

## **Indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen**

Uitvraag 2012 over verslagjaar 2011

## **Colofon**

Internet: [www.zichtbarezorg.nl/ziekenhuizen](http://www.zichtbarezorg.nl/ziekenhuizen)

E-mail: [info@zichtbarezorg.nl](mailto:info@zichtbarezorg.nl)

### **Samengesteld door:**

*Zorginhoudelijke indicatoren*

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud

Significant

Plexus i.s.m. Vektis (ten behoeve van de praktijkvariatie-indicator)

*Klantpreferentievragen*

Consumentenbond

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Tot stand gekomen in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van de stuurgroep Zichtbare Zorg  
Ziekenhuizen

**Den Haag, oktober 2011**

## **Inhoudsopgave**

<b>Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren</b>	4
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	5
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen	7
3. Lijst te verzamelen variabelen	23
Bijlage 1: Wijzigingstabel zorginhoudelijke indicatoren	28
Bijlage 2: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke verenigingen	29
Bijlage 3: Verwerking commentaar consultatieronde indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen	30
<b>Deel 2: Klantpreferentievragen</b>	34
Klantpreferentievragen Ziekten van Adenoïd en Tonsillen	35
Bijlage 1: Wijzigingstabel klantpreferentievragen	41
Afkortingenlijst	42

## Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

## 1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

### Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de ontwikkeling van indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen bestond in 2007 uit de volgende personen:

NVA: Mw. Drs. A.Schuurhuis, Anesthesioloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht  
KNO Dr. H.P. Verschuur, voorzitter werkgroep “externe indicatoren ziekten adenoïd en tonsillen”  
KNO-arts, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag  
Dhr. H.J.A. Visser, KNO-arts, 't Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer  
ZN: Mw. Drs. I.J.M. Harms, De Friesland Zorgverzekeraar  
Stichting Kind en Ziekenhuis: Mw. M.E.A. van Bergen-Rodts, Stichting Kind en Ziekenhuis, Dordrecht

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen bestond in 2011 uit de volgende personen:

KNO: Dhr. Dr. H.P. Verschuur, KNO-arts, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag  
Dhr. Dr. G.W. van Deelen, KNO-arts, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam  
ZN: Dhr. Drs. G. van Hoof, medisch adviseur CZ

### Afstemming met bestaande richtlijnen

Voor de indicatorenset is gebruik gemaakt van de volgende richtlijn: Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de Tweede lijn (KNO, 2007).

### Populatiebepaling voor Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

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

De populatie voor de indicatorset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen bestaat uit het aantal patiënten dat een tonsillectomie, adenotomie of adenotonsillectomie heeft ondergaan voor ziekten van adenoïd en tonsillen en dat op enig moment in het verslagjaar een DBC heeft die voldoet aan:

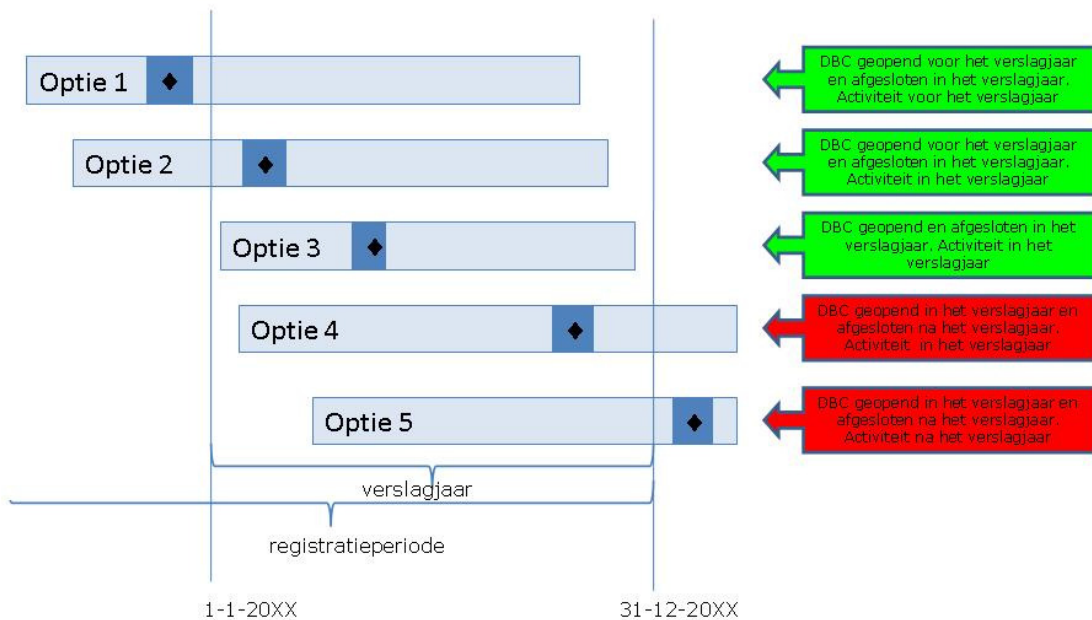
- 0302.11.52.212
- 0302.11.52.213
- 0302.11.52.216
- 0302.21.52.212
- 0302.21.52.213
- 0302.21.52.216

Binnen de gesloten DBC moet één van de onderstaande zorgverrichtingen zijn uitgevoerd:

- 32320 tonsillectomie, tot en met 10 jaar, inclusief eventuele adenotomie
- 32321 tonsillectomie, 11 tot en met 15 jaar, inclusief eventuele adenotomie
- 32322 tonsillectomie, 16 jaar en ouder, inclusief eventuele adenotomie
- 32330 adenotomie

Er dient gekeken te worden of genoemde verrichtingen vallen onder de DBC 0302.xx.52.xxx, aangezien de verrichtingen ook aan andere, voor deze indicatorenset niet relevante, DBC's gekoppeld kunnen zijn.

De indicatoren worden meegenomen in het verslagjaar waarin de DBC's worden gesloten (zie figuur). In de onderstaande figuur staat grafisch weergegeven wat bovenstaande populatiebepaling betekent. 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.



Om dubbelregistratie te voorkomen, dient – indien de indicator gebaseerd is op tellingen op patiëntniveau – geselecteerd te worden op het unieke patiëntnummer. In alle andere gevallen wordt geteld op verrichtingenniveau en telt iedere verrichting apart mee. Voor codes en instructies, zie de variabelenlijst en rekenregels (tabellen 1 en 2).

#### Peildatum

Enkele indicatoren in de set worden, in verband met de actualiteit, eenmaal per jaar op peildatum 1 maart geregistreerd.

#### 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 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. 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.

#### Praktijkvariatie indicator

De praktijkvariatie indicator wordt volledig berekend en aangeleverd aan Zichtbare Zorg door Vektis. Instellingen hoeven de benodigde variabelen niet zelf te verzamelen. Voor de volledigheid zijn de methoden die Vektis hanteert voor het berekenen van de indicator weergegeven onder de factsheet in de indicatorenengids.

## 2. Zorginhoudelijke indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

1. Nabloedingen	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Één van de mogelijke complicaties die kunnen optreden tijdens of na een (adeno)tonsillectomie is het optreden van een nabloeding. Het percentage patiënten met een nabloeding geeft volgens de werkgroep een indruk van de kwaliteit van de geboden behandeling. Verder moet rekening worden gehouden met patiëntenkenmerken zoals de gezondheidsstatus en gebruik van medicatie die het optreden van bloedingen kunnen beïnvloeden.
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en dat binnen 14 dagen na de ingreep een heroperatie heeft ondergaan ten gevolge van een nabloeding
<b>Teller</b>	Aantal patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en dat binnen 14 dagen na de ingreep een heroperatie heeft ondergaan ten gevolge van een nabloeding
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden
<b>Definitie(s)</b>	<i>Nabloeding:</i> Een nabloeding wordt bepaald door de operateur of de verlengde arm.  <i>Heroperatie:</i> Alle ingrepen waarbij opnieuw algehele anesthesie nodig is.  De werkgroep stelt voor alle heroperaties te registreren en in de toelichting te vermelden hoeveel patiënten in een ander ziekenhuis de ATE behandeling hebben ondergaan.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	n.v.t.
<b>Bron teller</b>	DBC-registratie, Verrichtingenregistratie, (Poli)klinische status, EPD
<b>Bron noemer</b>	DBC-registratie, Verrichtingenregistratie
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2011 tot en met 31-12-2011
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, veiligheid

### Rekenregels

Indicator 1	Nabloedingen	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die verzameld is voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie het aantal patiënten dat een nabloeding heeft gehad binnen 14 dagen (Z14 = ja) <b>en</b> waarbij daarna een heroperatie heeft plaatsgevonden binnen 14 dagen (Z15=ja en Z17=ja).	# patiënten noemer waarvoor Z4 en Z6 gelden en waarvoor geldt Z14=ja en Z15=ja en Z17=ja
<b>Noemer</b>	Selecteer alle patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden.	# patiënten waarvoor Z1 en Z2 gelden
<i>Deze noemer is dezelfde als de noemer voor indicator 2</i>		

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Bij het verwijderen van amandelen is er, evenals bij iedere andere operatie, sprake van enig risico. In dit geval wordt het risico vooral gevormd door de mogelijkheid van een nabloeding. Daarom is bij deze ingreep een normale bloedstolling essentieel. Er mogen dus van tevoren, en ook in de eerste dagen na de ingreep, geen medicijnen worden ingenomen die de bloedstolling nadelig beïnvloeden. Met name geen medicijnen die acetylsalicylzuur bevatten (aspirine, acetosal, etc.) en

coumarinederivaten. Aangeboren stollingsstoornissen kunnen bij de preoperatieve beoordeling veelal worden opgespoord.

Uit een onderzoek van Van Staaïj et al. (2004), blijkt dat van de 195 kinderen die tussen 2000 en 2003 in 24 ziekenhuizen in Nederland een adenotonsillectomie ondergingen er 12 (6%) een complicatie hadden die gerelateerd was aan de ingreep.

- 7 (4%) primaire nabloedingen:
  - o 2 (1%) werden chirurgisch behandeld;
  - o 5 (3%) werden niet-chirurgisch behandeld;
- 5 (3%) post-operatieve misselijkheid.

