelopen jaar een oogcontrole heeft gehad. Tot slot zijn er uitkomstindicatoren. Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg.
Meetniveau	Structuurindicatoren geven een indruk van de kwaliteit van zorg op het niveau van het ziekenhuis of op maatschappniveau. Uitkomst- en procesindicatoren worden meestal op patiëntniveau gemeten.
Kwaliteitsdomein	Kwaliteit van zorg wordt onderverdeeld in zes domeinen, namelijk: Veiligheid: het vermijden van veiligheidsrisico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en medewerkers. Effectiviteit: het leveren van nauwkeurige en juiste zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis. Patiëntgerichtheid: het respecteren van de unieke noden, wensen en waarden van de patiënt. Tijdigheid: het leveren van zorg op de juiste tijd, verhinderen van wachttijden voor patiënten en medewerkers. Doelmatigheid: het vermijden van zorg die niet bijdraagt aan de vraagstelling van de patiënt en die niet redelijkerwijs kosteneffectief is, vermijden van verspilling. Gelijkheid: het leveren van gelijke zorg voor alle patiëntengroepen, ongeacht sekse, etniciteit, geografische afkomst en sociaal-economische status.

Daarnaast worden er nog extra punten uitgewerkt, bijvoorbeeld²:

- Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg
- Mogelijkheden tot verbetering
- Bependingen bij gebruik en interpretatie
- Validiteit
- Betrouwbaarheid
- Discriminerend vermogen
- Minimale bias/beschrijving relevante case-mix
- Registerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering
- Referenties

² Deze onderwerpen kunnen om inhoudelijke redenen variëren per indicator

1. Dataregistratie van pré-/per-/post-operatieve data	
Relatie tot kwaliteit van zorg	Op dit moment ontbreekt in Nederland een uniforme registratie waardoor er weinig inzicht is in de betekenis van verschillende uitkomsten. Het is wenselijk dat de registratie en analyse van pré-, per- en postoperatieve gegevens over een staaroperatie geoptimaliseerd wordt, zodat er meer inzicht verkregen kan worden in de uitkomsten en kwaliteit van de cataractchirurgie.
Operationalisatie	Aanwezigheid van een complicatieregistratie voor cataractextracties in een gegevensbestand. Aanwezigheid van pré-, per- en postoperatieve dataregistratie voor cataractextracties in een gegevensbestand.
Teller	Invullen checklist bijlage 5
Noemer	n.v.t.
Definitie	<p>Complicatie: Een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.</p> <p>Complicatieregistratie: Registratiesysteem voor complicaties. Een complicatieregistratie beoogt: betrouwbare informatie te verzamelen over complicaties factoren te vinden die aangrijpingspunten vormen om complicaties te voorkómen een kwaliteitscyclus te realiseren gericht op preventie Het NOG heeft gekozen om een resultatenregistratie te voeren. Onderdeel van de resultatenregistratie is de complicatieregistratie. Het NOG kende reeds een resultatenregistratie van cataractoperaties die in 2005 door 40% van alle oogartsen gebruikt werd: CPO (cataract postop).</p> <p>Pre/per/postoperatieve dataregistratie: Registratie systeem voor medische en administratieve gegevens van patiënten.</p> <p>Cataract: Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de oog lens. Bij een cataractoperatie wordt de oog lens vervangen door een kunst lens.</p>
In/ exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	Checklist in bijlage 5
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1 x per kalenderjaar
Rapportagefrequentie	1 x per kalenderjaar
Type indicator	Structuur
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, Veiligheid
Opmerkingen	Landelijke uitrol van het CPO nieuwe versie ('Kwaliteitsregistratie Cataract') is beoogd medio 2007. De 'Kwaliteitsregistratie Cataract' is een web-based database programma, gebaseerd op parameters van het bestaande en tot op heden gebruikte (stand-alone) CPO (Cataract Post Op) programma.

10

11

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Bij cataract is sprake van een geleidelijke vertroebeling van de lens met als gevolg een daling van de gezichtsscherpte die uiteindelijk tot blindheid kan leiden. Afhankelijk van de vorm van slechtziendheid en het stadium van de aandoening zal de kwaliteit van leven meer of minder sterk aangetast zijn. Cataract kan verholpen worden door een chirurgische ingreep waarbij de troebele lens wordt vervangen door een kunstlens. In 2004 werden er in Nederland ongeveer 130.000 operaties uitgevoerd. Het is wenselijk dat de registratie en analyse van pré-, per- en postoperatieve gegevens (data) geoptimaliseerd wordt, zodat er meer inzicht verkregen kan worden in de uitkomsten en daarmee in de kwaliteit van de cataractchirurgie. Op dit moment ontbreekt in Nederland een uniforme registratie waardoor er weinig inzicht bestaat in de betekenis van de verschillende uitkomsten, zoals complicaties, heroperaties, juiste handelswijze, prestaties van instellingen e.d.. Variatie in registratie lijkt aanwezig: een enquête onder alle cataractchirurgen in Nederland liet zien dat 54% van de oogartsen een computerprogramma gebruikt voor de verwerking van cataractdata (ongepubliceerd, juni '05, responsrate 72%).

Een belangrijk onderdeel van de dataregistratie moeten de per- en postoperatieve complicaties zijn. Een cataractoperatie kan namelijk gepaard gaan met ernstige complicaties zoals infecties, het loslaten van de retina, intraoculaire lensdislocaties en bloedingen. De registratie en de analyse van complicaties kunnen ertoe bijdragen dat oorzaken van complicaties worden achterhaald en complicaties daarmee in de toekomst voorkomen kunnen worden. Uit het rapport 'Het resultaat telt!' waarin de prestaties van ziekenhuizen in 2003 worden weergegeven (IGZ, 2005), blijkt het volgende: 58 ziekenhuizen hielden een registratie bij van complicaties na een cataractoperatie, 33 van de 98 ziekenhuizen gaven aan dit niet te doen en 7 ziekenhuizen bleven het antwoord schuldig (waarvan 2 categorale ziekenhuizen die geen cataractoperaties uitvoeren). Volgens het rapport gaven de ziekenhuizen in de toelichting regelmatig aan te wachten op de ontwikkelingen in de complicatieregistraties van de landelijke verenigingen. Sommige ziekenhuizen gaven aan te wachten op de invoering van een elektronisch patiëntendossier (EPD). Hoe de stand van zaken momenteel is op het gebied van uniforme registratie is niet bekend bij het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG).

Mogelijkheden tot verbetering

Professionals kunnen deels zelf verbeteringen in de dataregistratie bewerkstelligen. Het is noodzakelijk dat dataregistratie, inclusief complicatieregistratie, wordt geïntegreerd in het EPD. Dit is momenteel niet het geval.

Validiteit

De validiteit is goed. De indicator wordt als belangrijk beschouwd door de werkgroep. De aanwezigheid van een dataregistratie, met als belangrijk onderdeel een complicatieregistratie, is een voorwaarde voor veel (potentiële) andere (uitkomst-)indicatoren. Er is overlap met de bestaande structuurindicator over complicatieregistratie uit de 'basisset prestatie-indicatoren' van IGZ, tevens overgenomen door ZN (vraag 1). Echter, de werkgroep acht het belangrijk meer gegevens te registreren dan alleen complicaties (vraag 2, 3, 4).

Betrouwbaarheid

De werkgroep is van mening dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De werkgroep is van mening dat de indicator veranderingen in de kwaliteit van zorg detecteert. Wanneer meer instellingen een complicatie dataregistratie in een computerdatabase invoeren, dan laat de indicator dit zien.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep.