### **Mogelijkheden tot verbetering**

Mogelijkheden voor het ziekenhuis, de maatschap, het team en/of de arts om de uitkomst op deze indicator te verbeteren zijn het preoperatieve screenen op co-morbiditeit en stollingstoornissen en het geven van goede voorlichting.

### **Inhoudsvaliditeit**

In verschillende studies is onderzocht hoe vaak nabloedingen voorkomen. Een studie van Clark en Waddell (2004) gaf op basis van tonsillectomieën die tussen 1998 en 2002 in Engeland zijn uitgevoerd (n=220.497) aan dat 0,82% van de patiënten (n=1.804 volwassenen en kinderen) opnieuw geopereerd moesten worden om een nabloeding te stoppen. Daarbij is de kans dat volwassenen een nabloeding krijgen waarvoor heroperatie nodig is 4 keer zo groot dan bij kinderen.

Uit een onderzoek van Mills et al., (2004) blijkt dat de primaire postoperatieve bloedingen (binnen 24 uur) 0,9 % was en dat 83% procent binnen de verplichte 4 uur observatieperiode optrad. Primaire bloedingen waarbij een heroperatie nodig was waren aanwezig bij 0,37% van de kinderen. In totaal werden 4.850 tonsillectomieën bij kinderen uitgevoerd.

Peeters et al. hebben in 1999 gerapporteerd over gegevens van de voorgaande 11 jaar (2.363 tonsillectomieën en 3.295 adenodectomieën). De frequentie van grote bloedingen (major bleedings) post-adenodectomie was 0,2%. Na tonsillectomie was de frequentie van directe postoperatieve grote bloedingen 2,6% en 3,0%, respectievelijk bij kinderen en volwassenen. Secondaire bloedingen na tonsillectomie kwamen bij 0,3% van de kinderen en 0,5% van de volwassenen voor. Peterson en Losek (2004) laten op basis van een retrospectief onderzoek gedurende twee jaar 70 kinderen zien die een secundaire bloeding hebben (na 24 uur na tonsillectomie). De gemiddelde tijd tussen de ingreep en het melden op de spoedeisende hulp was 7,3 dagen. Van de 70 kinderen met bloedingen werden 63 (90%) chirurgische behandeld en 7 (10%) werden geobserveerd. Drie van de 7 (43%) kinderen die geobserveerd werden hadden opnieuw bloedingen.

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

### **Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

Uit de resultaten van de uitvraag van deze indicator is gebleken dat het percentage heroperaties ten gevolge van een nabloeding klein is en dat er relatief weinig verschillen tussen de ziekenhuizen bestaan. De statistische betrouwbaarheid van deze indicator is dan ook laag. De werkgroep acht het desalniettemin een belangrijke indicator.

### **Vergelijkbaarheid**

De werkgroep verwacht dat er relevante patiëntkenmerken zijn die de uitkomsten van de indicator beïnvloeden, zoals leeftijd en het Down Syndroom (KNO, 2007).

### **Registratiebetrouwbaarheid**

De werkgroep verwacht dat deze indicatoren onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

De gevraagde gegevens worden voor een deel vastgelegd in DBC- en verrichtingenregistraties, deze gegevens zijn relatief makkelijk terug te vinden. Het aantal nabloedingen moet handmatig in het EPD of de status opgezocht worden.

### **Referenties**

- Clark MPA, Waddell A. The surgical arrest of post-tonsillectomy haemorrhage: hospital episode statistics. Ann R Coll Surg Engl 2004;86:411-2.

- Mills N, Anderson BJ, Barber C, White J, Mahadevan M, Salkeld L, Douglas G, Brown C. Day stay pediatric tonsillectomy--a safe procedure. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:1367-73.
- Peeters A, Van-Rompaey D, Schmelzer B, Vidts G, Katz S. Tonsillectomy and adenotomy as a one day procedure? *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1999;53:91-7.
- Peterson J, Losek JD. Post-tonsillectomy hemorrhage and pediatric emergency care. *Clin Pediatr* 2004;43:445-8.
- Richtlijn Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de Tweede lijn. Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, 2007.
- van Staaïj BK, van den Akker EH, Rovers MM, Hordijk GJ, Hoes AW, Schilder AG. Effectiveness of adenotonsillectomy in children with mild symptoms of throat infections or adenotonsillar hypertrophy: open, randomised controlled trial. *BMJ* 2004;18:651.

2. Poliklinisch pre-operatief spreekuur	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het poliklinisch adequaat vaststellen van de gezondheidstoestand van de patiënt voorafgaand aan (adeno)tonsillectomie, het juist inschatten van het peroperatieve risico en het zo nodig optimaliseren van de conditie van de patiënt leidt tot een veiliger peri-operatief proces. Bovendien wordt aan patiënten en/of hun ouders tijdig informatie verschaft over de komende behandeling: de vorm van anesthesie die wordt toegepast, het nuchter zijn en de pijnbestrijding na de ingreep. Ook wordt de behandelingsovereenkomst gesloten (conform Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO).
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en dat op een anesthesiologische polikliniek preoperatief beoordeeld is.
<b>Teller</b>	Aantal patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en dat op een anesthesiologische polikliniek preoperatief beoordeeld is.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden
<b>Definitie(s)</b>	De preoperatieve screening (POS) heeft maximaal 6 maanden voor de ingreep plaatsgevonden. Indien de gezondheidstoestand tussentijds is veranderd of als de patiënt een andere ingreep heeft ondergaan, dan dient opnieuw een POS plaats te vinden voor de (adeno)tonsillectomie.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	n.v.t.
<b>Bron teller</b>	DBC registratie, Verrichtingen registratie
<b>Bron noemer</b>	DBC registratie
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2011 tot en met 31-12-2011
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid

### Rekenregels

Indicator 2	Poliklinisch pre-operatief spreekuur	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die verzameld is voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie het aantal patiënten waarbij voor de OK een POS heeft plaatsgevonden.	# patiënten noemer waarvoor Z8 geldt en waarvoor geldt Z16=ja
<b>Noemer</b>	Selecteer alle patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden.	# patiënten waarvoor Z1 en Z2 gelden
<i>Deze noemer is dezelfde als de noemer voor indicator 1.</i>		

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De indicator "Aanwezigheid poliklinisch pré-operatief spreekuur voor (adeno)tonsillectomie patiënten (en ouders)" is gebaseerd op de indicator "gebruik preoperatieve polikliniek" van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (2007). In deze set is de indicator aangepast voor patiënten met ziekten van adenoïd en tonsillen.

In de indicatorenset van de Anesthesiologen gaat het om electieve operaties. Bij (adeno)tonsillectomie operaties is het onderscheid in electieve en acute operaties niet relevant.

Het standpunt van de Nederlandse vereniging voor anesthesiologie (2004) ten aanzien van "Preoperatieve zorg" omvat:

1. Beoordeling gezondheidstoestand van de patiënt in relatie tot de voorgenomen ingreep.
2. Risico-inschatting t.a.v. de voorgenomen ingreep.
3. Optimalisatie van de conditie van de patiënt.
4. Voorlichting aan de patiënt of diens vertegenwoordiger.
5. Het verkrijgen van informed consent (conform WGBO).
6. Opstellen van het peri-operatief beleid.

Door het tijdig (voordat de operatie gepland wordt) anesthesiologisch preoperatief beoordelen van de patiënt is er gelegenheid om de conditie van de patiënt te optimaliseren. Dit leidt tot minder afzeggingen van electief geplande ingrepen.

Door het uitsluitend op indicatie aanvragen van aanvullend onderzoek ten opzichte van het oude leeftijdsgebonden protocollaire model kan hierop tevens een kostenbesparing gerealiseerd worden. Uit onderzoek (Ferschl, 2005) blijkt dat een anesthesiologisch spreekuur het aantal afzeggingen en vertragingen op de dag van de operatie laat afnemen. In 62% van alle ziekenhuislocaties waar tonsillectomie bij kinderen plaats vindt bestaat een anesthesiespreekuur voor KNO ingrepen (Kind en Ziekenhuis, 2005)

### **Mogelijkheden tot verbetering**

Er moet gestreefd worden naar een anesthesiologische preoperatieve polikliniek in ieder ziekenhuis conform het verenigingsstandpunt van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (2004). Hierbij is het doel uitdrukkelijk om alle electief geplande patiënten (eventueel vergezeld van ouder/wettelijk vertegenwoordiger) in die preoperatieve setting te spreken en te zien.

### **Inhoudsvaliditeit**

In diverse publicaties (Kantlay, 2006; Ferschl, 2005; Garcia-Miguel, 2003), volgend op het proefschrift van Dr. C.L.G. Rutten (1996) met als titel "De anesthesiologische preoperatieve zorg" en het rapport "Preoperatief onderzoek" van de Gezondheidsraad (1997), wordt het kwaliteitsbevorderende effect van een anesthesiologische preoperatieve polikliniek bevestigd. De mate van bewijskracht voor deze indicator is C.

### **Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicatoren discrimineren tussen de ziekenhuizen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zullen registreren. De betrouwbaarheid van deze indicator is naar de mening van de werkgroep interne indicatoren anesthesiologie goed en geeft een goed beeld van de werkwijze in de verschillende ziekenhuizen. Bij deze indicator worden patiënten die om welke reden dan ook afzeggen/afgezegd niet meegeteld.

### **Vergelijkbaarheid**

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

### **Registratiebetrouwbaarheid**

De werkgroep verwacht dat deze indicatoren onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

De gevraagde gegevens worden voor vastgelegd in DBC- en verrichtingenregistraties, deze gegevens zijn relatief makkelijk terug te vinden.

### **Referenties**

- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Interne indicatoren. Januari 2007.
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Standpunt over de anesthesiologische zorgverlening. Versie mei 2004.
- Ferschl M.B., Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays: *Anesthesiology* 2005;103:855-9.
- Garcia-Miguel FJ. Preoperative assessment. *The Lancet* 2003;362:1749-57.
- Kantlay KL. The impact of a consultant anaesthetist led pre-operative assessment clinic on patients undergoing major vascular surgery. *Anaesthesia* 2006;61:234-239.
- Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis Beter kiezen 2005. Kiezen voor een kindgericht ziekenhuis. Juni 2005 (*interne publicatie*).
- Preoperatief onderzoek. Rapport Gezondheidsraad 1997.
- Rutten CLG. De anesthesiologische preoperatieve zorg. Proefschrift 1996.

3. Postoperatieve pijnmeting	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen om humanitaire reden is pijn ongewenst, maar ook een voorspoedig herstel wordt negatief beïnvloed door postoperatieve pijn. Adenotonsillectomie kan een pijnlijke ingreep zijn, zowel bij kinderen als volwassenen. In de dagen na de ingreep kunnen patiënten hinder ondervinden ten gevolge van pijn, o.a. problemen met slapen, pijn bij drinken en gedragsveranderingen. Pijnstilling draagt bij aan een voorspoedig herstel.
<b>Operationalisatie 3a</b>	Percentage klinische (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief
<b>Teller 3a</b>	Aantal klinische (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief
<b>Noemer 3a</b>	Aantal klinisch behandelde (adeno)tonsillectomie patiënten
<b>Operationalisatie 3b</b>	Percentage (adeno)tonsillectomie patiënten met ernstige postoperatieve pijn VAS/NRS >7 of gemeten met de VRS op enig moment tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief
<b>Teller 3b</b>	Aantal (adeno)tonsillectomie patiënten met ernstige postoperatieve pijn VAS/NRS >7 of gemeten met de VRS op enig moment tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief
<b>Noemer 3b</b>	Aantal (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief
<b>Operationalisatie 3c</b>	Percentage patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om navraag te doen naar pijnintensiteit
<b>Teller 3c</b>	Aantal patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om o.a. navraag te doen naar pijnintensiteit
<b>Noemer 3c</b>	Aantal patiënten in dagbehandeling, dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan
<b>Definitie(s)</b>	Het meetinstrument moet numeriek zijn of omgezet kunnen worden in numerieke maten. Hiervoor zijn de VAS en/of de NRS en de VRS goede instrumenten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>VAS (Visual Analog Scale):</i> De standaard VAS is een lijn van 10 centimeter, met aan de uiteinden 'geen pijn' en 'ergst denkbare pijn' (Gracely, 1978).</li> <li>- <i>NRS (Numeric Rating Scale):</i> De NRS is een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ergst denkbare pijn) (Jensen, 2003).</li> <li>- <i>VRS (Verbal Rating Scale):</i> In de VRS zijn verschillende schalen beschikbaar, van een vier woorden schaal (geen, licht, matig, ernstig) (Gracely, 1978) tot een zes puntsschaal (geen, heel licht, licht, nogal, ernstig, heel ernstig) (Caraceni, 2002). Deze laatste schaal is vertaald en gevalideerd in veertien verschillende talen, inclusief Nederlands (Caraceni, 2002).</li> </ul>
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie van alle patiënten die een (adeno)tonsillectomie hebben ondergaan
<b>Bron teller</b>	3a, 3b en 3c: Pijnmeting-systeem (eigen systeem)
<b>Bron noemer</b>	3a en 3c: DBC-registratie 3b: DBC-registratie, pijnmeting-systeem (eigen systeem)
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2011 tot en met 31-12-2011
<b>Rapportage</b>	1 x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	3a en 3c: Proces 3b: Uitkomst
<b>Meetniveau</b>	Patiëtniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, patiëntgerichtheid

\* De koppeling met de VRS en de NRS/VAS moet nog gemaakt worden. De meeste instellingen zullen de NRS of VAS gebruiken.

## Rekenregels

Indicator 3a	Postoperatieve pijnmeting bij klinische patiënten	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die verzameld is voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie het aantal patiënten waarbij een VAS/NRS/VRS-score(s) is vastgelegd.	# patiënten uit de noemer waarvoor geldt Z10=ja
<b>Noemer</b>	<p><i>Deze teller is dezelfde als de noemer van indicator 3b</i></p> Selecteer alle patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden, waarbij er een DBC van een van de onderstaande typen is vastgelegd (klinische patiënten): 0302.11.52.213 0302.11.52.216 0302.21.52.213 0302.21.52.216.	# patiënten waarvoor Z1 (met behandelcode eindgetal 3 of 6) en Z2 gelden

Indicator 3b	Ernstige postoperatieve pijn bij klinische patiënten	Formule
<b>Teller</b>	Patiënten waarbij de maximale VAS-score of NRS-score hoger dan 7 is.	Aantal patiënten uit de noemer waarbij Z11>7 of Z12>7
<b>Noemer</b>	Selecteer alle patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden, waarbij er een DBC van een van de onderstaande typen is vastgelegd (klinische patiënten): 0302.11.52.213 0302.11.52.216 0302.21.52.213 0302.21.52.216.  Bepaal vervolgens van de geselecteerde populatie het aantal patiënten waarbij een VAS/NRS/VRS-score(s) is vastgelegd.  <i>Deze noemer is dezelfde als de teller van indicator 3a</i>	# patiënten waarvoor Z1 (met behandelcode eindgetal 3 of 6) en Z2 gelden en waarvoor geldt Z10=ja

Indicator 3c	Postoperatieve pijnmeting bij dagbehandeling	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die verzameld is voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie het aantal patiënten dat is gebeld om navraag te doen naar pijnintensiteit.	# patiënten uit de noemer waarvoor geldt Z13=ja
<b>Noemer</b>	Selecteer alle patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden, waarbij er een DBC van een van de onderstaande typen is vastgelegd (klinische patiënten): 0302.11.52.212 0302.21.52.212.	# patiënten waarvoor Z1 (met behandelcode eindgetal 2) en Z2 gelden

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De postoperatieve pijn indicator voor de dagbehandeling is door de werkgroep bewust als een procesindicator geformuleerd. De werkgroep is van mening dat het bellen van patiënten de dag na de dagbehandeling zeker bijdraagt aan een verbetering van de kwaliteit van de behandeling. De werkgroep verwacht dat dit in veel ziekenhuizen nog geen dagelijkse praktijk is. Als in de toekomst 80% van de ziekenhuizen een dergelijke praktijkvoering heeft, dan kan de indicator worden omgezet in een uitkomstindicator. Dan kan mogelijk ook voor de patiënten in dagbehandeling een pijnscore geregistreerd worden.

In de periode waarin gewerkt wordt met de procesindicator kan nagedacht worden over een pijninstrument dat valide is om bij kinderen pijnintensiteit telefonisch te meten. De VAS die voor de klinische patiënten gebruikt wordt is niet geschikt voor gebruik via de telefoon. Er zijn ook andere schalen die pijnintensiteit meten en die mogelijk wel in een telefonisch consult toegepast kunnen

worden. Daarnaast worden vooral kinderen in dagbehandeling behandeld. Het zijn het dan ook de ouders die een inschatting moeten maken van de pijnintensiteit.

#### Afstemming met indicatorenset Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (2007)

De indicator "Postoperatieve pijnmeting" is gebaseerd op de indicator "postoperatieve pijnintensiteit" van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. In deze set is de indicator aangepast voor patiënten met ziekten van adenoïd en tonsillen. In de indicatorenset van de NVA worden minimaal 6 pijnmetingen gedaan in de eerste 72 uur. Patiënten die een (adeno)tonsillectomie hebben ondergaan en worden opgenomen gaan veelal de volgende dag weer naar huis. Gekozen is voor de noemer: Totaal aantal patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief.

Bij de verpleging op de afdeling betekent dat eens per dienst. Het heeft de voorkeur de pijnmeting, net zo als temperatuur meten of pols tellen, structureel in te voeren in een werkschema.

Door de meeste auteurs wordt ernstige pijn gedefinieerd als score >7 uit 10. Ernstige pijn komt voor bij 8%-29% van de postoperatieve patiënten afhankelijk van de vorm van de analgesie. Zelfs bij optimale organisatie van de acute pijnservice blijkt >5% van de patiënten ernstige pijn te lijden (Van Kleef, anesthesiologendagen 2005). Gestreefd moet worden naar <10% patiënten met ernstige pijn postoperatief.

Onderzoek van Sutters et al. (1997) laat zien dat kinderen veel pijn hebben in de eerste 24 uur na de ingreep terwijl ze thuis zijn en dat ouders de pijnmedicatie minder vaak toedienen dan is voorgeschreven. Hamers (1995) stelt dat door een te grote terughoudendheid bij het geven van pijnstillers in de eerste uren na tonsillectomie kinderen meer lijden dan nodig is.

#### **Mogelijkheden tot verbetering**

Er zijn verschillende mogelijkheden tot verbetering:

- Opleiding en routineregistratie volgens richtlijn NVA.
- Terugkoppeling van de uitkomsten met de anesthesiologen met aanpassing van de behandeling.
- Opzetten van een pijnprotocol
- Goede voorlichting geven over pijnbestrijding (bijv. tijdens pré-operatief polikliniekbezoek aan anesthesioloog).

#### **Inhoudsvaliditeit**

Rungby (1999) beschrijven dat het hebben van pijn de voornaamste reden is voor patiënten of verzorgers om contact te zoeken met een arts of verpleegkundige na de (adeno)tonsillectomie. Contacten waren of telefonisch of fysiek. Vierenzestig procent voelde zich opgelucht na telefonisch contact en 83% voelde zich opgelucht na fysiek contact. De mate van bewijskracht voor deze indicator is C.

#### **Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicatoren discrimineren tussen de ziekenhuizen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zullen registreren.

#### **Vergelijkbaarheid**

Volgens de werkgroep zijn er effecten van case-mix te verwachten op deze indicatoren. Zo kan de pijnbeleving regionaal verschillen. Dit kan effect hebben op de vergelijkbaarheid van de indicatoren.

#### **Registratiebetrouwbaarheid**

De werkgroep verwacht dat deze indicatoren onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

De gevraagde gegevens worden voor een deel vastgelegd in DBC-registraties, deze gegevens zijn relatief makkelijk terug te vinden. Voor de pijnscores moet een eigen registratiesysteem opgezet worden. Dit is mogelijk arbeidsintensief.

#### **Referenties**

- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Interne indicatoren. Januari 2007.

- Caraceni A, Cherny N, et al. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:239-55.
- Gracely RH, McGrath P, et al. Validity and sensitivity of ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors: manipulation of affect by diazepam. *Pain* 1978;5:19-29.
- Hamers J. Postoperative pain in Children; assessment and intervention. 1995 Proefschrift Maastricht.
- Jensen MP. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. *J Pain* 2003;4:2-21.
- Rungby JA, Romeling F, Borum P. Tonsillectomy: assessment of quality by consultation rate after discharge. *J Laryngol Otol* 1999;113:135-9.
- Sutters KA, Miaskowski C. Inadequate pain management and associated morbidity in children at home after tonsillectomy. *J Pediatr Nurs* 1997;12:178-85.