Registratie

Als structuurindicator is deze indicator slechts ten dele door zorgverleners te beïnvloeden en wordt hij niet als belastend beschouwd. Echter, de tijdsinvestering voor daadwerkelijke dataregistratie, verzamelen van geregistreerde data en het verwerken daarvan, zal naar het zich laat aanzien niet werklust- en kostenneutraal zijn. Dataregistratie (en in de nabije toekomst ook implantaatregistratie) kan alleen landelijk dekkend worden uitgevoerd als de kosten (geoormerkt) worden meegenomen in de af te spreken DBC-prijs tussen zorgverzekeraar en zorginstelling (management). Het ontbreekt aan (uniformiteit in) ICT-ondersteuning binnen de instellingen. Data- en complicatieregistratie zijn niet geïntegreerd in het EPD op dit moment, waardoor van een koppeling van beide systemen geen sprake kan zijn.

De werkgroep geeft er de voorkeur aan om deze indicator gefaseerd in te voeren en daarmee aan te sluiten bij de geautomatiseerde mogelijkheden tot dataregistratie binnen de beroepsvereniging. De werkgroep stelt voor om de indicator het eerste jaar als structuurindicator op te nemen om vanaf het daaropvolgende jaar, na het realiseren van een financiële tegemoetkoming voor het registreren en verwerken van de data, deze als procesindicator op te nemen. De commissie complicatieregistratie van het NOG is gestart met het ontwerpen van een web-based databaseprogramma, gebaseerd op parameters van het bestaande en tot op heden gebruikte CPO (Cataract Post Op) programma. De commissie hoopt zo voorwaarden voor een landelijke dataregistratie en -verwerking te scheppen. Tijdens de voorjaarsvergadering 2006 van het NOG wordt de leden van de beroepsgroep een concreet voorstel gedaan voor een web-based database. Na een discussieronde dient het voorstel door de vergadering te worden geaccepteerd en kan vervolgens een implementatietraject worden gestart. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). Het resultaat telt. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag. Bereikbaar op: https://webcollect.rivm.nl/deverbetermeter/achtergronddocumenten/Rapport_Het_resultaat_telt.pdf
- LMR Prismant www.prismant.nl

12

13

2. Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief)

Relatie met kwaliteit	Een cataractoperatie kan gepaard gaan met complicaties zoals bijvoorbeeld infecties, het loslaten van de retina, achterkapselruptuur al dan niet met lensmassa in glasvocht of bloedingen. Complicaties zijn ongewenste effecten van zorg die voor de patiënt én voor de zorgverleners belastend zijn. Complicaties kunnen het gevolg zijn van fouten, maar kunnen ook een 'normaal' risico zijn van zorg. Een belangrijke complicatie is achterkapselruptuur. Hierbij kan glasvochtverlies optreden in de voorste oogkamer. In dat geval vindt vitrectomie plaats waarvoor vitrectomieapparatuur wordt gebruikt. Het gebruik van deze apparatuur wordt geregistreerd. De registratie en analyse van complicaties kan de kwaliteit van de cataractchirurgie verbeteren.
Operationalisatie	Percentage cataractoperaties waarbij peroperatief een vitrectomie is verricht gedurende registratieperiode.
Teller	Aantal peroperatieve vitrectomieën tijdens cataractoperatie gedurende registratieperiode.
Noemer	Totaal aantal cataractoperaties gedurende registratieperiode.
Definitie (s)	Cataract: Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de ooglens. Bij een cataractoperatie wordt de ooglens vervangen door een kunstlens. Vitrectomie: Bij cataractchirurgie kan glasvochtverlies optreden. In dat geval dient alle glasvocht in anterieur van het lenskapsel worden verwijderd. Een complicatie van een cataractoperatie is een achterkapselruptuur. Hierbij kan glasvochtverlies optreden in de voorste oogkamer. In dat geval vindt voorste vitrectomie plaats waarvoor een vitrectoom wordt gebruikt.
In/ exclusiecriteria	Inclusie: seniele cataract (> 50 jaar) zonder oculaire co-morbiditeit, bijvoorbeeld glaucoom, diabetische retinopathie, maculadegeneratie, hypermatuur cataract en zonder algemene co-morbiditeit, bijvoorbeeld dementie, doofheid en ernstige COPD, die de uitvoering van de cataract operatie bemoeilijkt. Gegevens over oculaire co-morbiditeit en algemene co-morbiditeit dienen te worden vastgelegd in de 'Kwaliteitsregistratie Cataract' (CPO nieuwe versie).
Bron teller	DBC, CTG registratie; eventueel CPO
Bron noemer	DBC, CTG registratie
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1 x per kalenderjaar
Rapportagefrequentie	1 x per kalenderjaar
Type indicator	Procesindicator; (Proxy voor) uitkomstindicator, waarbij vitrectomie een maatstaf is voor de uitkomst: complicatie achterkapselruptuur met glasvochtverlies.
Meetniveau	Patiënt; rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een achterkapselruptuur is een van de meest voorkomende complicaties van cataractchirurgie. De incidentie tijdens faco-emulsificatie varieert, maar is meestal laag: 2,2% (European Outcome Study, Lundström, et al., 2001), 4,1% (Ionides, et al., 2001). Achterkapselruptuur komt meer voor bij minder ervaren chirurgen (Vajpayee et al., 2001). Bij achterkapselruptuur kan glasvochtverlies optreden in de voorste oogkamer. In de European Outcome Study is de incidentie voor glasvochtverlies 1,5% (Lundström, et al., 2001).

Na een achterkapselruptuur zijn visusresultaten soms minder goed dan bij chirurgie zonder complicaties. Achterkapselruptuur geeft een 3,8 maal zo grote kans op een eindvisus < 0,5 (Ionides, et al., 2001). Overigens hebben de meeste ogen met een achterkapselruptuur een goede visus in de vroege postoperatieve periode (3 maanden). Eén van de risicofactoren voor een slechtere visus betreft glasvochtverlies waarvoor vitrectomie nodig was (Chan, 2003). Bovendien geeft achterkapselruptuur een grotere kans op een suprachoroidale bloeding tijdens de operatie (Ling, 2004) en op een postoperatieve endophthalmitis (Wong, 2004; Koc, 2002).

In Duitsland wordt deze indicator al gebruikt. Daar is de incidentie 0,92% met een spreiding tussen ziekenhuizen van 0,0 tot 13% (BQS, 2003). Daarbij wordt aangegeven dat sommige instellingen opmerkelijk genoeg geen enkel geval melden. Onderrapportage zal worden nagegaan.

Momenteel zijn geen gegevens over de incidentie in en variatie tussen Nederlandse centra beschikbaar. Niettemin verwacht de werkgroep dat er variatie is tussen ziekenhuizen voor deze indicator. De incidentie zal naar verwachting hoger zijn in opleidingsziekenhuizen.

Validiteit

De literatuur verschaft aanwijzingen dat de indicator betrekking heeft op een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg. De oogarts kijkt naar achterkapselruptuur met glasvochtverlies in de voorste oogkamer, waarvoor per-operatief vitrectoomgebruik als maatstaf wordt gebruikt. Case-mix speelt mogelijk een rol (zie verder).

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de indicator hangt af van de operationalisatie en wijze van registratie. De werkgroep acht het het meest betrouwbaar om peroperatief vitrectoomgebruik tijdens cataractoperatie (vanwege kapselruptuur met glasvochtverlies) vast te stellen; bij herhaalde meting en gelijk blijvende meetcondities mag eenzelfde uitkomst worden verwacht.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht, gezien de lage incidentie, dat de indicator matig discrimineert.

Mogelijkheden tot verbetering

De indicator geeft aan hoe kundig het operatieteam is; zorgverleners hebben hierop invloed. Het optreden van achterkapselruptuur wordt beïnvloed door de ervaring van

14

15

de oogartsen (Vajpayee, et al., 2001) en door de organisatiestructuur binnen de instelling waar de cataractoperatie wordt uitgevoerd. Waarschijnlijk is de incidentie van achterkapselrupturen hoger in een opleidingscentrum dan in een niet-opleidingscentrum. Daarom zal tussen deze centra onderscheid worden gemaakt. Kapselruptuur met glasvochtverlies kan grotendeels voorkomen worden door ervaring van de arts, het operatieteam, beschikbaarheid van de juiste infrastructuur en instrumentarium, zorgvuldigheid en de juiste operatietechniek.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Het gebruik van een vitrectoom zal toenemen indien in een bepaalde patiëntengroep meer risicofactoren aanwezig zijn, bijvoorbeeld:

- (Hyper)matuur cataract geeft een hogere kans op kapselruptuur.
- Op hoge leeftijd (>80 jr.) bestaat het grootste risico op achterkapselruptuur (Ionides, et al., 2001).