4. Tijd tussen besluit en moment ingreep	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Vanuit het oogpunt van patiëntgerichtheid wordt er kwalitatief goede zorg geleverd indien een patiënt niet lang op een ingreep hoeft te wachten. Indien patiënten lang op de wachtlijst staan (>9 maanden) wordt in de literatuur ook melding gedaan van spontaan herstel gedurende de wachtperiode.
<b>Operationalisatie 4a</b>	Hebben patiënten de mogelijkheid om binnen 6 weken vanaf besluit tot ingreep een (adeno)tonsillectomie ingreep te ondergaan in dagbehandeling? <i>Ja/Nee</i>
<b>Operationalisatie 4b</b>	Hebben patiënten de mogelijkheid om binnen 7 weken vanaf besluit tot ingreep een klinische (adeno)tonsillectomie ingreep te ondergaan? <i>Ja/Nee</i>
<b>Definitie (s)</b>	<i>Treeknorm:</i> In het Treekoverleg zijn afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de curatieve zorg. Tijdsperiode moeten binnen de Treeknorm vallen. Zes weken voor dagbehandeling en 7 weken voor klinische (adeno)tonsillectomie  <i>Besluit tot ingreep:</i> Moment van registratie in wachttijdmodule van het informatiesysteem.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Voor deze indicator zijn geen in-/ of exclusiecriteria benoemd.
<b>Bron teller</b>	4a en 4b: DBC-registratie, opnameplanning
<b>Bron noemer</b>	4a en 4b: DBC-registratie
<b>Meetfrequentie</b>	1x per jaar
<b>Peildatum</b>	01-03-2012
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per jaar
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Meetniveau</b>	Ziekenhuisniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid

#### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In 2000 werd in het Treekoverleg door betrokken partijen overeenstemming bereikt over streefnormen en maximale wachttijden voor niet-acute zorg (Busch, 2005). De Treeknorm voor patiënten die een (adeno)tonsillectomie ondergaan in dagbehandeling is maximaal zes weken (80% < 4 weken). De Treeknorm voor patiënten die een klinische (adeno)tonsillectomie ondergaan is maximaal zeven weken (80% < vijf weken). Als het ziekenhuis zich niet standaard aan de Treeknorm houdt, dan moet er 'Nee' geantwoord worden op deze indicatoren.

Er zijn verschillende wachttijden gedefinieerd, bijvoorbeeld toegangstijd, wachttijd diagnostiek en wachttijd behandeling/operatie. Bij deze indicator gaat het om de tijd in kalenderdagen, die zit tussen het moment van registratie in de wachttijdmodule van het informatiesysteem en de dag van de ingreep. In de definiëring van wachttijd wordt uitgegaan van de wachttijd zoals vastgesteld door het ziekenhuis. Het komt voor dat behandelingen uitgesteld worden op verzoek van de patiënt. Aangenomen wordt dat er geen verschillen bestaan tussen ziekenhuizen wat betreft aantal patiënten die hun behandeling op eigen verzoek uitstellen. Exclusie van deze patiënten acht de werkgroep daarom niet nodig.

#### Mogelijkheden tot verbetering

Mogelijkheden tot verbetering zijn:

- Logistiek op orde;
- Organiseren van behandelstraten/ klinisch pad.

#### Inhoudsvaliditeit

Vanuit het oogpunt van patiëntgerichtheid wordt er kwalitatief goede zorg geleverd indien een patiënt niet lang op een ingreep hoeft te wachten. In Nederland zijn afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden.

Indien patiënten lang op de wachtlijst staan (>9 maanden) wordt in de literatuur ook melding gedaan van spontaan herstel gedurende de wachtperiode. Prim et al. (2002) rapporteerden dat de gemiddelde wachttijd 10,8 maanden was (range: 3,0-35,6 maanden; mediaan: 8,2 maanden). In 507

van de 623 kinderen (81,4%) was de operatie nog steeds geïndiceerd. Echter, 116 patiënten (18,6%) hadden geen operatie meer nodig in verband met het spontaan verbeteren van het klinisch beeld. Er werd geen relatie gevonden tussen leeftijd en uitkomst, tijd op de wachtlijst of type procedure. Zij concluderen dat er geen klinisch bewijs was om te claimen dat het oplossen van terugkerende acute tonsillitis bij kinderen spontaan gebeurt in de loop der tijd. Woolford et al. (2000) rapporteren over een onderzoek waarin tachtig kinderen die minimaal 9 maanden op de wachtlijst hadden gestaan voor tonsillectomie gevraagd werden om naar een "review clinic" te komen met indien nodig na 6 maanden nogmaals een bezoek. Negentien (27%) van de 70 kinderen die meededen in de studie hadden niet langer een ingreep nodig en werden verwijderd van de wachtlijst. Zij concludeerden dat kinderen die lang op de wachtlijst hebben gestaan eerst opnieuw beoordeeld moeten worden om te kijken of de geplande operatie nog geïndiceerd is. De mate van bewijskracht voor deze indicator is D, dat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt.

#### **Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicatoren discrimineren tussen de ziekenhuizen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zullen registreren.

#### **Vergelijkbaarheid**

Controle voor verschillen in demografische en sociaaleconomische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep. Het komt voor dat behandelingen uitgesteld worden op verzoek van de patiënt. Aangenomen wordt dat er geen verschillen bestaan tussen ziekenhuizen wat betreft aantal patiënten die hun behandeling op eigen verzoek uitstellen. Exclusie van deze patiënten acht de werkgroep daarom niet nodig.

#### **Registratiebetrouwbaarheid**

De werkgroep verwacht dat deze indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaat oplevert. Aangezien het hier gaat om een structuurindicator is er sprake van een geringe registratielast. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

#### **Referenties**

- Busch MCM. Welke normen zijn er voor aanvaardbare wachttijden in de zorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Sectoroverstijgend, 26 september 2005.
- Prim MP, de-Diego JI, Larrauri M, Diaz C, Sastre N, Gavilan J. Spontaneous resolution of recurrent tonsillitis in pediatric patients on the surgical waiting list. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002;65;35-8.
- Woolford TJ, Ahmed A, Willatt DJ, Rothera MP. Spontaneous resolution of tonsillitis in children on the waiting list for tonsillectomy. *Clin. Otolaryngol. Allied Sci* 2000;25;428-30.

LET OP!

Onderstaande indicator over praktijkvariatie hoeft niet in detail overeen te komen met de uiteindelijke formulering van deze indicator, omdat aanscherping en discussies over de methodiek nog steeds kunnen plaatsvinden. De registratielast voor ziekenhuizen voor deze indicator is beperkt omdat de gegevens door Vektis worden aangeleverd.

5. Praktijkvariatie (Gegevens worden geleverd door Vektis)	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Voor het bereiken van een goed patiëntenresultaat is een juiste indicatiestelling essentieel. Enige mate van praktijkvariatie is onvermijdelijk. De samenstelling van een patiëntenpopulatie is immers niet voor ieder ziekenhuis gelijk, patiëntenpreferenties kunnen verschillen, en de wetenschappelijke evidence laat vaak ruimte voor interpretatie. Indien na het corrigeren voor relevante populatiekenmerken nog steeds significante variatie optreedt, echter, is dit een indicatie voor mogelijke over- en/of onderbehandeling.
<b>Operationalisatie 5a</b>	Aantal (adeno)tonsillectomieën wegens ZAT op gemeenteniveau per 100.000 verzekerden in de gemeente, gecorrigeerd voor relevante patiëntkenmerken
<b>Teller 5a</b>	Aantal operatieve DBC's wegens ZAT
<b>Noemer 5a</b>	Aantal verzekerden in de gemeente/100.000
<b>Operationalisatie 5b</b>	Aantal patiënten waarbij (adeno)tonsillectomie is uitgevoerd wegens ZAT per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis, gecorrigeerd voor relevante patiëntkenmerken
<b>Teller 5b</b>	Aantal patiënten waarbij (adeno)tonsillectomie is uitgevoerd wegens ZAT
<b>Noemer 5b</b>	Aantal verzekerden in verzorgingsgebied van het ziekenhuis voor ZAT/100.000
<b>Definitie(s)</b>	Praktijkvariatie indicatiestelling operatieve interventie: Verschillen tussen ziekenhuizen in de mate waarin patiënten met vergelijkbare klachten een operatieve interventie ondergaan. Verzorgingsgebied: cluster van postcodegebieden waaruit patiënten naar het ziekenhuis komen voor behandeling van ZAT. <b>Ziekenhuizen hoeven deze indicator niet zelf aan te leveren.</b>
<b>In- /exclusiecriteria</b>	Verzekerden zonder woonadres in Nederland worden geëxcludeerd. Volwassenen worden geëxcludeerd: patiënten $\geq$ 16 jaar
<b>Bron</b>	Vektis data: landelijke database van declaratiegegevens van zorgverzekeraars. Sociaal en Cultureel Planbureau. Statusscores, factorscore sociale status 2006 per postcodegebied. Wordt gebruikt voor correctieberekening.
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Verslagjaar</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, doelmatigheid

#### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In 2004 concludeerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) dat in Nederland variaties in electieve interventies tussen regio's bestonden die niet onderdeden voor die in de VS (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2004). Recent onderzoek in Nederland laat opnieuw zien dat de verschillen groter zijn dan verwacht op basis van patiëntkenmerken (leeftijd en inkomen) (Van Beek, 2009). Ziekten van adenoïd en tonsillen komen in de huisartsenpraktijk zeer frequent voor. In Nederland worden jaarlijks circa 42.500 (adeno)tonsillectomieën en bijna 30.000 adenotomieën uitgevoerd (KNO, 2007). Uit de literatuur blijkt dat er grote verschillen zijn in verwijzingsgedrag en behandeling van tonsillitiden (Capper, 2001).

### **Mogelijkheden tot verbetering**

Wetenschappelijke verenigingen kunnen scherpere indicatiestelling opnemen in richtlijnen. Op langere termijn kunnen zij mogelijk een norm vaststellen van het gewenste aantal interventies op populatieniveau.

Op ziekenhuisniveau kunnen professionals zich op de hoogte stellen van de indicaties waarvoor voldoende bewijs is dat een interventie werkzaam is c.q. werkzamer is dan alternatieve behandelmogelijkheden. Dit kan over- en onderbehandeling voorkomen.

De laatste jaren is veel onderzoek gedaan naar patiënten preferenties. Met name bij preferentie-gevoelige zorg ('preference-sensitive care') blijkt dat bij goede en volledige voorlichting, idealiter gecombineerd met beslissingsondersteuning, patiënten vaker neigen naar minder invasieve behandelingen dan door behandelaars wordt verondersteld (Wennberg, 2007).

### **Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Een factor die regionaal verschillend kan zijn en mede bepalend is voor de praktijkvariatie is het verwijzend gedrag door de huisarts. Indien deze een juiste indicatie stelt en patiënten niet te vroeg doorstuurt, zal het percentage ingrepen hoger liggen dan in een regio waarin huisartsen sneller verwijzen.

Nederlandse patiënten die in het buitenland worden behandeld maken geen deel uit van de Vektis database, omdat deze declaraties zelden via DBC's verlopen. De consequentie hiervan is dat in de regio's van Nederland die grenzen aan België of Duitsland de interventiepercentages lager kunnen uitvallen.

### **Inhoudsvaliditeit**

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

### **Vergelijkbaarheid**

Het gebruik van zorg is niet alleen gerelateerd aan de diagnose, maar ook aan populatiekenmerken zoals leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status en comorbiditeit (Heijmans, 2006; Pomp, 2009, Wennberg, 1996). Als er significante verschillen zijn in deze kenmerken per ziekenhuis, dan is het belangrijk om daarvoor te corrigeren. Zonder correcties voor deze kenmerken (zorgzwaartecorrectie) ontstaat een vertekend beeld van het zorggebruik. Met behulp van de beschikbare databases is uitgebreide correctie mogelijk op basis van declaratie- en verzekerdengegevens.

Ook na correctie voor patiëntkenmerken blijft het mogelijk dat de zorgzwaarte van een ziekenhuis die een derde lijns functie vervult (dat wil zeggen dat dit ziekenhuis patiënten doorverwezen krijgt van behandelaren in andere ziekenhuizen) zwaarder is dan dat van een centrum dat geen derde lijns zorg vervult. Om te voorkomen dat deze indicator bij dergelijke ziekenhuizen onjuist geïnterpreteerd kan worden, wordt bij de presentatie van de resultaten het percentage doorverwijzingen vanuit een ander ziekenhuis vermeld.

Per indicator wordt voor alle gedefinieerde kenmerken onderzocht welke een significante invloed hebben door middel van een regressieanalyse. Voor deze kenmerken wordt gecorrigeerd. Afhankelijk van voortschrijdend inzicht of de beschikbaarheid van data kan in de toekomst de verzameling van onderzochte populatiekenmerken worden aangepast.

Specifiek Ziekten aan Adenoïd en/of Tonsillen (ZAT):

Correctie vindt plaats op de volgende patiëntkenmerken (mits significant):

- Leeftijd
- Geslacht
- Sociaal economische status

Het gaat hier om kenmerken waarvoor standaard in het geval van praktijkvariatie wordt gecorrigeerd. Er zijn vooralsnog geen aanwijzingen dat aanvullende zorgzwaarte correctie noodzakelijk is voor deze indicator bij ZAT.

### **Registratiebetrouwbaarheid**

De benodigde informatie wordt door zorgverzekeraars geregistreerd en aangeleverd aan Vektis. Het gaat hierbij zowel om verzekerdengegevens als gedeclareerde DBC's. De gedeclareerde DBC's hebben tijdens het aanleveringsproces van ziekenhuis via verzekeraar aan Vektis verschillende validatieslagen ondergaan. De data zijn inclusief declaraties van ZBC's voor zover het verzekerde zorg betreft, en kennen voor wat betreft de ziekenhuiszorg een dekkingsgraad van 95-99%. De

landelijke Vektis bestanden zijn dan ook een betrouwbare databron, waarin beschikbare data juist en volledig zijn vastgelegd.

Nederlandse patiënten die in het buitenland worden behandeld maken geen deel uit van de Vektis database, omdat deze declaraties zelden via DBC's verlopen. De consequentie hiervan is dat in de regio's van Nederland die grenzen aan België of Duitsland de interventie-percentages te laag kunnen uitvallen.

De data bron van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) die wordt gebruikt voor de correctieberekening wordt gezien als betrouwbaar. De correctieberekening maakt gebruik van de statusscores gepubliceerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), een maat voor de sociaaleconomische status van een postcodegebied. Het is een maat die is samengesteld uit drie elementen: inkomen, werkgelegenheid en opleidingsniveau. Bij de bepaling van patiëntkenmerk P10 (SES) wordt een koppeling gemaakt op basis van de postcode van de verzekerde en de SCP gegevens.

### Berekening praktijkvariatie-indicator

De praktijkvariatie indicator wordt volledig door Vektis aangeleverd. Instellingen hoeven de onderstaande variabelen niet zelf te verzamelen en de berekeningen niet zelf toe te passen. Voor de volledigheid worden de methoden die Vektis hanteert voor het berekenen van de indicator hieronder weergegeven.

#### Variabelen

Voor de bepaling van deze indicator wordt gebruik gemaakt van Vektis data die op patiëntniveau zijn vastgelegd. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data-element. Het betreft zowel patiëntkenmerken (zie Tabel 1) als DBC-registraties (zie Tabel 2). Een toelichting op de DBC-coderingen is te vinden aan het eind van deze paragraaf.

Regionale populatiekenmerken kunnen de vergelijkbaarheid van de praktijkvariatie indicator verstoren. Hiervoor wordt gecorrigeerd. De correctieberekening maakt gebruik van de statusscores gepubliceerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), een maat voor de sociaaleconomische status van een postcodegebied. Het is een maat die is samengesteld uit drie elementen: inkomen, werkgelegenheid en opleidingsniveau.<sup>1</sup> Bij de bepaling van patiëntkenmerk P10 (SES) wordt een koppeling gemaakt op basis van de postcode van de verzekerde en de SCP gegevens.

Tabel 1: Patiëntkenmerken uit Vektis data

Type kenmerk	Patiënt-kenmerk nr.	Naam	Waarden	Instructie
Algemeen	P1	Patiënt-id		
	P2	Postcode patiënt	XXXX	
	P3	Geslacht	M/V	
	P4	Geboortedatum	Dd/mm/jjjj	
	P5	Leeftijd	... jr	Berekenen m.b.v. datum openen DBC en geboortedatum
Postcode gekoppeld	P10	SES	Indeling categorie SES	Koppelen op basis postcode verzekerde aan SCP gegevens

<sup>1</sup> Voor meer informatie zie

[http://www.scp.nl/Organisatie/Onderzoeksgroepen/Wonen\\_Leefbaarheid\\_Veiligheid/Lopend\\_onderzoek\\_van\\_WLV/Statusscores](http://www.scp.nl/Organisatie/Onderzoeksgroepen/Wonen_Leefbaarheid_Veiligheid/Lopend_onderzoek_van_WLV/Statusscores)

Tabel 2: Variabelen uit DBC gegevens van Vektis

Variabele	Naam	Waarden	Instructie
V1	Initiële DBC aandoening	0302.11.52.XXX	Voor bepalen verzorgingsgebied.
V2	Initiële DBC operatie <sup>2 3</sup>	0302.11.52.212/213/216	Voor bepalen teller.
V3	Datum openen initiële operatieve DBC	Dd/mm/jjjj	
V7	Mogelijke verwijz DBC	0302.XX.52.11X	In ander ziekenhuis dan zkh van operatie (V2)
V8	Datum openen mogelijke verwijz DBC	Dd/mm/jjjj	
V9	Tijd tussen mogelijke verwijz DBC en operatieve DBC		V9 = V3 – V8
V10	Verwijzing van ander ziekenhuis	Ja/Nee	Indien sprake is van V7 en (V9 ≤ 90) <sup>4</sup> dagen).

*Toelichting DBC codering*

Component	Code	Omschrijving
<b>Specialisme Zorgtype</b>	0302	KNO
	11	Initiële DBC: reguliere zorg
	21	Vervolg DBC: vervolg
<b>Diagnose Behandeling</b>	52	Ziekten van adenoïd en tonsillen
	111	Poliklinisch znd ther. Verrichting
	113	Klinisch zn ther. Verrichting
	114	Enkelv poliklinisch conservatief
	211	Polikl. met ther. Verrichting
	212	Dagbehandeling
	213	Klinisch met therapeutische verrichting
	214	Enkelvoudig poliklin. met verrichting
	216	KZD klinisch met therapeutische verrichting

*Uitvoeren indicatorbepaling*

De gegevens die noodzakelijk zijn voor het bepalen van de indicator praktijkvariatie zijn reeds beschikbaar via Vektis. Ziekenhuizen hoeven geen aanvullende gegevens te registreren. De bepaling van de indicator wordt door Vektis uitgevoerd.

Vektis construeert voor (clusters) van postcodegebieden koppelingen tussen de Vektis data en populatiegegevens van het SCP. Vervolgens verricht Vektis de analyse om voor ieder ziekenhuis tot de juiste indicatorwaarde te komen.

De stappen voor het bepalen van de indicatorwaarde zien er als volgt uit:

<sup>2</sup> Vervolg DBC's komen bij deze aandoening nauwelijks voor, en kunnen niet worden gedeclareerd (ZN Inkoopgids 2011).

<sup>3</sup> 211 Poliklinisch met therapeutische verrichting niet meegenomen, omdat poliklinisch geen (adeno)tonsillectomieën worden verricht (id.)

<sup>4</sup> Bij de verwijzing gaan we uit van dezelfde Diagnose in een eerder ziekenhuis, zonder significante therapeutische verrichting. Door uit te gaan van een maximale periode van 90 dagen tussen de openingsdata wordt voorkomen dat patiënten worden geïncludeerd als 'verwezen' die feitelijk niet als verwijzing dienen te worden geteld.