Voor elke geopereerde patiënt dienen case-mix variabelen geregistreerd te worden om deze later met gegevens van vitrectoomgebruik te kunnen analyseren. Na analyse op een dieperliggend niveau kan op een juiste manier risk-adjustment worden toegepast.

Registratie

Een mogelijkheid voor registratie is aan de hand van vitrectoomgebruik. Wanneer glasvochtverlies optreedt in de voorste oogkamer bij een achterkapselruptuur, vindt peroperatief vitrectomie plaats. Hierbij wordt disposable vitrectomieapparatuur gebruikt. Voor registratie van deze indicator dient de code voor cataractoperatie gekoppeld te worden aan de code voor voorste vitrectomie.

Zowel een cataractoperatie als het gebruik van een vitrectoom (voorste vitrectomie) worden gecodeerd met een CTG code. Volgens experts is het handhaven van de CTG codering een voorwaarde om deze indicator te kunnen (blijven) registreren. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- BQS. Schönherr, U. Kapitel 14 Kataraktoperation. In: Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2003
- Chan, F.M., Mathur, R., Ku, J.J., Chen, C., Chan, S.P., Yong, V.S. Short-term outcomes in eyes with posterior capsule rupture during cataract surgery. J Cataract Refract. Surg 2003 Mar; 29 (3), 537-41
- Ionides, A., Minassian, D., Tuft, S. Visual outcome following posterior capsule rupture during cataract surgery. Br J Ophthalmol. 2001 Feb; 85 (2): 222-4
- Koc, F., Sen, E., Demirbay, P., Taskintuna, I., Teke, M.Y., Ozdal, P., Factors influencing treatment results in pseudophakic endophthalmitis. Eur J Ophthalmol. 2002 Jan-Feb; 12 (1), 34-39
- Ling, R., Kamalarajah, S., Cole, M., James, C., Shaw, S.. Suprachoroidal haemorrhage complicating cataract surgery in the UK: a case control study of risk factors. Br J Ophthalmol. 2004 Apr; 88 (4), 474-7
- Lundström, M., (1998). European cataract Outcome Study. Report from the European Cataract Outcome Study Group. J Cataract refract surgery 2001 Aug; 27 (8): 1176-84

- Vajpayee, R.B., Sharma, N., Dada, T., Gupta, V., Kumar, A., Dada, V.K. Management of posterior capsule tears. *Surv Ophthalmol.* 2001 May-Jun;45(6):473-88. Review
- Wong, T.Y., Chee, S.P. The epidemiology of acute endophthalmitis after cataract surgery in an Asian population. *Ophthalmology* 2004 Apr; 111 (4), 699-705

16

17

3a. De tijdsperiode tussen operatie van 1e en 2e oog; tijdsperiode tussen operaties ≥ 28 dagen

Relatie met kwaliteit	Bij cataract worden vaak beide ogen geopereerd. Een operatie aan het tweede oog biedt extra voordelen, voor het visueel functioneren bij de dagelijkse activiteiten en voor de kwaliteit van leven, die verder gaan dan de voordelen die na de operatie aan het eerste oog worden bereikt. Bij operatie aan het tweede oog is van belang dat de tijdsperiode tussen operatie van eerste en tweede oog voldoende lang is om een zorgvuldige indicatie voor een cataractoperatie aan het tweede oog te stellen én om het resultaat na de eerste oogoperatie te betrekken bij de beoordeling van de indicatiestelling voor een operatie van het tweede oog. De laatste beoordeling van het eerste oog dient op zijn vroegst na vier weken postoperatief plaats te hebben. Ook dient idealiter de oogarts die de operatie uitvoert (of verlengde arm) de patiënt vanaf het moment van indicatiestelling tot en met de nazorg te controleren.
Operationalisatie	Percentage patiënten met een cataractoperatie aan beide ogen bij wie datum 2e cataractoperatie minus datum 1e cataractoperatie ≥ 28 dagen gedurende registratieperiode.
Teller	Totaal aantal patiënten met gedurende de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen waarbij datum 2e oogoperatie minus datum 1e oogoperatie ≥ 28 dagen.
Noemer	Totaal aantal patiënten met een gedurende de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen.
Definitie (s)	Cataract: Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de ooglens. Bij een cataractoperatie wordt de ooglens vervangen door een kunstlens. Operateur of verlengde arm: Oogartsen, optometristen, technisch oogheekundig assistenten (TOA's) of orthoptisten die volgens overeengekomen protocollen werken binnen de afdeling en onder supervisie van de voor de operatie verantwoordelijke oogarts.
Bron teller	DBC registratie en CTG verrichtingen registratie
Bron noemer	DBC registratie en CTG verrichtingen registratie
In/ exclusiecriteria	Inclusie: seniele cataract (> 50 jaar)
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1x per kalenderjaar
Rapportagefrequentie	1x per kalenderjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Patiënt; rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit
Opmerkingen	Case-mix correctie is voor deze indicator niet noodzakelijk. Immers, voor (oculaire) comorbiditeit zal het noodzakelijk zijn om (veel) langer dan 28 dagen te wachten voordat het tweede oog geopereerd wordt. 28 Dagen is daarmee een ondergrens.

3b. De tijdsperiode tussen operatie van 1e en 2e oog; datum postoperatieve controle 1e cataractoperatie ≥ 21 dagen

Relatie met kwaliteit	Bij cataract worden vaak beide ogen geopereerd. Een operatie aan het tweede oog biedt extra voordelen, voor het visueel functioneren bij de dagelijkse activiteiten en voor de kwaliteit van leven, die verder gaan dan de voordelen die na de operatie aan het eerste oog worden bereikt. Bij operatie aan het tweede oog is van belang dat de tijdsperiode tussen operatie van eerste en tweede oog voldoende lang is om een zorgvuldige indicatie voor een cataractoperatie aan het tweede oog te stellen én om het resultaat na eerste oogoperatie te betrekken bij de beoordeling van de indicatiestelling voor een operatie van het tweede oog. De laatste beoordeling van het eerste oog dient op zijn vroegst na vier weken postoperatief plaats te hebben. Ook dient idealiter de oogarts die de operatie uitvoert (of verlengde arm) de patiënt vanaf het moment van indicatiestelling t/m de nazorg te controleren.
Operationalisatie	Gedurende de registratieperiode het percentage patiënten met een cataractoperatie aan beide ogen bij wie datum laatste postoperatieve controle van het eerste geopereerde oog door operateur of verlengde arm* minus datum 1e cataractoperatie ≥ 21 dagen en voorgaand aan de cataractoperatie aan het tweede oog.
Teller	Totaal aantal patiënten met in de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen bij wie datum (door operateur of verlengde arm uitgevoerde) laatste postoperatieve controle na eerste cataractoperatie minus datum cataractoperatie 1e oog ≥ 21 dagen én voorgaand aan cataractoperatie tweede oog.
Noemer	Totaal aantal patiënten met een in de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen.
Definitie(s)	Cataract: Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de ooglens. Bij een cataractoperatie wordt de ooglens vervangen door een kunstlens. Operateur of verlengde arm: Oogartsen, optometristen, technisch oogheekundig assistenten (TOA's) of orthoptisten die volgens overeengekomen protocollen werken binnen de afdeling en onder supervisie van de voor de operatie verantwoordelijke oogarts.
Bron teller	DBC registratie en CTG verrichtingen registratie
Bron noemer	(ZIS) DBC registratie en CTG verrichtingen registratie
Type indicator	Proces
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1x per kalenderjaar
Rapportagefrequentie	1x per kalenderjaar
Meetniveau	Patiënt; rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De werkgroep schat in dat in meer dan 50% van de gevallen beide ogen worden behandeld voor cataract binnen één jaar. Bij operatie aan het tweede oog is van belang dat de tijdsperiode tussen operatie van eerste en tweede oog voldoende lang is om het resultaat na de eerste oogoperatie te betrekken bij de indicatiestelling voor het tweede oog.