1. Vektis selecteert de juiste patiëntpopulatie op basis van de gesloten Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Dit zijn alle afgesloten DBC's met codering zoals in Tabel 2 en kunnen zowel initiële als vervolg DBC's betreffen.
2. Vektis maakt een koppeling met SCP data en berekent vervolgens:
3. Welke populatiekenmerken op individueel niveau een significante invloed hebben op de praktijkvariatie door middel van een regressieanalyse
4. De verzorgingsgebieden per ziekenhuis door toewijzing van individuele verzekerden aan ziekenhuizen
5. Op ziekenhuisniveau de verwachte praktijkvariatie op basis van de populatiekenmerken van verzekerden in het verzorgingsgebied
6. De gecorrigeerde praktijkvariatie op ziekenhuisniveau

In stap 4 wordt het verzorgingsgebied per ziekenhuis geïdentificeerd op basis van gedeclareerde initiële DBC's (al dan niet operatief). Het verzorgingsgebied per ziekenhuis wordt per aandoening berekend. Op deze wijze wordt rekening gehouden met eventuele specialisaties van ziekenhuizen, en verschuivingen van marktaandeel. Afhankelijk van het aantal patiënten dat voor een aandoening in het ziekenhuis wordt gezien, worden fracties van postcodegebieden toegewezen aan ziekenhuizen.

Voor een uitgebreide beschrijving van de gehanteerde methodiek voor het toewijzen van het verzorgingsgebied en het berekenen van indicatorwaarden zie *[wordt nog via website ZIZo of Vektis ter beschikking gesteld]*.

#### **Referenties**

- Capper R, Canter RJ. Is there agreement among general practitioners, paediatricians and otolaryngologists about the management of children with recurrent tonsillitis. Clin Otolaryngol Allied Sci 2001;26:371-8.
- Health Data, Organisation for Economic Co-operation and Development. [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)
- Heijmans MJWM. Mensen met COPD met een lage sociaal - economische status. NIVEL, 2006
- Pomp M, Hasaart F. Aanbodgeïnduceerde vraag in de ziekenhuismarkt. ESB 94, 2009: 372 - 374.
- van Beek E, Boon L, Vlieger EJ. Voorstudie naar Praktijkvariatie in Nederland, in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- RVZ. Gepaste Zorg. Zoetermeer, 2004: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Richtlijn Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de Tweede lijn. Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde (KNO) en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, 2007
- Wennberg JE, O'Connor AM, et al. Extending The P4P Agenda, Part 1: How Medicare Can Improve Patient Decision Making And Reduce Unnecessary Care. Health Affairs 2007;26:Z564-74.
- Wennberg J. The Dartmouth Atlas of Healthcare. Chicago: AHA Press, 1996.

### 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 1 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 Ziekten van Adenoïd en Tonsillen. 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. Vervolgens zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen. Een voorbeeld is:  $\text{peildatum} - \text{geboortedatum} = \text{leeftijd}$ .

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
Z0	Patiëntnummer	Patiëntnummer	ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken.	1: Nabloedingen 2: Poliklinisch pre-operatief spreekuur 3a, 3b, 3c: Postoperatieve pijnmeting
Z1	DBC (adeno)tonsillectomie operatie	0302.11.52.212 0302.11.52.213 0302.11.52.216  0302.21.52.212 0302.21.52.213 0302.21.52.216	DBC-registratie		1: Nabloedingen 2: Poliklinisch pre-operatief spreekuur 3a, 3b, 3c: Postoperatieve pijnmeting
Z2	Zorgverrichting: (adeno)tonsillectomie operatie	32320 tonsillectomie, tot en met 10 jaar, inclusief eventuele adenotomie 32321 tonsillectomie, 11 tot en met 15 jaar, inclusief eventuele adenotomie 32322 tonsillectomie, 16 jaar en ouder, inclusief eventuele adenotomie 32330 adenotomie	Zorgverrichtingen registratie		1: Nabloedingen 2: Poliklinisch pre-operatief spreekuur 3a, 3b, 3c: Postoperatieve pijnmeting
Z3	Datum uitgevoerde (adeno)tonsillectomie operatie	dd-mm-jjjj	Zorgverrichtingen registratie	De datum waarop de operatie is uitgevoerd wordt gekoppeld aan de activiteit.	1: Nabloedingen 2: Poliklinisch pre-operatief spreekuur
Z4	Nabloeding	De registratie van nabloedingen verschilt per ziekenhuis. Mogelijkheden zijn onder andere: - Code 30 uit	Diverse bronnen, mogelijkheden zijn onder andere: - Masterclassificatie (landelijke	In Nederland vindt geen uniforme registratie van nabloedingen plaats.  In hoeverre deze variabele goed benaderbaar is. Is afhankelijk van de	1: Nabloedingen

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
		masterclassificatie - Code 8943 (wondtoilet) - CBV code 332343 (Pharynx, reïnterventie nabloeding, ATE)	coderingsstandaard ) (poli) - klinische status - EPD	lokale definities en wijze van registratie. Nabloedingen kunnen worden geregistreerd als complicatie volgens de masterclassificatie (landelijke coderingsstandaard), waarop de KNO vereniging aansluiting heeft gemaakt. De code voor nabloeding is 30. Vooralsnog is de nabloeding alleen uit de status of EPD te achterhalen.	
Z5	Datum nabloeding	dd-mm-jjjj	(poli) klinische status, EPD	Vooralsnog is de datum van de nabloeding alleen uit de status of EPD te achterhalen (zie hierboven).	1: Nabloedingen
Z6	Heroperatie	Operatieve verrichtingencodes uitgevoerd door de KNO arts	Zorgverrichtingen registratie	Alle verrichtingen uit de zorgprofielklasse "5. operatieve verrichting" moeten geselecteerd worden.	1: Nabloedingen
Z7	Datum heroperatie	dd-mm-jjjj	Zorgverrichtingen registratie	Hiervoor wordt de datum van uitvoering Z6 gebruikt	1: Nabloedingen
Z8	POS	39691 preassessment dagopname 39692 preassessment opname	Zorgverrichtingen registratie	Sinds 2004 is het mogelijk om deze zorgactiviteit te registreren. Het is mogelijk dat lokaal een andere invulling aan deze code wordt gegeven. Heeft maximaal 6 maanden voor de ingreep plaatsgevonden.	2: Poliklinisch pre-operatief spreekuur
Z9	POS-datum	dd-mm-jjjj	Zorgverrichtingen registratie	Hiervoor wordt de datum van uitvoering Z8 gebruikt	2: Poliklinisch pre-operatief spreekuur
Z10	VAS/NRS/VRS gemeten om de 8 uur gedurende verblijf in ziekenhuis	Ja/ nee	Pijnmeting- systeem (eigen systeem)	Is/zijn postoperatief VAS/NRS/VRS-score(s) van de patiënt bekend? Let op: bij de DBC met een behandeling Klinisch Zonder Dagen kan de pijnmeting vastgelegd zijn op naam van het opnemende specialisme	3a, 3b en 3c: Postoperatieve pijnmeting

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
Z11	VAS-score	0-10	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)	Wat is de hoogste waarde van de VAS-score.	3b: Postoperatieve pijnmeting
Z12	NRS-score	0-10	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)	Wat is de hoogste waarde van de NRS-score.	3b: Postoperatieve pijnmeting
Z13	VAS/NRS/VRS telefonisch nagevraagd na operatie	Ja/nee	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)	Scoor een 'ja' indien na de operatie de pijnscore telefonisch is nagevraagd	3c: Postoperatieve pijnmeting

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Variabele	Te berekenen gegeven	Berekening	Formule	Validatie regels	Nodig voor indicator	Toelichting
Z14	Heroperatie binnen 14 dagen na ingreep	Datum heroperatie – operatiedatum (adeno)tonsillectomie	Z7-Z3	$0 \leq Z13 < 14$	1: Nabloedingen	Ja= indien de heroperatie binnen 14 dagen plaatsvindt Nee = indien dit niet het geval is.
Z15	Datum nabloeding ligt voor datum heroperatie.	Datum nabloeding ligt voor datum heroperatie.	Z7 – Z5	$\geq 0$	1: Nabloedingen	Ja= indien de nabloeding voor de heroperatie plaatsvindt. Nee = indien dit niet het geval is.
Z16	POS bezoek voor ingreep	Datum ingreep – datum POS bezoek	Z3-Z9	$> 0 \text{ \& } < 6 \text{ mnd}$	2: Poliklinisch pre-operatief spreekuur	Ja= POS bezoek voor ingreep Nee= geen POS bezoek voor ingreep.
Z17	Nabloeding binnen 14 dagen na ingreep	Datum nabloeding – operatiedatum (adeno)tonsillectomie	Z5-Z3	$0 \leq Z14 < 14$	1: Nabloedingen	Ja= indien de nabloeding binnen 14 dagen plaatsvindt Nee = indien dit niet het geval is.

**Bijlage 1: Aanpassingen in zorginhoudelijke indicatoren n.a.v. gegevensuitvraag in 2011 over verslagjaar 2010**

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

\* Indien een indicator niet in deze lijst voorkomt, is deze ongewijzigd gebleven

## **Bijlage 2: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren wetenschappelijke verenigingen**

De indicatorenset 'Ziekten van Adenoïd en Tonsillen' is in 2008 geautoriseerd door de KNO-Vereniging en in 2007 door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.

### Bijlage 3: Verwerking commentaar consultatieronde indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

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
<b>Algemene opmerkingen</b>			
De volgende inhoudelijke bezwaren tegen de invoering van een volume- en praktijkvariatie indicator: Een DBC systeem waarbij diagnoses leidend zijn, wordt gebruikt om aantallen ingrepen te vergelijken, terwijl verschillende diagnoses tot een zelfde ingreep kunnen leiden. Er is geen enkele wetenschappelijke onderbouwing of best practice die een indicatie geeft hoeveel ATE er per 100.000 inwoners gedaan moet worden. Voor een hoog frequentie, laag complexe ingreep geeft een volume-indicator geen aanvullende informatie.	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied	Ter kennisneming	De praktijkvariatie wordt berekend door Vektis. De praktijkvariatie gegevens worden los van de overige indicatoren verzameld in een apart dossier. Via de nieuwsbrief en de Zichtbare Zorg website worden instellingen geïnformeerd over het proces rondom de praktijkvariatie indicatoren.  De volume indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege lage inhoudsvaliditeit.
<b>Indicator 1: Nabloedingen</b>			
Geautoriseerd	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied	Ter kennisneming	
Geen probleem om de aantallen te leveren. Wel krijgt een ziekenhuis vaak verwijzingen bestaande uit een patiënt die elders een ATE heeft ondergaan, die nabloedt en dan door ander moet worden behandeld. Dat verhoogt het percentage en verlaagt	NFU	Deels verwerkt	De werkgroep indicatorontwikkeling heeft hierover de volgende toelichting opgenomen in de indicatorenengids: "De werkgroep stelt voor alle heroperaties te registreren en in de toelichting te vermelden hoeveel patiënten in een ander ziekenhuis de ATE behandeling hebben ondergaan."

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
het percentage van elders. De cijfers moeten hiervoor worden gecorrigeerd.			
<b>Indicator 2: Poliklinisch pre-operatief spreekuur</b>			
Geautoriseerd	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied	Ter kennisneming	
Kan worden geleverd maar is van weinig toegevoegde waarde.	NFU	Niet verwerkt	
Patiënten die op een buitenpoli worden gezien kunnen daar worden onderzocht door een desbetreffende specialist. Tevens kan dan een vragenlijst worden afgenomen en de uitkomsten worden dan beoordeeld door specialist (anesthesist). Aan de hand van deze gegevens wordt bekeken of de patiënt nog nader moet worden onderzocht op de polikliniek van het ziekenhuis. Voor ASA I patiënten is dit een stuk patiënt vriendelijker.	NVZ	Niet verwerkt	De werkgroep indicatorontwikkeling heeft er voor gekozen om iedere patiënt preoperatief anesthesiologische in de polikliniek te laten beoordelen.
<b>Indicator Aanwezigheid ouder/verzorger bij ontwaken</b>			
Geautoriseerd	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied	Ter kennisneming	Deze indicator is overgeheveld naar de klantpreferenties.
Waarom alleen bij ontwaken. Bij in slaap brengen even groot belang. Meenemen in deze indicator.	NVZ	Niet verwerkt	Deze indicator is overgeheveld naar de klantpreferenties.
<b>Indicator 3: Postoperatieve pijnmeting</b>			
Geautoriseerd	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-	Ter kennisneming	

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
	Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied		
Wordt meestal wel gemeten en geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier, maar er moet een systeem komen om dat goed eruit te halen (op specialisme niveau).	NFU	Ter kennisneming	
De IGZ indicator postoperatieve pijn vraagt om minimaal 6 pijnmetingen gelijkelijk verdeeld over 72 uur gedurende 72 uur na de operatie. Graag indicator gelijk stellen aan die van de IGZ.	NVZ	Niet verwerkt	De werkgroep indicatorontwikkeling heeft ervoor gekozen om de indicator in de huidige vorm te formuleren, omdat patiënten die een (adeno)tonsillectomie hebben ondergaan veelal de volgende dag weer naar huis gaan. Dit staat ook expliciet vermeld in de achtergrondinformatie van de indicatorengids.
<b>Indicator 4: Tijd tussen besluit en moment ingreep</b>			
Geautoriseerd	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied	Ter kennisneming	
Kan via de planners bij de afdeling Opname worden achterhaald, maar wordt niet systematisch bijgehouden. Voorstel voor verwijdering	NFU	Niet verwerkt	De werkgroep vindt dit een relevante indicator.
<b>Indicator: Volume</b>			
ZN is van mening dat de volume-indicator in deze vorm niet in de zorginhoudelijke set thuishoort, omdat die niet iets zegt over de kwaliteit van de zorg.	ZN	Ter kennisneming	De volume indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege lage inhoudsvaliditeit.
Voorkeur om in deze indicator ook de spreiding uit te vragen	NPCF/CB	Ter kennisneming	De volume indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege lage inhoudsvaliditeit.
Deze indicator zegt niet veel over de kwaliteit. Vraag of deze wordt opgenomen onder klantpreferent	NFU	Ter kennisneming	De volume indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege lage inhoudsvaliditeit.
Dit is inderdaad de meest	NVZ	Ter kennisneming	De volume indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
uitgevoerde ingreep per KNO arts: niet complex , hoog volume. Daarom hoort de indicator niet thuis in deze set. Voor de vergelijkbaarheid zou het beter zijn om te spreken van operaties. Dit omdat er geen eenduidige definitie is van behandeling.			vanwege lage inhoudsvaliditeit.
Niet geautoriseerd (zie algemene opmerkingen)	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheeskunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied	Niet verwerkt	De volume indicator is niet vastgesteld door de stuurgroep vanwege lage inhoudsvaliditeit.
<b>Indicator 5: Praktijkvariatie</b>			
Niet geautoriseerd (zie algemene opmerkingen)	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheeskunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied	Niet verwerkt	De praktijkvariatie wordt berekend door Vektis. De praktijkvariatie gegevens worden los van de overige indicatoren verzameld in een apart dossier. Via de nieuwsbrief en de Zichtbare Zorg website worden instellingen geïnformeerd over het proces rondom de praktijkvariatie indicatoren.

\* Indien nodig is commentaar samengevat

## Deel 2: Klantpreferentievragen

## Vragenlijst klantpreferenties Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

De volgende vragen gaan in op het aanbod van de zorg rondom de ziekten van Adenoïd en Tonsillen. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt/consument om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn opgesteld door de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, in samenwerking met Stichting Kind en Ziekenhuis.

Om te achterhalen welke informatie de patiënt wil gebruiken om een ziekenhuis op te kiezen, zijn er focusgroepen en/of telefonische interviews gehouden. Door middel van een vragenlijst aan een grotere groep patiënten is onderzocht welke aspecten voor deze groep patiënten het meest van belang zijn.

Bij elke vraag worden, waar nodig, definities beschreven en de technische haalbaarheid toegelicht. Daar waar 'ziekenhuis' of 'ziekenhuislocatie' staat, kan ook 'zelfstandig behandelcentrum' gelezen worden.

<b>Narcose en overnachtingsmogelijkheden ouders</b>	
<b>Vraag 1</b>	<p><b>A.</b> Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/ verzorgers om aanwezig te zijn bij het <u>onder narcose brengen</u> van hun kind?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, beide ouders/verzorgers</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, één van de ouders/verzorgers</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><b>B.</b> Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/ verzorgers om aanwezig te zijn <u>tijdens het ontwaken</u> van hun kind op de verkoeverkamer?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, beide ouders/verzorgers</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, één van de ouders/verzorgers</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><b>C.</b> Is er op uw ziekenhuislocatie een verkoeverkamer speciaal voor kinderen aanwezig?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, op de verkoeverkamer liggen kinderen en volwassenen door elkaar</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, maar indien mogelijk worden kinderen wel bij elkaar gelegd en afgeschermd van de volwassenen</p> <p><b>D.</b> Is er de mogelijkheid voor ouders om bij hun kind te overnachten indien het kind een nacht in het ziekenhuis moet blijven?<sup>1</sup>*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
<b>Definities</b>	<sup>1</sup> Rooming-in
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 maart 2012

<b>Vaste behandelaar</b>	
<b>Vraag 2</b>	<p><b>A.</b> Hebben patiënten met ziekten van Adenoïd en Tonsillen op uw ziekenhuislocatie één vaste KNO-arts<sup>1</sup>?</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p><b>B.</b> Wordt de (ouder of verzorger van de) patiënt met ziekten van Adenoïd en Tonsillen vooraf geïnformeerd indien de patiënt bij een vervolgspraak door een andere arts dan de vaste arts<sup>1</sup> wordt gezien (bij <i>onvoorziene</i> verhindering van de vaste arts)?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Op onze ziekenhuislocatie hebben patiënten met ziekten van Adenoïd en Tonsillen geen vaste arts  <input type="checkbox"/> Ja, de patiënt of ouder/verzorger wordt geïnformeerd wanneer hij/zij zich meldt op de polikliniek  <input type="checkbox"/> Ja, indien de verhindering vóór de dag waarop de afspraak plaatsvindt bekend is, wordt de patiënt of ouder/verzorger voor aankomst op de polikliniek geïnformeerd  <input type="checkbox"/> Nee  <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ____</p>
<i>Definities</i>	<sup>1</sup> Met vaste arts wordt bedoeld: de arts die de patiënt bij elk (poli)klinisch consult, en/of dagopname en controleafspraak ziet en die het behandelplan opstelt, uitvoert en controleert (situaties uitgezonderd waarbij de patiënt tijdens afwezigheid van de vaste behandelaar wegens medische noodzaak door een vervangend arts wordt gezien).
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2012

<b>Informatievoorziening</b>	
<b>Vraag 3</b>	<p><b>A.</b> Op welke wijze informeert uw ziekenhuis de patiënt of de ouder/verzorger over het zorgtraject?*</p> <p><i>(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mondeling in een individueel gesprek</li> <li><input type="checkbox"/> Mondeling in groepsverband (groepsvoorlichting)</li> <li><input type="checkbox"/> Informatie wordt op papier aan de patiënt meegeven</li> <li><input type="checkbox"/> Beeldmateriaal (foto's/video's)</li> <li><input type="checkbox"/> Digitaal (website)</li> <li><input type="checkbox"/> Er wordt geen informatie over het hele zorgtraject verstrekt</li> </ul> <p><b>B.</b> Wordt aan de patiënt of ouder/verzorger standaard informatie op papier meegegeven over de keuze (van de ouder) om wel of niet te opereren in relatie tot afwachtend beleid<sup>1</sup>?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ja</li> <li><input type="checkbox"/> Nee, maar deze keuze wordt wel mondeling besproken</li> <li><input type="checkbox"/> Nee</li> </ul>
<i>Definities</i>	<sup>1</sup> In diverse literatuur wordt aangehaald dat bij niet opereren de uitkomsten over het algemeen gelijk zijn ten opzichte van een kind dat wel wordt geopereerd. In de literatuur wordt ook melding gedaan van 'spontaan herstel' bij een langere wachttijd (> 9 maanden).
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2012