De laatste beoordeling van het eerste oog dient na minimaal vier weken postoperatief plaats te hebben. Voor deze tijdsduur heeft de werkgroep de volgende argumenten:

- binnen vier weken is meestal geen sprake van een stabiele postoperatieve refractie;
- binnen vier weken kan medicatie (oogdruppels) nog in gang zijn
- binnen vier weken is er nog een verhoogde kans op complicaties aan het eerste oog (bv. cystoid macula oedeem, endophtalmitis en corneadecompensatie)
- voor de patiënt dient er op basis van concrete resultaten een beslismoment gecreëerd te worden met betrekking tot afsluiten of continueren van oogheelkundige zorg
- na vier weken kan in overleg met de patiënt worden bepaald of een tweede cataractoperatie aan het andere oog geïndiceerd is

De oogarts of 'verlengde arm' doet met betrekking tot het eerste oog een uitspraak over de volgende bepalingen in postoperatief consult na minimaal vier weken alvorens het tweede oog te opereren:

- behaalde refractie
- visus
- oogboldruk
- beoordeling van voorste oogkamer en daarbij beoordeling mate ontstekingsreactie
- beoordeling van media en fundi (op indicatie).

Validiteit

Soms duurt het een half jaar tot een jaar voordat met zekerheid gezegd kan worden dat het eerste oog een stabiele toestand heeft bereikt, bijvoorbeeld bij diabetische retinopathie, of andere oorzaken van maculaedeem. Dan is het raadzaam om patiënten pas nadat het eerste oog stabiel is geworden aan het tweede oog te opereren. In sommige gevallen dient gemotiveerd worden afgeweken van de voorkeursperiode van vier of meer weken wachten postoperatief. Onder speciale omstandigheden kan simultane bilaterale cataractextractie geïndiceerd zijn.

Relatieve klinische indicaties zijn (NOG Conceptrichtlijn, 5.2):

- wanneer er voor het veilig uitvoeren van de cataractoperatie een indicatie is voor volledige anesthesie en herhaalde toediening van zo'n anestheticum om algemene gezondheidsgronden gecontra-indiceerd is
- bij bilateraal cataract bij iemand die vanwege invaliditeit pré-operatief niet volledig kan worden beoordeeld en bij wie voor de procedure een volledig anesthesie noodzakelijk is

Bij post-operatieve anisometropie kan het voor de patiënt wenselijk zijn binnen vier weken te opereren, omdat het zicht ondraaglijk is (door een groot verschil in refractie

18

19

tussen beide ogen na cataractoperatie van het eerste oog). Dan kan gemotiveerd worden afgeweken van de regel 'na vier weken'. De werkgroep meent dat de indicator van belang is, met name om een stabiel oogheelkundige situatie te creëren alvorens het tweede oog te opereren en om anisometropie (groot verschil in refractie tussen beide ogen) te voorkomen.

Betrouwbaarheid

De werkgroep is van mening dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De werkgroep is van mening dat de indicator veranderingen in de kwaliteit van zorg detecteert.

Mogelijkheden tot verbetering

Bij gebrek aan gegevens is hierover geen uitspraak te doen.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Case-mix kan van invloed zijn. Zie hierboven.

Registratie

In het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) dienen deze gegevens geregistreerd te zijn om vervolgens te kunnen worden verzameld en geanalyseerd.

Het niet verschijnen van een geopereerde patiënt voor een nacontrole is een te voorspellen beperking bij het registreren van data ten behoeve van deze indicator. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- BQS. Schönherr, U. Kapitel 14 Kataraktoperation. In: Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2003

2.2 Structuurinformatie over het aanbod van de zorg

De volgende vragen gaan in op de structuur van het aanbod van de zorg rond Cataract. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. Bij elke vraag worden definities beschreven en wordt de technische haalbaarheid toegelicht.

Vraag 1	Worden de volgende manieren van verdoven in uw behandelcentrum tijdens een staaroperatie toegepast?		
	Verdoving wordt toegepast:	Ja	Nee
	Druppel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Canule (sub-tenon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Retrobulbair (prik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Peribulbair (prik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definities/Toelichting	Geen bijzonderheden.		
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.		

Vraag 2	Heeft de patiënt inspraak in het soort verdoving dat wordt gebruikt?		
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee, dit wordt door de oogarts en de anesthesist bepaald		
Definities/Toelichting	Geen bijzonderheden.		
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.		

Vraag 3	Vinden de diagnosestelling en alle voorbereidende onderzoeken desgewenst (door de patiënt) plaats op één dag?		
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee		
Definities/Toelichting	Vorbereidende onderzoeken: het betreft alle onderzoeken voor een cataract-operatie, inclusief preoperatieve screening (POS). De patiënt ontvangt standaard in één dag de diagnose of hij/zij in aanmerking komt voor een staaroperatie en alle andere benodigde onderzoeken nodig voorafgaande aan de staaroperatie. De patiënt hoeft dus niet meer terug te komen naar de ziekenhuislocatie voor de operatiedatum.		
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.		

20

21

Vraag 4	Hoeveel minuten wordt ingepland voor het eerste consult bij de oogarts?
 minuten
Definities/ Toelichting	Geen bijzonderheden
Technische haalbaarheid	Aantal minuten ingepland voor het eerste polikliniekbezoek oogarts in afsprakensysteem.

Vraag 5	Wordt de patiënt tijdens de operatie bij algehele anesthesie altijd bewaakt door een anesthesioloog?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Definities/Toelichting	Bewaking houdt in dat de anesthesioloog zijn aandacht verdeelt over maximaal twee OK's. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie geeft aan dat een anesthesioloog onder bepaalde voorwaarden twee OK's tegelijk mag begeleiden.
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.

Vraag 6	De oogarts die voor de operatie de patiënt onderzoekt en spreekt, is standaard ook degene die de operatie uitvoert.
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Definities/ Toelichting	Geen bijzonderheden.
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.

Vraag 7	Wordt er in het nacontrole-traject standaard een controle uitgevoerd door de oogarts die de staaroperatie heeft uitgevoerd?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Definities/ Toelichting	Geen bijzonderheden.
Technische haalbaarheid	Er wordt gevraagd naar het beleid van de instelling.

3. Lijst te verzamelen variabelen

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

3.1 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 cataract. 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, op een andere plaats, of in een ander 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.

22

23

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. Vervolgens zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen.

Een voorbeeld is: $peildatum - geboortedatum = leeftijd$.

Voor de meetperiode 2009 (registratie 01-01-08 tot en met 31-12-08) dienen in ieder geval de variabelen te worden aangeleverd die uit digitale bronbestanden gehaald kunnen worden. De beschikbaarheid hiervan kan van ziekenhuis tot ziekenhuis verschillen. Van de variabelen waarvoor het noodzakelijk is om de gegevens handmatig te verzamelen, of waarvoor verschillende koppelingen gemaakt dienen te worden, wordt verzocht deze zo veel als mogelijk aan te leveren³. In de webenquête kan er vervolgens bij alle indicatoren aangegeven worden waar gegevens vandaan gehaald zijn (ZIS, DBC, enz.) en met welke methode.

³ In het kader van het vergroten van de betrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid en het verbeteren van de indicatoren is het wenselijk de analyses op zoveel mogelijk gegevens te baseren.

Tabel 2: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
C0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken	2, 3a en 3b
C1	Geboortedatum	dd-mm-jjjj	ZIS		2
C2	Cataract (1e oog)	Bij het vaststellen van de populatie gaat het om de onderstaande DBC-codes: Zorgtype: 11 reguliere zorg Diagnoses: 554.cataract Behandelingen: - 31 verrichtingen in poliklinisch - 32 verrichtingen in dagbehandeling - 33 verrichtingen klinisch - 36 klinisch zonder dagen; kzd verrichtingen met klinische episoden Alle combinaties van de bovenstaande onderdelen zijn toegestaan.	DBC registratie	Noot ingeval bij een patiënt in een jaar twee DBC's 11.554 afgesloten zijn waar bij ook een cataract-operatie heeft plaatsgevonden is het eerste oog het oog dat als eerste werd geopereerd. (datum variabele C4 ligt dus altijd voor datum variabele C13)	2, 3a/b
C3	Cataractoperatie (1e oog)	CTG code: 31241 cataractok extracaps.	Verrichtingen-registratie	Verrichting behorende bij DBC gedefinieerd in C2	2,3a/b
C4	Datum verrichting index oog	Met kunstlens dd-mm-jjjj	Verrichtingen-registratie	Datum eerste cataract extractie bij een patiënt; datum bij verrichting C3	2,3a/b
C5	Postoperatieve follow-up index oog	CTG code 190013 DBC-registratiecode voor herhaal-polikliniekbezoeken bij een lopende DBC	Verrichtingen-registratie	Polikliniek bezoek volgend op operatie index oog C1+C3	3b
C6	Datum postoperatieve fup	dd-mm-jjjj	DBC registratie	Datum poliklinische controle na operatie; C5 valt na C4	3b
C7	Glaucoom	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/ Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitrair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract)	2

24

25

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
C8	Maculadegeneratie	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitrair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract)	2
C9	Diabetische retinopathie	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitrair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract)	2
C10	Dementie/Down	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitrair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract)	2
C11	Doftheid	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitrair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract)	2
C12	COPD	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitrair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract)	2
C13	Nekklachten/ Houdingsproblemen	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitrair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract)	2

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
C14	Hypermatuur cataract	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	De vast te leggen waarde is arbitrair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract)	2
C15	Vitrectomie	CTG verrichting code 31294 vitrectomie	Verrichtingen-registratie		2
C16	Diagnose en verrichting 2 ^e oog	Zie C2	DBC registratie	Tweede DBC 11.554 afgesloten in een registratie-periode	3a/b
C17	Operatie 2 ^e oog	Zie C4	Verrichtingen-registratie	CTG code 31241 CATARACTOK EXTRACAPS. MET KUNSTLENS verrichting behorende bij C17	3a/b
C18	Datum verrichting 2 ^e oog	dd-mm-jjjj	Verrichtingen-registratie	Datum behorende bij C18. C19 valt na C4	3a/b
C19	Preoperatief poliklinisch bezoek (2 ^e oog)	CTG code 190011 eerste polikliniekbezoek 190012 DBC-registratiecode voor een niet-decl. Polikliniekbezoek dat leidt tot opening	Verrichtingen-registratie	Polikliniek bezoek voorafgaand aan op operatie index oog C1+C3	3b
C20	Datum Preoperatief poliklinisch bezoek (2 ^e oog)	dd-mm-jjjj	DBC registratie	Datum poliklinische consult voorafgaand aan operatie tweede oog	3b

26

27

Tabel 3: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Te berekenen gegevens	Variabele	Formule	Formule	Validatie regels	Modig voor indicator	Toelichting
Leeftijd bij openen DBC	C22	Datum openen DBC - geboortedatum	C4-C1	>50 jaar	2, 3a, 3b,	Is inclusie criterium
Tijd tussen operatie en 1 ^e en 2 ^e oog	C23	Datum operatie 2 ^e oog – datum operatie 1 ^e oog	C18-C4	>= 28 dagen	3a	
Tijd tussen operatie 1 ^e oog en postoperatief poliklinische consult	C24 C25	Datum postoperatief poliklinisch consult 1 ^e oog – datum operatie 1 ^e oog	C5-C4	>= 21 dagen	3b	
Tijd tussen operatie 1 ^e oog en preoperatief poliklinisch consult 2 ^e oog.		Datum preoperatief poliklinisch consult 2 ^e oog – datum operatie 1 ^e oog	C20-C4	>= 21 dagen als C24 <21 of als C24 missing	3b	

4. Instructies bij het bepalen van de indicatoren

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe indicatoren bepaald kunnen worden. Eerst worden algemene instructies gegeven, waarna specifieke aanwijzingen volgen voor het bepalen van de indicatorenset cataract.

4.1 Algemene instructies

Meerdere locaties/ vestigingen

Als uw ziekenhuis verschillende locaties/vestigingen heeft waar patiënten voor hun cataract worden behandeld, is het van belang dat u van alle locaties/vestigingen apart gegevens registreert.

Koppeling van registratiesystemen

Een gedeelte van de gegevens die verzameld dienen te worden zullen digitaal beschikbaar zijn vanuit digitale registraties in de ziekenhuizen. Soms zal koppeling van databases noodzakelijk zijn.

4.2 Populatiebepaling

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

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

De patiënten worden geselecteerd waarbij een van de onderstaande DBC's in de meetperiode openstaat of is afgesloten en gevalideerd.

- 11.554.31
- 11.554.32
- 11.554.33
- 11.554.36

28

29

Het kan dus zijn dat de DBC is gestart voor de meetperiode begonnen is. Gedurende de meetperiode moet de onderstaande verrichting zijn uitgevoerd:

- 031241 cataract ok extracaps. met kunstlens

Twee cataractoperaties in één jaar is mogelijk. Voor beide ogen wordt een DBC geregistreerd. Deze patiënten tellen in die gevallen twee keer mee als zij voldoen aan de andere voorwaarden.

In geval van twee cataractoperaties in één jaar is de eerste operatie de 'index-operatie'.

Parallele DBC's worden meegenomen. Wel wordt gekeken naar alle verrichtingen die aangevraagd en/of uitgevoerd zijn door de oogarts aangezien verrichtingen aan de verkeerde DBC zijn gekoppeld.

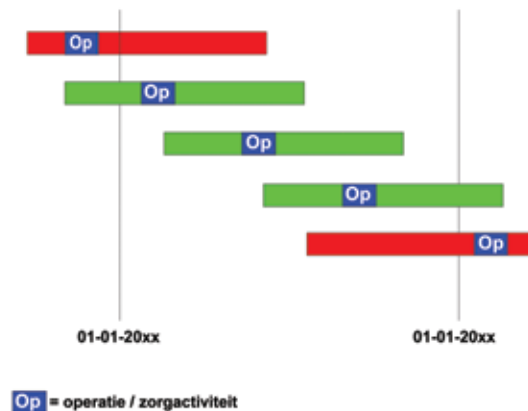
Uitsluitend patiënten selecteren die >50 jaar oud zijn.

Populatie van de teller is altijd een subpopulatie van de noemer.

Voor DBC codes en instructies: zie hoofdstuk 3 (variabelenlijsten).

In onderstaande figuren staat grafisch weergegeven wat bovenstaande populatiebepaling betekent.

Figuur 1. Populatiebepaling cataractpopulatie



In het geval patiënten aan twee ogen worden geholpen blijft de populatiebepaling hetzelfde. Wel moet er rekening gehouden worden met patiënten bij wie: het 'index-oog' – d.w.z. het eerste oog dat in de meetperiode geopereerd wordt – in feite het tweede oog is van de patiënt dat geopereerd wordt. In dat geval moet nagegaan worden of er minimaal 28 dagen tussen de operatie van het eerste en tweede oog zit, en dat na minimaal 21 dagen postoperatieve follow-up heeft plaatsgevonden.

Het 'index oog' gedurende de meetperiode wordt geopereerd maar het tweede oog in de periode daarna. Ook dan dient er weer minimaal 28 dagen tussen de operatie van het eerste en tweede oog te zitten, en na minimaal 21 dagen postoperatieve follow-up te hebben plaatsgevonden.

In- en exclusie criteria

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

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Hetzelfde geldt voor de zogenaamde case-mix correctie. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor co-morbiditeit die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusie criteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld. Welke waarden meegenomen moeten worden staat beschreven bij het onderdeel 'indicatorbepaling'.

4.3 Bepaling van de indicatoren

De laatste stap is het bepalen van de indicatoren. Hiervoor worden de teller en de noemer omschreven en wordt de formule (met variabelen) gegeven. Populatie van de teller is altijd een subpopulatie van de noemer. In geval bij een indicator gevraagd wordt naar een percentage, dan wordt de teller door de noemer gedeeld en vermenigvuldigd met 100.

Op de volgende pagina's wordt per indicator aangegeven hoe de indicatoruitkomst bepaald kan worden.

Indicator 1	Dataregistratie van pré-/per-/post-operatieve data
	Invullen checklist bijlage 1
	Tellen aantal keren dat 'ja' is aangevinkt op checklist
	Rapporteer over aantal keren dat ja is aangevinkt

Indicator 2	Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief)	Formule
Teller	Neem als uitgangspunt de populatie van de noemer. Bepaal nu het aantal peroperatieve vitrectomieën.	# patiënten waarbij C15 = 'ja'
Noemer	Bepaal het totaal aantal cataractpopulaties. Zie ook populatiebepaling.	# patiënten waarbij C2 = 'ja' en C3 = 'ja' en C22 > 50 jaar

Correctie voor case-mix is belangrijk voor indicator 2: in het 'Kwaliteitsregistratie Cataract' (CPO nieuwe versie; landelijke uitrol in 2007) kan zowel oculaire co-morbiditeit als algemene co-morbiditeit worden vastgelegd. Ziekenhuizen dienen bij

30

31

de rapportage van hun vitrectomie percentage tevens context-informatie te presenteren. Namelijk: verdeling van de leeftijd van de cataract patiënten (C15) in leeftijdsklassen (50-65, 65-80, 80-95, en > 95), verdeling van algemene co-morbiditeit en verdeling van oculaire co-morbiditeit (C7 t/m C14).

Indicator 3a	De tijdsperiode tussen operatie van 1e en 2e oog; tijdsperiode tussen operaties \geq 28 dagen	Formule
Teller	Neem als uitgangspunt de populatie van de noemer. Bepaal nu het aantal patiënten bij wie datum 2e oogoperatie minus datum 1e oogoperatie \geq 28 dagen.	# patiënten waarbij C24 = 'ja' of C25='ja'
Noemer	Bepaal het totaal aantal patiënten met een cataractoperatie aan beide ogen. Zie ook populatiebepaling.	# patiënten waarbij C17 = 'ja' en C22 > 50 jaar

Indicator 3b	De tijdsperiode tussen operatie van 1e en 2e oog; datum postoperatieve controle 1e cataractoperatie \geq 21 dagen	Formule
Teller	Neem als uitgangspunt de populatie van de noemer. Bepaal nu het aantal patiënten bij wie laatste postoperatieve controle na 1e cataractoperatie minus datum cataractoperatie 1e oog \geq 21 dagen.	# patiënten waarbij C24 = 'ja'
Noemer	Zie bepaling noemer 3a.	# patiënten waarbij C17 = 'ja' en C22 > 50 jaar

AIRE	Appraisal of Indicators, Research and Evaluation
CBO	Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
COPD	Chronische obstructieve longziekten ('Chronic Obstructive Pulmonary Disease')
DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
ECCE	Extracapsulaire Cataractextractie
EPD	Elektronisch patiëntendossier
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
OMS	Orde van Medisch Specialisten
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NOG	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	NVZ Vereniging van Ziekenhuizen
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TOA's	Technisch Oogheelkundig Assistenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIS	Ziekenhuis Informatie Systeem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Naam indicator	Beschrijving/ belang	Kwaliteits- domein	Type	Bron *	Reden van afwijzing
PRE-OPERATIEF					
1. Indicatiestelling: Strenge indicatiestelling bij patiënten met visus >=0,6		Doelmatigheid	Proces	1	Er zijn erg veel redenen om bij patiënten met visus $\geq 0,6$ toch te opereren, bijvoorbeeld verhoogde schittering; beperking beroeps-uitoefening; beperkt nabijzien en leesvaardigheid; subjectieve beperking deelname verkeer; staargerelateerde anisometrie; lensgebonden drukverhoging etc. Daardoor is de indicator moeilijk te operationaliseren en valideren.
2. Kwaliteit van leven vragenlijst		Effectiviteit	Proces Uitkomst	6, 7, 9	De vragenlijst (VF-14) is ontwikkeld als researchinstrument. De werkgroep is van mening dat een vragenlijst eerst geschikt moet worden gemaakt voor gebruik in de dagelijkse praktijk.
3. Indicatiestelling: preoperatief 1 poli-onderzoek (traceerbaar consult) door de operateur zodat een goede operatie indicatie (en vertrouwensrelatie) tot stand komt		Doelmatigheid Effectiviteit Patiënt-gerichtheid	Proces	10	Preoperatief poli-onderzoek door de operateur wordt als 'passende zorg' ervaren. Het nut van 1 pre-operatief poli-onderzoek is (mogelijk daarom) onvoldoende onderzocht om wetenschappelijk verantwoorde uitspraken in medisch technische zin te kunnen doen. Studies naar het nut van 1 preoperatief poli-onderzoek door de operateur in het kader van patiëntgerichtheid zijn evenmin voorhanden. Mocht evidence beschikbaar komen, dan wordt deze indicator in de jaarlijkse evaluatie meegenomen.
4. Volume: aantal microchirurgische operaties per jaar per oogheelkundige maatschap/vakgroep en de spreiding daarbinnen		Veiligheid	Structuur	11	Voor cataractchirurgie is de relatie tussen het minimum aantal ingrepen per jaar en de kwaliteit van zorg niet aangetoond. Zie verder Evidence-rapport <i>Goede zorg, een kwestie van ervaring?</i> (CBO, 2005)
5. Wachtijd: wachttijd tussen operatie indicatie en operatiedatum (termijn in dgn of mnd)		Tijdigheid	Uitkomst	10	Een cataractextractie is niet urgent en langer wachten heeft geen invloed op de effectiviteit of veiligheid van de ingreep. Daarnaast heeft de oogarts weinig/geen invloed op de datum waarop de OK wordt uitgevoerd. Indicator over wachttijden heeft betrekking op het kwaliteits-domein patiëntgerichtheid en zijn minder relevant voor dit project (behalve als eventuele balansindicator, dit moet blijken gedurende het traject). Uit de eerste onderzoeksgegevens van de CAPHS-vragenlijst blijkt bovendien dat het niet belangrijk wordt gevonden vanuit patiëntenperspectief.

Naam indicator Beschrijving/ belang	Kwaliteits- domein	Type	Bron *	Reden van afwijzing
PER-OPERATIEF				
6. Intraoculaire lens: gebruik type (materiaal en design) intra oculaire lenzen met een bewezen laag nastaar-percentage	Veiligheid Effectiviteit	Proces	5	Ontwikkelingen op dit terrein gaan heel snel. Bovendien is het meten van het nastaar-percentage moeilijk te operationaliseren. De relatie met kwaliteit van zorg kan daardoor moeilijk worden gelegd, waardoor deze indicator niet relevant wordt geacht.
7. Anesthesiologie: bewaking door een anesthesioloog tijdens operatie	Veiligheid	Proces	10	In Nederland behoort het tot de best practice om vitale functies van patiënten die een cataract extractie ondergaan te bewaken door de anesthesiologie. Op dit moment wordt meer dan 70% van de geopereerde cataractpatiënten bewaakt. De wetenschappelijke onderbouwing van de relatie met kwaliteit van zorg is niet eenduidig, waardoor deze indicator niet relevant wordt geacht.
8. Complicatie zonulolysis (met glasvochtverlies)	Veiligheid	Uitkomst	1	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen.
9. Complicatie glasachtig lichaam prolaps en voorste vitrectomie	Veiligheid	Uitkomst	1	Betere formulering is de geselecteerde indicator: complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer met gebruik vitrectoom.
10. Complicatie subchoroidale bloeding	Veiligheid	Uitkomst	1, 5	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Bovendien kan de relatie met kwaliteit van zorg niet strikt worden gelegd.
11. Complicatie 'dropped nucleus'	Veiligheid	Uitkomst	10	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen.
POST-OPERATIEF				
12. Visus: verschil pre- en postoperatieve BCVA min. 4 wkn postoperatief per oog	Effectiviteit	Uitkomst	10	Visus is een subjectieve meting en het eindproduct dat afhankelijk is van de functie van de cornea, lens, retina, oogzenuw en het brein. Ook kan het zijn dat er geen visuswinst is, maar wel sprake is van andere gewenste uitkomsten (zoals afname van glare en verstrooiing). De visus geeft dus geen exclusieve informatie over de kwaliteit van de cataractextractie. De indicator is moeilijk betrouwbaar te meten: meetapparatuur, -omstandigheden hebben veel invloed.

34

35

Naam indicator Beschrijving/ belang	Kwaliteits- domein	Type	Bron *	Reden van afwijzing
PER-OPERATIEF				
13. Refractie: verschil tussen target refractie en uiteindelijke (4-6 weken) post-operatieve refractie (nauwkeurigheid van biometrie)	Effectiviteit	Uitkomst	3, 5, 8	Waarschijnlijk niet discriminerend genoeg vanwege huidige operatietechnieken.
14. Complicaties postoperatief binnen 1 maand na cataract ok	Veiligheid	Uitkomst	10	Deze indicator wordt hergeformuleerd in: % ongeplande heroperaties aan hetzelfde oog binnen 30 dagen na een cataract OK. Zie nr. 15.
15. Heroperaties: aantal heroperaties aan hetzelfde oog binnen 30 dagen na een cataractoperatie	Effectiviteit Veiligheid	Uitkomst	11	Het aantal heroperaties lijkt wel een goede indicator te zijn voor de kwaliteit van zorg. Maar heroperaties komen weinig voor. Deze indicator is om diverse redenen moeilijk te operationaliseren: er is geen uniforme definitie van het begrip heroperatie; patiënten worden niet altijd door dezelfde operateur geopereerd; er is geen aparte registratiecode voor heroperatie.
16. Nazorg: Postoperatieve beoordeling bij (pre-existente) comorbiditeit	Veiligheid Patiënt-gerichtheid	Proces	10	Er is geen uniformiteit over het begrip (pre-existente) oculaire en algehele comorbiditeit en het tijdstip waarop de nazorg plaats vindt. Veel problemen met toegenomen cq. beïnvloedende co-morbiditeit worden pas duidelijk nadat de DBC cataract is afgesloten (min. 4 weken na OK cataract).
17. Hoeveelheid chirurgisch geïnduceerd astigmatisme (SIA)	Effectiviteit Veiligheid	Uitkomst	3, 5, 8	In toenemende mate minder discriminerend vanwege small incisie techniek, daarnaast moeilijk meetbaar.
18. % patiënten dat een YAG laser behandeling heeft ondergaan	Effectiviteit Veiligheid	Uitkomst	10	De oogarts die de cataractoperatie heeft uitgevoerd is niet altijd de oogarts die de YAG laserbehandeling uitvoert. Er bestaat een grote variatie in tijd (6 weken tot enkele jaren) tussen een uitgevoerde cataractoperatie en het uitvoeren van een YAG laserbehandeling.
19. Complicatie endophthalmitis	Veiligheid	Uitkomst	5, 9	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Valt onder nr. 14.
20. Relevante IOL-decentralisatie	Veiligheid	Uitkomst	1	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Valt onder nr. 14.
21. Complicatie netvliesloslating	Veiligheid	Uitkomst	5	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Valt onder nr. 14.
22. Complicatie cystoid macula-oedeem	Veiligheid	Uitkomst	5	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Valt onder nr. 14.

Naam indicator	Beschrijving/ belang	Kwaliteits- domein	Type	Bron *	Reden van afwijzing
23.	Complicatie centraal hoornvliesendotheel-decompensatie	Veiligheid	Uitkomst	1	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Valt onder nr. 14.
24.	Complicatie gedecompenseerde cornea na 1 week	Veiligheid	Uitkomst	10	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Valt onder nr. 14.
25.	Complicatie hyphaema	Veiligheid	Uitkomst	10	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Valt onder nr. 14.
26.	Complicatie irisprolaps	Veiligheid	Uitkomst	10	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Valt onder nr. 14.
27.	Complicatie vervormde pupil	Veiligheid	Uitkomst	10	Deze complicatie komt heel weinig voor en vereist om die reden hele grote patiëntenaantallen om valide uitspraken te kunnen doen. Valt onder nr. 14.
<p>* Bron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BQS Bundesauswertung 2003. Modul 03/1: Kataraktoperation, Qualitätsindikatoren. BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, 2004 2. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Goede zorg, een kwestie van ervaring? Evidence-rapport over de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. Utrecht, 2005 3. Lundström, M et al. 1998 European Cataract Outcome Study. Report from the European Cataract Outcome Study Group. J Cataract Refract Surg 2001; 27:1176-1184 4. Lundström, M et al. The Swedish National Cataract register: a 9-year review. Acta Ophthalmologica Scandinavica 2002; 80: 248-257 5. Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. Conceptrichtlijn Cataract. #2 16-02-05 6. Norregaard, J C et al. Visual functional outcomes of cataract surgery in the United States, Canada, Denmark and Spain. Report of the International Cataract Outcome Study. J Cataract Refract Surg 2003; 29:2135-2142 7. Nijkamp, M D et al. Determinants of patient satisfaction after cataract surgery in 3 settings. J Cataract Refract Surg 2000; 26:1379-1388 8. Royal College of Ophthalmologists. Cataract surgery guidelines. London, 2004 9. Scottish intercollegiate Guide lines Network. Day Case Cataract Surgery, a national guideline. Edinburgh, 2001 10. Werkgroep (inhoudelijk experts) 11. Zorgverkeeraars Nederland / Kenniscentrum DBC. Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2006. Kenniscentrum DBC, september 2005. 					

36

37

Bijlage 3:

Verwerken commentaar consultatieronde

1. Dateregistratie van pré-/per-/post-operatieve data		Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*		CB	Niet verwerkt	De indicator wordt inderdaad gefaseerd ingevoerd: eerst als structuurindicator (Hebt u een complicatie data-registratie in een computer database?), vervolgens als proces indicator (bv % instellingen dat daadwerkelijk gebruik maakt van de computerdatabase) en ten slotte op specifieke punten als uitkomstindicator, indien dit evidence based / expert opinion onderbouwd kan worden. Het NOG zal jaarlijks de set indicatoren evalueren en bijstellen indien nodig geacht. Toezegging in data (2006, 2007, 2008 etc) is niet mogelijk. De sleutel hiertoe ligt bij de zorgverkeeraar die de financiële tegemoetkoming moet realiseren. Hierbij gaat het om onderhandelingen tussen directies van instellingen en zorgverkeeraars, waarbij de beroepsgroep niet aanwezig is. Het NOG onderstreept wel het belang om hiervoor op centraal niveau afspraken te maken om een uniforme implementatie te realiseren.
	Benadruk het belang van locatiespecifiek invullen van de vragenlijst die zal worden ontwikkeld voor de ziekenhuizen/ZBC's omdat zowel de IGZ als Kiesbeter de locatie als uitgangspunt nemen.	CB	Reeds aan voldaan	Belang van locatiespecifiek registreren staat vermeld in paragraaf 4.1.
	Het argument dat een dergelijke registratie niet gefinancierd kan worden is acceptabel voor de korte termijn, maar als er een relatie is met kwaliteit en minder kosten kan het gewoon meegenomen worden in de prijsonderhandelingen met de verzekeraar.	CB	Verwerkt	Registratie is van een paar factoren afhankelijk, namelijk de invoering van een EPD en de financiering. Om registratie landelijk dekkend te maken, dient voor zowel data-registratie als implantaatregistratie financiering te komen. Dit moet (geoormerkt) worden meegenomen in de prijsafspraken tussen zorgverkeeraar en zorginstelling (management).
	Wat wordt bedoeld met procesindicator onder kopje Registratie? Ik zou denken dat als je registreert je een perfect instrument hebt voor een uitkomstindicator. Dat is ook waar de klant het meest op zit te wachten.	CB	Verwerkt	Opzet is om indicator gefaseerd in te voeren van structuur naar procesindicator (zie ook eerder). Zal worden uitgewerkt op specifieke punten als uitkomstindicator, indien dit evidence based / met expert opinion onderbouwd kan worden.

2. Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief)			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Goed dat er een uitkomstindicator is. Ik denk dat met het introduceren van de complicatieregistratie onder 1 deze indicator later kan samenvallen met indicator 1. Twee openstaande punten zijn de registratie en de case-mix controle.	CB CB	Kennisname Verwerkt	Registratie was reeds vermeld. Case-mix: na een aantal jaren registreren, kan na analyse op een dieperliggend niveau op een juiste manier risk-adjustment worden toegepast. Op dit moment kan dit niet nader worden uitgewerkt.
3. De tijdsperiode tussen operatie van 1e en 2e oog			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Uit definitie teller maak ik op dat er sprake moet zijn van een minimale wachttijd voor controle eerste oog van vier weken. In de tekst wordt ook periode 4-12 weken genoemd. Waarom in teller anders verwoord? Ben je nalatig als je langer dan 12 weken wacht met controle? Hier lees ik dat het raadzaam is de tweede operatie na 12 weken uit te voeren. Waarom wordt dat niet meegenomen in een indicator? Je kan toch gemotiveerd afwijken.	CB CB	Verwerkt Verwerkt	Verduidelijkt in de tekst: het is raadzaam de tweede operatie pas dan uit te voeren nadat het eerste oog stabiel is. Het gaat om een periode van minimaal vier weken. Verduidelijkt in de tekst (zie ook hierboven). Inderdaad moet hiervan gemotiveerd worden afgeweken, indien dit van toepassing is.
4. Anesthesiologie: pre-operatieve screening door de anesthesioloog			
Commentaar*			
Geen commentaar ontvangen.			

38

39

Lijst met belangrijkste besproken en afgewezen indicatoren DBC Staaroperatie, na voorselectie van de groslijst			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Indicator 8,10,11 en 19-27 Nu staat in de groslijst dat per complicatie niet haalbaar geacht wordt, omdat ze te weinig zouden voorkomen. Inzage in het totale voorkomen per kliniek is volgens ons zinvol voor de klant.	CB	Niet verwerkt	De indicatoren zijn afgewezen ofwel omdat incidenties zeer laag zijn ofwel omdat momenteel geen evidence voor de relatie met kwaliteit beschikbaar is. Mocht dit in de toekomst toch gevonden worden, dan zal dit in de jaarlijkse evaluatie van de set indicatoren worden meegenomen.
Indicator 14 en 15: wij vinden het jammer dat deze indicator niet uitgewerkt kan worden. Het moet toch mogelijk zijn om dit mee te nemen in de op te zetten complicatieregistratie	CB	Niet verwerkt	De complicatieregistratie gebeurt momenteel per oogarts. Deze registratie geeft geen inzicht in het aantal heroperaties. Ook binnen de registratie van verschillende locaties is dit niet mogelijk. Er is nog geen landelijke registratie beschikbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft als enige overzicht op patiëntniveau. Maar binnen de bestaande dataregistratie van de ziektekostenverzekeraar is het evenmin mogelijk dit te beantwoorden. De DBC-registratie is niet specifiek genoeg om hierover uitsluitel te geven (problemen met onderscheid linker & rechter oog en onderscheid datum ok en datum re-ok).
* Indien mogelijk/nodig is het commentaar samengevat CB = Consumentenbond			

Commentaar*	Consequentie	Toelichting
LOGBOEK / OPMERKINGEN WEBENQUÊTE EN INTERVIEW:		
1	Geen wijziging	Indicator 2: Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief) In factsheets staan als inclusiecriteria 'Seniele cataract (> 50 jaar) zonder oculaire co-morbiditeit en zonder algemene co-morbiditeit die de uitvoering van de cataractoperatie bemoeilijkt. Als voorbeelden daarvan worden dementie, doofheid en ernstig COPD genoemd.'
2	Geen wijziging	Indicator 1 t/m 3 In factsheets staan als inclusiecriteria 'Seniele cataract (> 50 jaar) zonder oculaire co-morbiditeit en zonder algemene co-morbiditeit die de uitvoering van de cataractoperatie bemoeilijkt. Als voorbeelden daarvan worden dementie, doofheid en ernstig COPD genoemd.'
3	Geen wijziging	Indicator 3: De tijdsperiode tussen operatie van eerste en tweede oog.
4	Geen wijziging	Het aantal consulten is niet relevant. Het gaat erom dat de patiënt na 3 of 4 weken gezien wordt om te bekijken of het eerste oog goed is gelukt voordat het tweede oog wordt behandeld.
5	Geen wijziging	In factsheets wordt > 50 gebruikt maar in de variabelenlijst en tekstwoorden =>50 gebruikt. Dient eenduidig >50 of =>50 te worden.
6	Aangepast in overal >50	
7	Geen wijziging	Indicator 2: Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief)
8	Geen wijziging	Indicator 4: Anesthesiologie: pre-operatieve screening door de anesthesioloog
9	Geen wijziging	
10	Rapportage en registratiegegevens zijn aangepast	

* indien mogelijk/nodig samengevat

40

41

1. Hebt u voor cataractextracties een complicatie dataregistratie in een gegevensbestand?

ja, CPO ja, EPD ja, anders nee

Welk registratiesysteem gebruikt u:

.....

2a. Houdt u voor cataractextracties een dataregistratie bij voor pré-operatieve data?

ja, CPO ja, EPD ja, anders nee

Welk registratiesysteem gebruikt u:

.....

2b. Houdt u voor cataractextracties een dataregistratie bij voor per-operatieve data?

ja, CPO ja, EPD ja, anders nee

Welk registratiesysteem gebruikt u:

.....

2c. Houdt u voor cataractextracties een dataregistratie bij voor post-operatieve data?

ja, CPO ja, EPD ja, anders nee

Welk registratiesysteem gebruikt u:

.....

- Betreft patiënten met DBC-codes 221, 222 en 223.
- Aankruisen wat van toepassing is.
- Protocollen cq documentatie aanleveren, voor zover mogelijk.



Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
Dr. J.J.E. van Everdingen,
Adjunct directeur medisch specialistische kwaliteit
Postbus 20064
3502 LB Utrecht

Nijmegen, donderdag 6 april 2006

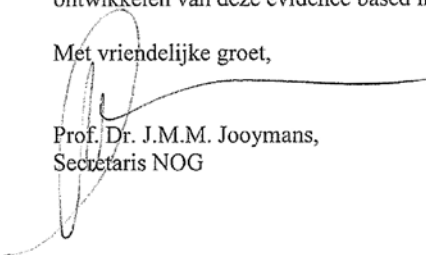
Geachte heer van Everdingen,

De indicatoren set voor staaroperatie (cataract) als onderdeel van het ZonMw project "kwaliteit van zorg in de etalage" is in de Algemene Ledenvergadering van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap op 23 maart 2006 aangenomen.

Het bestuur NOG is er trots op dat met het aannemen van de indicatoren set cataract de kwaliteit van zorg in beeld wordt gebracht van ± 140.000 cataractextracties jaarlijks!

Zonder de vruchtbare samenwerking tussen oogartsen en medewerkers CBO was het ontwikkelen van deze evidence based indicatoren set binnen één jaar niet mogelijk geweest.

Met vriendelijke groet,



Prof. Dr. J.M.M. Jooymans,
Secretaris NOG