<b>Bereikbaarheid</b>	
<b>Vraag 4</b>	<p><b>A.</b> Krijgt de (ouder/verzorger van de) patiënt met ziekten van Adenoïd en Tonsillen een telefoonnummer <u>mee op papier</u><sup>1</sup> dat hij/zij 's avonds, 's nachts en in het weekend kan bellen voor dringende vragen?<sup>2*</sup></p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, en de patiënt krijgt meteen iemand aan de lijn</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, en de patiënt krijgt in principe iemand aan de lijn, en heeft anders de mogelijkheid om een voicemailbericht achter te laten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, en de patiënt kan uitsluitend een voicemailbericht achterlaten</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, de patiënt krijgt op papier geen telefoonnummer mee dat 's avonds, 's nachts en in het weekend bereikbaar is</p> <p><b>B.</b> Hanteert uw ziekenhuislocatie een antwoordtermijn voor telefoontjes, als bedoeld onder vraag 4A, van (de ouder of verzorger van) de patiënt met ziekten van Adenoïd en Tonsillen, waarbinnen hij/zij antwoord op zijn/haar vraag krijgt?*</p> <p><i>(aanvinken en/of invullen, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, de patiënt of ouder/verzorger krijgt direct telefonisch antwoord</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, telefoontjes van de patiënt of ouder/verzorger moeten binnen ____ uur worden beantwoord</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, telefoontjes van de patiënt of ouder/verzorger moeten binnen ____ dag(en) worden beantwoord</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, hierover zijn geen afspraken vastgelegd</p> <p><b>C.</b> Krijg de (ouder of verzorger van de) patiënt met ziekten van Adenoïd en Tonsillen een e-mailadres mee op papier<sup>1</sup> waar hij/zij vragen naar toe kan mailen?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, maar de patiënt kan wel een vraag stellen via de website van de ziekenhuislocatie middels een e-mail of een contactformulier</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><b>D.</b> Hanteert uw ziekenhuislocatie een antwoordtermijn voor e-mails van de (ouder of verzorger van de) patiënt met ziekten van Adenoïd en Tonsillen, waarbinnen hij/zij inhoudelijk antwoord op zijn/haar vraag krijgt?<sup>3*</sup></p> <p><i>(aanvinken en/of invullen, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, e-mails van de patiënt of ouder/verzorger moeten binnen ____ uur worden beantwoord</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, e-mails van de patiënt of ouder/verzorger moeten binnen ____ dag(en) worden beantwoord</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, hierover zijn geen afspraken vastgelegd</p>
<b>Definities</b>	<p><sup>1</sup> Dit kan op de afsprakenkaart, via een brief, etc.</p> <p><sup>2</sup> Met dringende vragen worden vragen bedoeld die, naar inzicht van de patiënt, niet kunnen wachten tot aanvang van de reguliere kantoortijden. Het gaat hier niet om spoedvragen waarvoor men naar de SEH moet of waarvoor men 112 moet bellen.</p> <p><sup>3</sup> Het gaat om een inhoudelijk antwoord en dus niet om een ontvangstbevestiging.</p>
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 maart 2012

<b>Advies pijnbestrijding</b>	
<b>Vraag 5</b>	<p>Krijgt de ouder/verzorger van de patiënt met ziekten van Adenoïd en Tonsillen voorafgaand aan de behandeling informatie <u>op papier</u> mee, met een gericht advies voor pijnbestrijding vóór en ná de ingreep?<sup>1*</sup></p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, informatie over mogelijke pijnbestrijding vóór de ingreep</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, informatie over mogelijke pijnbestrijding ná de ingreep</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, informatie over mogelijke pijnbestrijding vóór en ná de ingreep</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
<b>Definities</b>	<sup>1</sup> Hiermee worden de pijnbestrijdingsmethoden bedoeld die de ouder/verzorger zelf toe kan dienen, zoals bijvoorbeeld paracetamol.
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 maart 2012

<b>Voorbereiding op operatie</b>																						
<b>Vraag 6</b>	<p>Hoe wordt de patiënt, onder de 12 jaar, voorbereid op de operatie?<sup>1*</sup></p> <p><i>(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Voorafgaand aan de operatie:</b></th> <th><b>Ja</b></th> <th><b>Nee</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Wordt met het kind de gehele route gelopen in het ziekenhuis langs alle plekken waar het kind kan komen te liggen of onderzoek plaatsvindt?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Ziet het kind, voorafgaand aan de operatie, de operatiekamer waarin hij/zij komt te liggen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Ziet het kind, voorafgaand aan de operatie, de verkoeverkamer waarin hij/zij komt te liggen na de operatie?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Krijgt het kind het narcosekapje even op om deze te ruiken en voelen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Krijgt het kind het infuus van de narcose te zien en wordt er uitgelegd hoe dit werkt en wat het kind hiervan merkt?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Krijgt het kind de operatiekleding van het personeel te zien?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<b>Voorafgaand aan de operatie:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	a. Wordt met het kind de gehele route gelopen in het ziekenhuis langs alle plekken waar het kind kan komen te liggen of onderzoek plaatsvindt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Ziet het kind, voorafgaand aan de operatie, de operatiekamer waarin hij/zij komt te liggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Ziet het kind, voorafgaand aan de operatie, de verkoeverkamer waarin hij/zij komt te liggen na de operatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Krijgt het kind het narcosekapje even op om deze te ruiken en voelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Krijgt het kind het infuus van de narcose te zien en wordt er uitgelegd hoe dit werkt en wat het kind hiervan merkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Krijgt het kind de operatiekleding van het personeel te zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Voorafgaand aan de operatie:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>																				
a. Wordt met het kind de gehele route gelopen in het ziekenhuis langs alle plekken waar het kind kan komen te liggen of onderzoek plaatsvindt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
b. Ziet het kind, voorafgaand aan de operatie, de operatiekamer waarin hij/zij komt te liggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
c. Ziet het kind, voorafgaand aan de operatie, de verkoeverkamer waarin hij/zij komt te liggen na de operatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
d. Krijgt het kind het narcosekapje even op om deze te ruiken en voelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
e. Krijgt het kind het infuus van de narcose te zien en wordt er uitgelegd hoe dit werkt en wat het kind hiervan merkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
f. Krijgt het kind de operatiekleding van het personeel te zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<b>Definities</b>	<sup>1</sup> Een ziekenhuisopname is voor kinderen een ingrijpende gebeurtenis. Een goede voorlichting en voorbereiding bevordert het verloop van de ingreep en het verwerkingsproces.																					
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 maart 2012																					

<b>Meten pijnbeleving</b>	
<b>Vraag 7</b>	Hanteert uw ziekenhuis structureel één of meerdere methoden om de pijnbeleving van de patiënt <u>onder de 7 jaar</u> te meten? <sup>1*</sup>  (aanvinken, één antwoord mogelijk) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<b>Definities</b>	<sup>1</sup> Voorbeelden van methoden bij kinderen tot 4 jaar zijn gedragsobservatieschalen zoals de comfortschaal en de FLACC, en bij kinderen tussen de 4 en 7 jaar een smiley- of gezichtjesschaal.
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 maart 2012

<b>Onderscheid t.o.v. andere ziekenhuizen</b>																			
<b>Vraag 8</b>	Graag horen wij van u waarin uw ziekenhuis(locatie) excelleert. U kunt dit hieronder aangeven en daarna uw antwoord toelichten. De vraag gaat specifiek over de zorg voor patiënten met ziekten van Adenoïd en Tonsillen.  Wij vragen u de voorbeelden te geven waarmee uw ziekenhuis zich onderscheidt <sup>1</sup> in termen van excelleren en aan te geven wat dit voor de patiënt betekent.*  (invullen) <table border="1" data-bbox="410 989 1377 1209"> <thead> <tr> <th>Onderscheidend op het gebied:</th> <th>Concreet voorbeeld</th> <th>Voordelen voor de patiënt?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> Niet van toepassing	Onderscheidend op het gebied:	Concreet voorbeeld	Voordelen voor de patiënt?															
Onderscheidend op het gebied:	Concreet voorbeeld	Voordelen voor de patiënt?																	
<b>Definities</b>	<sup>1</sup> Bijvoorbeeld op de volgende gebieden: innovatieve diagnostiek en/of innovatieve behandelmethoden, (para)medische expertise, handelen vanuit patiëntenperspectief, de (praktische) organisatie van de zorg, ondersteunen patiënten op het gebied van zelfregie en zelfmanagement, etc.																		
<b>Technische haalbaarheid</b>	*Peildatum: 1 maart 2012.																		
<b>Toelichting</b>	Deze vraag is bedoeld om belangrijke innovaties en projecten gericht op verbetering rond de zorg voor patiënten met ziekten van Adenoïd en Tonsillen te achterhalen. Het gaat dan om projecten die voor zover bekend uniek zijn voor uw ziekenhuislocatie. Deze vraag is niet bedoeld voor het maken van vergelijkingen.																		

## **Bijlage 1: Wijzigingstabel vragenlijst klantpreferenties**

Deze vragenlijst is dit jaar opnieuw ontwikkeld. Er is dus geen wijzigingstabel opgenomen.

## **Afkortingenlijst indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen**

<b>(A)TE</b>	(Adeno)Tonsillectomie
<b>ASA</b>	American Society of Anesthesiologists
<b>CB</b>	Consumentenbond
<b>CBV</b>	Centraal Beheer Verrichtingenbestand
<b>DBC</b>	Diagnose Behandeling Combinatie
<b>EPD</b>	Elektronisch patiëntendossier
<b>IGZ</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg
<b>KNO</b>	Keel-, Neus- & Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
<b>KZD</b>	Klinisch Zonder Dagen
<b>NFU</b>	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
<b>NHG</b>	Nederlands Huisartsen Genootschap
<b>NPCF</b>	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
<b>NRS</b>	Numeric Rating Scale
<b>NVA</b>	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
<b>NVZ</b>	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
<b>OK</b>	Operatie Kamer
<b>POS</b>	Preoperatieve screening
<b>RIVM</b>	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
<b>RVZ</b>	Raad voor de Volksgezondheid
<b>SCP</b>	Sociaal Cultureel Planbureau
<b>SES</b>	Sociaal Economische Status
<b>VAS</b>	Visual Analog Scale
<b>VRS</b>	Verbal Rating Scale
<b>WGBO</b>	Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst
<b>ZAT</b>	Ziekten van Adenoïd en Tonsillen
<b>ZBC</b>	Zelfstandige BehandelCentra
<b>ZIS</b>	Ziekenhuis Informatie Systeem
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland