



## **Kwaliteit van Zorg inzichtelijk: Liesbreukoperaties**

*Gegevens over 2009*

Juni 2010  
Data-analyse door advies- en onderzoeksbureau Significant  
Uitgave van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen



# Inhoudsopgave

<b>SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN OVER VERSLAGJAAR 2009 .....</b>	<b>3</b>
Algemeen.....	3
Overzicht indicatorwaarde zorginhoudelijke indicator (ZI) .....	3
Overzicht antwoorden klantpreferentievragen (KP) .....	4
Tot slot.....	4
<b>1. INLEIDING .....</b>	<b>5</b>
<i>Doelgroep</i> .....	5
<i>Proces</i> .....	5
<i>Leeswijzer</i> .....	6
<i>Aanvullende informatie op de website</i> .....	6
Bijsluiter bij het gebruik van de gegevens .....	7
<i>Zeggingskracht</i> .....	7
<i>Vergelijking in de tijd</i> .....	7
<i>Tot slot</i> .....	7
Rectificatie .....	8
<b>2. ZORGINHOUELIJKE INDICATOREN .....</b>	<b>9</b>
2.1. Indicator 1 – Dagbehandeling .....	9
2.1.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i> .....	9
2.1.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i> .....	9
2.1.3. <i>Waarden</i> .....	10
<b>3. KLANTPREFERENTIEVRAGEN .....</b>	<b>13</b>
3.1. Klantpreferentievraag 1 .....	13
3.2. Klantpreferentievraag 2 .....	15
3.3. Klantpreferentievraag 3 .....	16
3.4. Klantpreferentievraag 4 .....	17
<b>BIJLAGE A TOELICHTING BIJ DE TABELLEN EN FIGUREN .....</b>	<b>19</b>
1. Signaalvlaggentabel .....	19
2. Rupsplot .....	20
3. Reepplot .....	21
4. Histogram .....	22
<b>BIJLAGE B TOELICHTING OP DE SIGNAALVLAGGENSYSTEMATIEK.....</b>	<b>25</b>
1. Algemene toelichting .....	25
2. Signaalvlaggen beschikbaar op indicatorniveau .....	26
3. Aanvullende informatie .....	26
<b>BIJLAGE C VERIFICATIEVRAGEN .....</b>	<b>27</b>

**BIJLAGE D BRONGEBRUIK .....29**  
**BIJLAGE E SCHONINGSVRAGEN.....31**

## Samenvatting van de resultaten over verslagjaar 2009

Deze rapportage geeft voor de indicator van deze set een landelijk beeld van de indicatorscore. Samenvattend volgt hieronder een overzicht van de score op de indicatorwaarde en de klantpreferentievragen voor de indicatorset Liesbreukoperaties, gevolgd door toelichtingen over brongebruik en signaalvlaggen voor betrouwbaarheid van het registratieproces en voor statistische betrouwbare vergelijkbaarheid.

### Algemeen

Voor deze indicatorset hebben 95 ziekenhuislocaties de set geautoriseerd. In onderstaande tabel staat een overzicht van het aantal locaties dat heeft aangeleverd per indicator. Hieruit blijkt dat niet alle locaties data aanleveren voor een indicator. Dit kan twee redenen hebben:

- Een locatie behandelt deze aandoening niet, en levert dus voor geen van de indicatoren gegevens aan.
- Een locatie behandelt deze aandoening wel, maar is niet in staat om de data aan te leveren voor een of meerdere indicatoren.

Voor alle indicatoren en klantpreferentievragen is er voor het merendeel van de locaties gegevens aangeleverd.

Aantal locaties dat heeft aangeleverd per zorginhoudelijke indicator	
Zorginhoudelijke indicator	1
Aantal locaties	93

Aantal locaties dat heeft aangeleverd per klantpreferentievraag							
Klantpreferentievraag	1a	1b	1c	1d	2	3	4
Aantal locaties	91	91	91	90	93	93	93

### Overzicht indicatorwaarde zorginhoudelijke indicator (ZI)

Onderstaande tabel bevat een samenvatting van de gevonden indicatorwaarde op de zorginhoudelijke indicator (ZI)<sup>1</sup>. De indicator vraagt naar: 1) Dagbehandeling.

ZI	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
						Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
1	71	75	1	96	groen	groen	groen	oranje	groen

De uitkomsten op de zorginhoudelijke indicator variëren aanzienlijk tussen de verschillende locaties; veelal scoren de ziekenhuislocaties boven de 50%.

De signaalvlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces zijn voor de teller en noemer groen. Dit betekent dat, alle ziekenhuizen bezien, aan belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren(bijna) volledig wordt voldaan.

De statistische betrouwbaarheid voor vergelijking laat een oranje signaalvlag zien. Een belangrijke reden voor deze oranje signaalvlag is Een belangrijke reden hiervoor is het beperkte aantal waarnemingen in de noemer (zie toelichting bijlage B). Alle ziekenhuizen bezien, vraagt een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde om een genuanceerd oordeel.

<sup>1</sup> De mediaan is de waarde waarvoor geldt dat 50% van de locaties een lagere waarde heeft en 50% een hogere waarde. Bij scheve verdelingen is de mediaan ongelijk aan de gemiddelde waarde.

De gegevens van de teller en de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen. De bronnen die het meest genoemd worden, zijn DBC-registratie en de verrichtingenregistratie (zie bijlage D).

## **Overzicht antwoorden klantpreferentievragen (KP)**

Onderstaande opsomming vat de antwoorden op de klantpreferentievragen (KP) samen.

Het blijkt dat:

- Er minimaal 2 artsen in een ziekenhuislocatie liesbreukoperaties uitvoeren. Iedere arts voert gemiddeld minimaal 4 en maximaal 154 operaties per jaar uit (KP 1).
- Bij het merendeel van de ziekenhuislocaties hebben patiënten inspraak op de keuze voor het tijdstip van de operatie (86%, KP 2), op de keuze voor de operatietechniek (91%, KP 3a) en op de keuze voor de verdovingstechniek (100%, KP 3c).
- Het merendeel van de ziekenhuislocaties voert zowel de klassieke operatietechniek als de kijkoperatie uit voor de behandeling van liesbreuk (KP03b).
- De informatieversterking over een aantal onderwerpen (zie KP04) aan patiënten die een liesbreukoperatie ondergaan vindt voor de meeste locaties plaats door een gesprek en een folder / brief.

## **Tot slot**

De gegevens van alle indicatoren kunnen voor de gebruikers in principe nuttige verbeter-, keuze- of inkoopinformatie opleveren. Echter, een kanttekening moet geplaatst worden bij de indicatoren met oranje signaalvlaggen. Het is aan de gebruikers van de data om voor deze indicator verantwoord om te gaan met afwijkende scores van ziekenhuislocaties. Deze kunnen de werkelijkheid weerspiegelen, maar kunnen net zo goed duiden op onvoldoende waarnemingen voor een statistisch betrouwbare waarneming.

# 1. Inleiding

**Kwalitatief goede zorg is zorg die patiëntgericht, effectief, veilig en op tijd is en die is toegesneden op de behoeften van de individuele patiënt en cliënt. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg en van verschillen in kwaliteit is essentieel voor de werking van het nieuwe zorgstelsel. De kern van het nieuwe zorgstelsel is dat de patiënt en consument in staat worden gesteld om geïnformeerd te kiezen; kiezen op het niveau van de instelling en aandoening. Daarvoor is vergelijkbare en betrouwbare informatie nodig over de prestaties van zorgaanbieders.**

Het programma Zichtbare Zorg ondersteunt ziekenhuizen bij het transparant maken van de kwaliteit van de geleverde zorg. Aan het programma nemen zowel zorgaanbieders als zogenaamde 'vragende partijen', zoals zorgverzekeraars, consumenten en patiënten deel, maar ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De voorliggende kwantitatieve analyse draagt bij aan het transparant maken van de zorg. De rapportage bevat een analyse van de gegevens die ziekenhuizen dit jaar bij Zichtbare Zorg hebben aangeleverd over de kwaliteit van zorg voor Liesbreukoperaties. De informatie heeft betrekking op zorg die is geleverd in 2009.

De rapportage biedt een overzicht van de resultaten: een grafiek of tabel met de indicatorwaarden en een korte beschrijving, inzicht in de kwaliteit van de indicator, de aangeleverde gegevens en het registratieproces en een overzicht van de gebruikte bronnen.

## Doelgroep

De kwantitatieve analyse is bedoeld voor professionele gebruikers:

- Gebruikers die van de data informatie maken voor hun specifieke doel en/of doelgroep, zoals beleidsmedewerkers/projectleiders bij patiëntenorganisaties, adviseurs zorginkoop bij zorgverzekeraars en kwaliteitsmanagers in de ziekenhuizen.
- De verschillende partijen betrokken bij de organisatie van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen: de Stuurgroep, indicatorwerkgroepen en Programmabureau Zichtbare Zorg. Zij krijgen met deze rapportage een totaalbeeld van de indicatoren. Het plaatst keuzes voor openbaarheid en doorontwikkeling in perspectief.
- Ziekenhuizen kunnen ook gebruik maken van deze rapportage. Zij ontvangen echter ook per aandoening een *spiegelrapportage* waarin hun eigen scores ten opzichte van het landelijk beeld zijn weergegeven. Op deze manier wil Zichtbare Zorg ziekenhuizen en ZBC's meer inzicht bieden in hun eigen organisatie, input leveren ten behoeve van de zorginkoop en bijdragen aan een sterkere positionering in de markt.

De individuele burger of kiezende consument is nadrukkelijk niet de doelgroep van deze kwantitatieve analyses.

## Proces

De ziekenhuizen hebben dit jaar gegevens aangeleverd over de kwaliteit van geleverde zorg in 2009. De gegevens voor de indicatoren zijn in de periode tussen 1 januari en 14 april verzameld. Deze gegevens hebben betrekking op verslagjaar 2009 (1 januari t/m 31 december). Tot en met 14 april konden ziekenhuizen hun gegevens aanleveren in de invoermodules van Zichtbare Zorg.

Vervolgens werden de gegevens geschoond: bij onwaarschijnlijke waarden vroeg Zichtbare Zorg de ziekenhuizen de aangeleverde gegevens te checken en waar nodig te wijzigen. Uiteindelijk zijn de gegevens geautoriseerd door de Raad van Bestuur.

In mei en juni zijn de gegevens geanalyseerd door Zichtbare Zorg. De kwantitatieve rapportages werden opgesteld en ziekenhuizen ontvingen een spiegelrapportage. Vanaf 18 juni zijn de kwaliteitsgegevens, toelichtingenvelden en signaalvlaggen (op indicatorniveau) opvraagbaar in de openbare database Zichtbare Zorg. De kwantitatieve rapportages zijn vanaf die datum openbaar beschikbaar op de website Zichtbare Zorg.

## **Leeswijzer**

Deze rapportage bevat twee hoofdstukken:

- Hoofdstuk 1 is de uitgebreide beschrijving van de resultaten voor de zorginhoudelijke indicatoren.
- In hoofdstuk 2 komen vervolgens de Klantpreferentievragen aan bod.

Elke rapportage begint met een samenvatting van de resultaten over het verslagjaar 2009. In het kort wordt daarin beschreven:

- a) Volledigheid van de aanlevering: aantal instellingen per indicator;
- b) Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data en indicator(waarden) ten aanzien van betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid;
- c) Korte beschrijvende statistiek en toelichting op de indicatorwaarden.

In de bijlagen vindt u achtergrondinformatie:

- In Bijlage A vindt u een toelichting op de figuren, tabellen en begrippen
- Bijlage B geeft u informatie over de signaalvlaggen
- Bijlage C geeft u nadere resultaten bij de signaalvlaggen
- Bijlage D gaat in op het brongebruik
- Bijlage E gaat in op de schoningsvragen bij de gegevens

## **Aanvullende informatie op de website**

De rapportage is zo beknopt als mogelijk gehouden en focust op de kwantitatieve resultaten en de daaruit te trekken conclusies. Bij het lezen van deze rapportage heeft u mogelijk behoefte aan meer achtergrondinformatie. Wij verwijzen u daarvoor naar de website [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl). Onder het kopje 'Ziekenhuizen en ZBC's' vindt u de pagina 'Kwantitatieve analyses 2009'. Hier vindt u de kwantitatieve analyses van alle aandoeningen uit tranche 1 en informatie over de totstandkoming van de kwaliteitsindicatoren, het proces en de planning.

## **Bijsluiter bij het gebruik van de gegevens**

De doelstelling van Zichtbare Zorg is het openbaar maken van de data waarvan verschillende doelgroepen informatie over kwaliteit van zorg kunnen maken. Het werken met kwaliteitsindicatoren staat in de zorg relatief nog in de kinderschoenen. De ontwikkeling van de indicatoren, maar ook het registreren en aanleveren ervan, is daarom nadrukkelijk een groeipad. Het is een zoektocht waarbij we op zoek zijn naar de mogelijkheden, maar onze ogen niet moeten sluiten voor de onmogelijkheden.

### **Zeggingskracht**

De indicatorwaarden moeten altijd worden beschouwd samen met de classificatie van de zeggingskracht (de signaalvlaggen). Een opvallend lage score op een indicator kan betekenen dat de zorgaanbieder mindere goede kwaliteit levert. Echter, het kan ook veroorzaakt worden doordat bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie in de zorginstelling afwijkt van het landelijke gemiddelde. De signaalvlaggen bij de indicatoren (per indicator een tabel) en de uitleg over de signaalvlaggen in bijlage B, kunnen hierin inzicht verschaffen.

Een indicator (of een set indicatoren) geeft bovendien nooit een totaalbeeld van de geleverde zorg. Het levert slechts een beperkt beeld dat afhankelijk van het doel aanleiding kan zijn voor bijvoorbeeld nader onderzoek of een gesprek. Gebruikers moeten worden gewezen op de betekenis van indicatorwaarden in de specifieke context. Een afwijkende score is dan ook een signaal om verder onderzoek uit te voeren naar de reden van deze afwijking. Het zelfde geldt voor een afwijkende hoge score. Zo kan bijvoorbeeld een hoge score op de indicator "Tijdsperiode tussen operaties  $\geq$  28 dagen" bij de aandoening Cataract, als slecht worden geïnterpreteerd. Een gemiddelde patiënt/consument weet echter niet dat een lange tijd tussen twee operaties in dit geval juist belangrijk is voor kwalitatief goede zorg.

### **Vergelijking in de tijd**

Dit jaar worden de tranche 1 indicatorensets voor de tweede keer uitgevraagd. Men moet voorzichtig zijn met een vergelijking in de tijd tussen de twee verslagjaren 2008 en 2009. De populatiebepaling is anders dan vorig jaar (overgestapt van open naar gesloten DBC's) en veel indicatoren zijn nog aangepast. De signaalvlaggen zijn ook voor het tweede jaar toegekend. Voor de aangepaste indicatoren is bekeken of de aanpassingen invloed hebben op de validiteit en vergelijkbaarheid en indien nodig zijn deze bijgesteld. De signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces en statistische betrouwbaarheid worden opnieuw vastgesteld op basis van de aangeleverde data. Aangezien de signaalvlag *betrouwbaarheid van het registratieproces* is herzien ten opzichte van 2008 (voor gedetailleerde informatie zie 'Achtergrondnotitie methodiek signaalvlaggen' op [www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Documents](http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Documents)), is een directe vergelijking van de signaalvlaggen van meetjaar 2008 en 2009 niet mogelijk en kan niet geconcludeerd worden of de *betrouwbaarheid van het registratieproces* van de zorgaanbieders is verbeterd, gelijk is gebleven of is verslechterd.

### **Tot slot**

De markt en gebruikers zijn nu aan zet als het gaat om het vertalen van deze gegevens in bruikbare informatie over de kwaliteit van zorg geleverd in 2009. Wij verzoeken u vriendelijk bij het verwerken van de gegevens bovenstaande vingerwijzingen in genschouw te nemen.

## Rectificatie

Door technische problemen zijn er verschillen ontstaan tussen de data waarop de rapportage is gebaseerd en de data die beschikbaar zijn in de database van Zichtbare Zorg. Wij benadrukken dat het om beperkte en kleine verschillen gaat, die geen invloed hebben op het landelijk beeld zoals gepresenteerd in deze rapportage: de overall signaalvlaggen zijn hetzelfde en de landelijke gemiddelde proporties veranderen minimaal.

Zichtbare Zorg hecht aan zorgvuldigheid. Daarom bieden wij u voor de volledigheid via deze rectificatie inzicht in de verschillen. Het gaat om enkele datapunten die ontbreken of juist zijn opgenomen terwijl dit niet de bedoeling was; nooit om foutieve data. In onderstaande tabel staat per indicator aangegeven wat de verschillen zijn. De data zoals beschikbaar in de database van Zichtbare Zorg is correct en met dit onderstaande overzicht kunt u de verschillen met de rapportage duiden.

### Indicatorset 'Liesbreukoperaties'

Zorginhoudelijke indicator	
1	
data rapportage	
N	93
gemiddelde indicatorwaarde	73
data uitlevering	
N	94
gemiddelde indicatorwaarde	73
vergelijking data rapportage met data uitlevering	
data veranderd	ja
absolute verschil indicatorwaarde	0,04%

Klantpreferentievraag					
	1a-1c	1d	2	3	4
data rapportage					
N	91	90	93	93	93
data uitlevering					
N	94	93	96	96	96
vergelijking data rapportage met data uitlevering					
data veranderd	ja	ja	ja	ja	ja

## 2. Zorginhoudelijke indicatoren

Dit hoofdstuk bevat per zorginhoudelijke indicator een beschrijving van:

- De praktische toepasbaarheid van de indicator. Dit zijn zaken die naar voren zijn gekomen uit de helpdeskvragen, discussies op het kennisforum en de eventuele opmerkingen afkomstig van de deelnemende ziekenhuizen tijdens de fase van data aanlevering.
- De signaalvlaggen die de overall beoordeling van de zeggingskracht van de aangeleverde data van de indicator weergeven. De vlaggen geven inzicht in hoe de validiteit, de registratiebetrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid van de indicator worden beoordeeld. De vergelijkbaarheid heeft betrekking op zowel de statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid (ook wel statistische betrouwbaarheid) als de populatievergelijkbaarheid.
- De waarden van de indicator gepresenteerd in een figuur met daarbij een korte beschrijving.

### 2.1. Indicator 1 – Dagbehandeling

*Operationalisatie:* Percentage liesbreukoperaties in dagbehandeling uitgevoerd.

*Teller:* Aantal liesbreukoperaties uitgevoerd in dagbehandeling.

*Noemer:* Totaal aantal liesbreukoperaties.

#### 2.1.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Het exclusie criterium voor leeftijd (> 18 jaar) is niet eenduidig gedefinieerd. Bij de indicator wordt als inclusie criterium '>18 jaar' genoemd. In de toelichting (paragraaf 4.3 bepaling van de indicatoren) op pagina 21 staat echter dat 'patiënten die jonger zijn dan 18 jaar geëxcludeerd moeten worden'. Bovendien bestond onduidelijkheid over de formulering van deze indicator. Men vraagt zich af of gevraagd wordt naar het aantal liesbreukoperaties, of naar het aantal patiënten met een liesbreukoperatie. Door deze onduidelijkheden kunnen ziekenhuizen verschillende strategieën hebben gehanteerd voor het bepalen van de populatie. Dit kan effect hebben op de betrouwbaarheid van de data.

#### 2.1.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.1. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 1					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	groen	groen	oranje	groen
Rood		0%	0%	0%	
Oranje		4%	5%	39%	
Groen		96%	95%	61%	

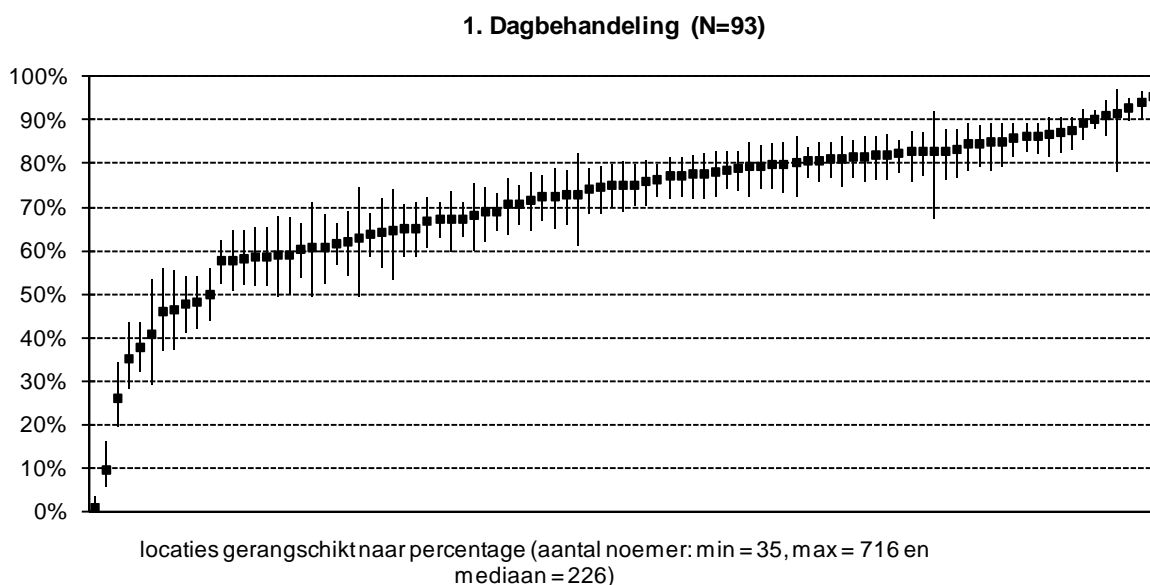
Zie voor de totstandkoming van en de toelichting op de signaalvlaggen bijlage B. Tevens worden in bijlage C de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces gepresenteerd.

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 1 – ‘Dagbehandeling’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie die is beoogd over de kwaliteit van zorg, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- De **betrouwbaarheid van het registratieproces** krijgt zowel voor de teller als de noemer een groene overall signaalvlag. Dit betekent dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. In de bepaling van deze signaalvlag wegen het baseren van de gegevens op een volledige telling en schriftelijke autorisatie door een medisch specialist beiden het zwaarst mee (zie bijlage B). Van alle locaties antwoordt 99% dat de gegevens van zowel de teller als de noemer op basis van een volledige telling zijn vastgesteld (zie bijlage C). 98% van de locaties heeft de gegevens van deze indicator (zowel teller als noemer) laten autoriseren door een medisch specialist (zie bijlage C).
- De **statistische betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen de 5% en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistische betrouwbare vergelijkbaarheid dat de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Met dit aantal kunnen afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de indicatorwaarde van een ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen) van ongeveer 2 en groter betrouwbaar worden gedetecteerd. Dit geldt voor 61% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen op basis van deze indicator met elkaar te vergelijken. Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde op deze indicator vraagt daarom om een genuanceerd oordeel.
- De groene vlag voor **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.
- De gegevens van de teller en de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale **bronnen** (bijlage D). De bronnen die het meest genoemd worden, zijn: DBC-registratie en de verrichtingenregistratie.

### 2.1.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores in aanzienlijk variëren, met waarden over de gehele range.
- Het totaal aantal patiënten dat een liesbreukoperatie heeft ondergaan is 22.098 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten per locatie in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal patiënten bij wie een liesbreukoperatie is uitgevoerd in dagbehandeling is 16.152 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 73%.



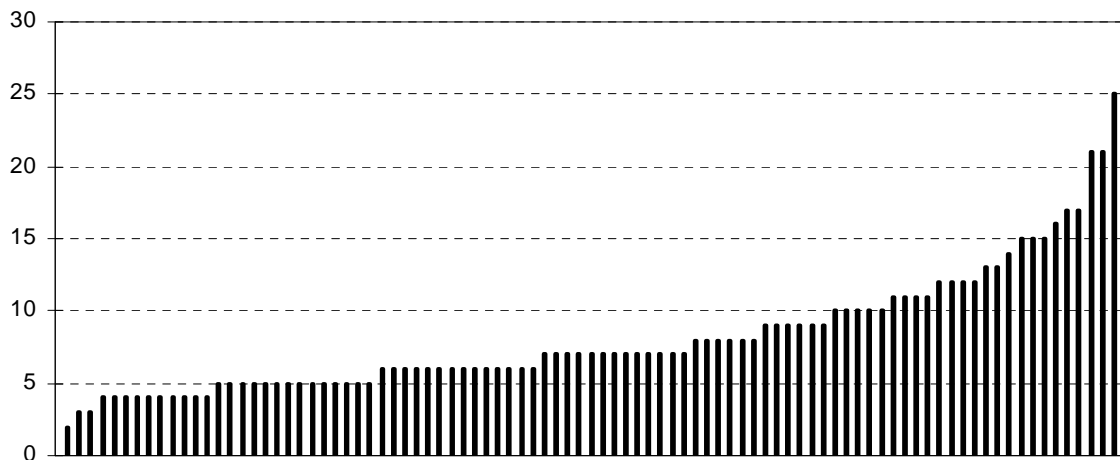
### 3. Klantpreferentievragen

#### 3.1. Klantpreferentievraag 1

*Operationalisatie:* Hoeveel artsen voeren liesbreukoperaties uit en hoeveel operaties worden er per jaar uitgevoerd op uw ziekenhuislocatie?

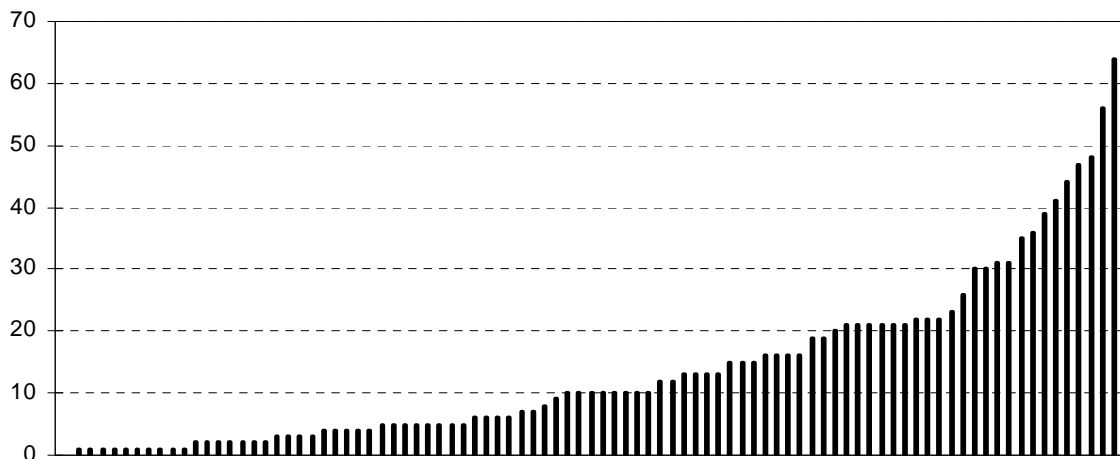
Onderstaande figuren laten zien er voor de ziekenhuislocaties ten minste 2 artsen zijn die liesbreukoperaties kunnen uitvoeren en dat artsen gemiddeld tussen de 4 en 154 operaties per jaar uitvoeren.

**Vraag 1a. Totaal aantal artsen dat liesbreukoperaties uitvoert (N=91)**



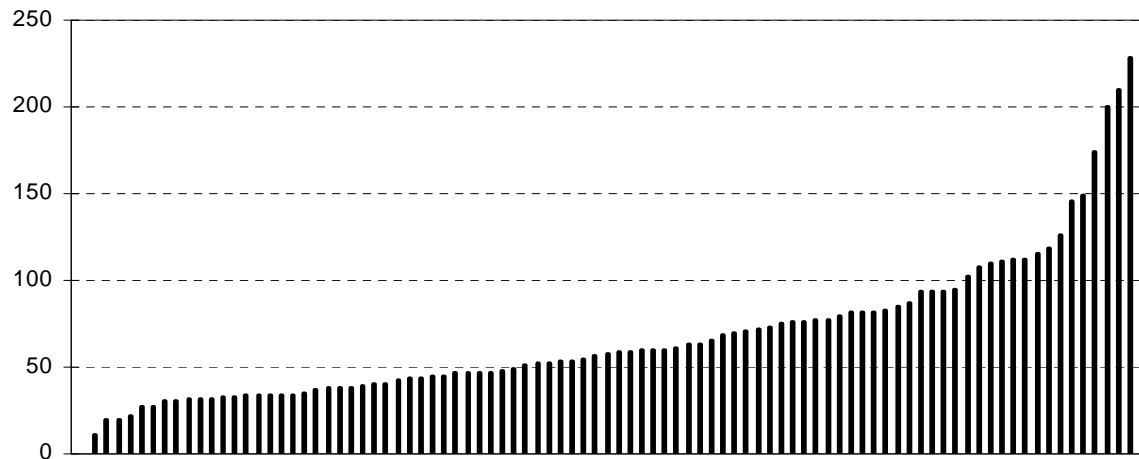
locaties gerangschikt naar grootte (aantal=91, min=2, max=25 en mediaan=7)

**Vraag 1b. Aantal operaties van de arts met het kleinste aantal ingrepen (N=91)**



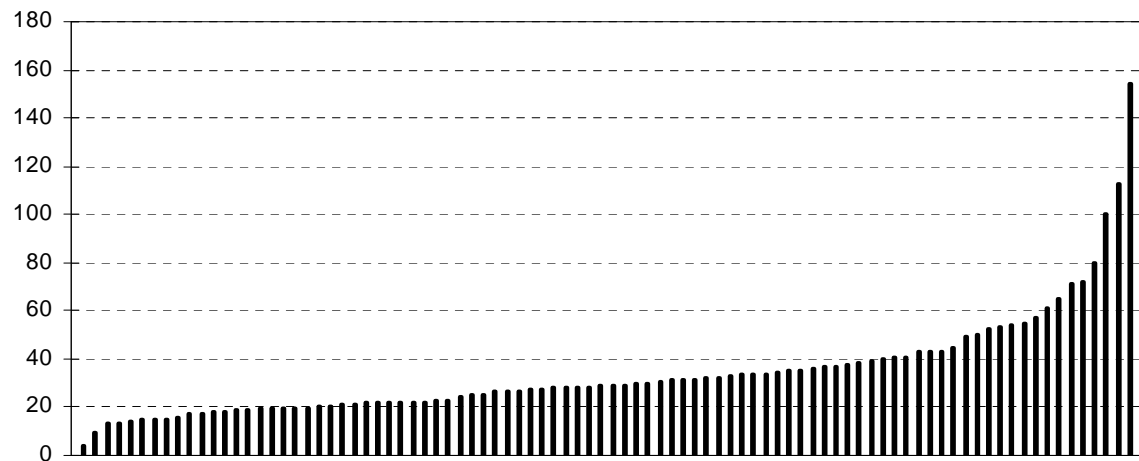
locaties gerangschikt naar grootte (aantal=91, min=0, max=64 en mediaan=10)

**Vraag 1c. Aantal operaties van de arts met het grootste aantal ingrepen (N=91)**



locaties gerangschikt naar grootte (aantal=91, min=0, max=228 en mediaan=58)

**Vraag 1d. Gemiddeld aantal operaties per arts (N=90)**

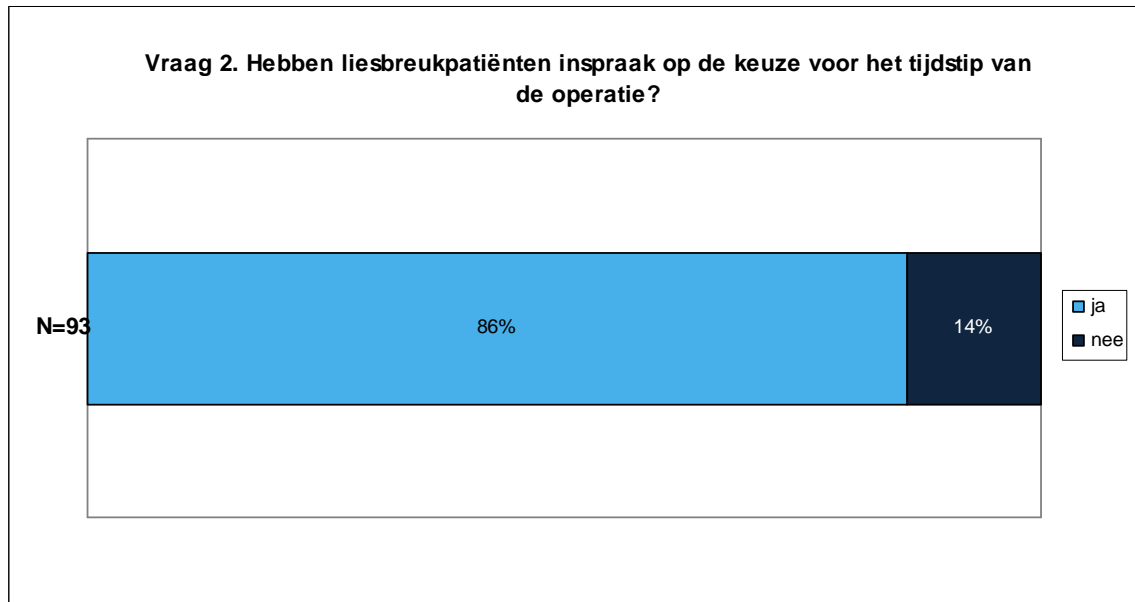


locaties gerangschikt naar grootte (aantal=90, min=4, max=154 en mediaan=28,9)

### 3.2. Klantpreferentievraag 2

*Operationalisatie:* Hebben liesbreukpatiënten inspraak op de keuze voor het tijdstip van de operatie?

Onderstaand figuur laat zien dat bij 86% van de ziekenhuislocaties de patiënten inspraak hebben op de keuze voor het tijdstip van de operatie.

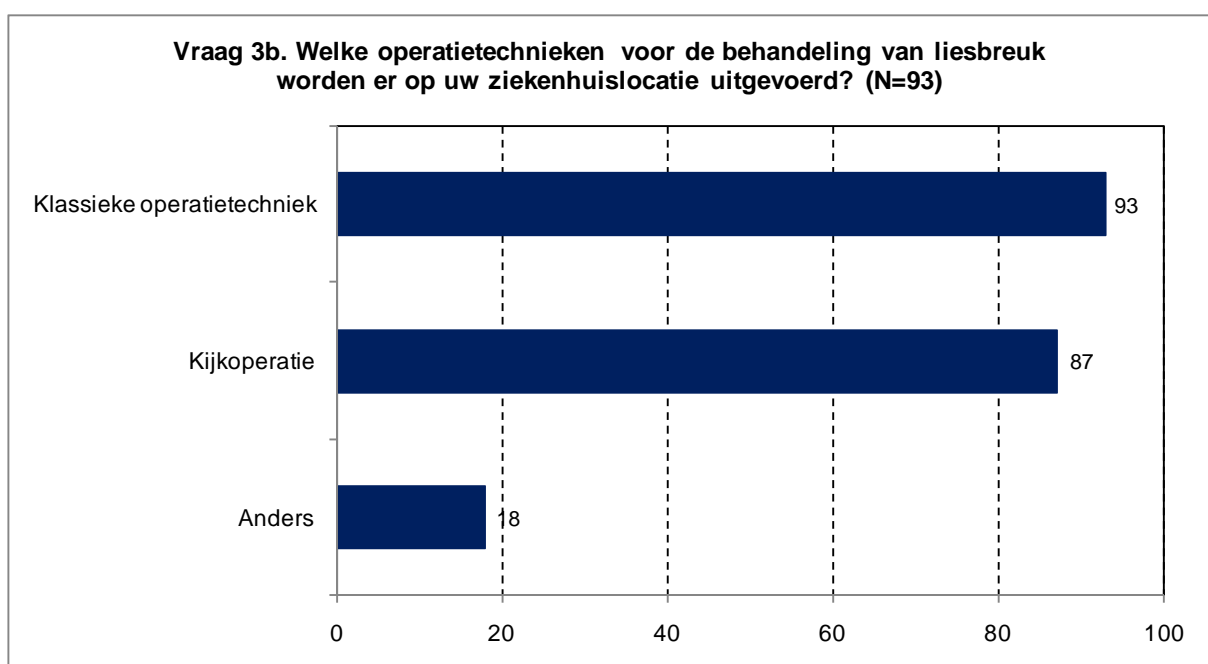
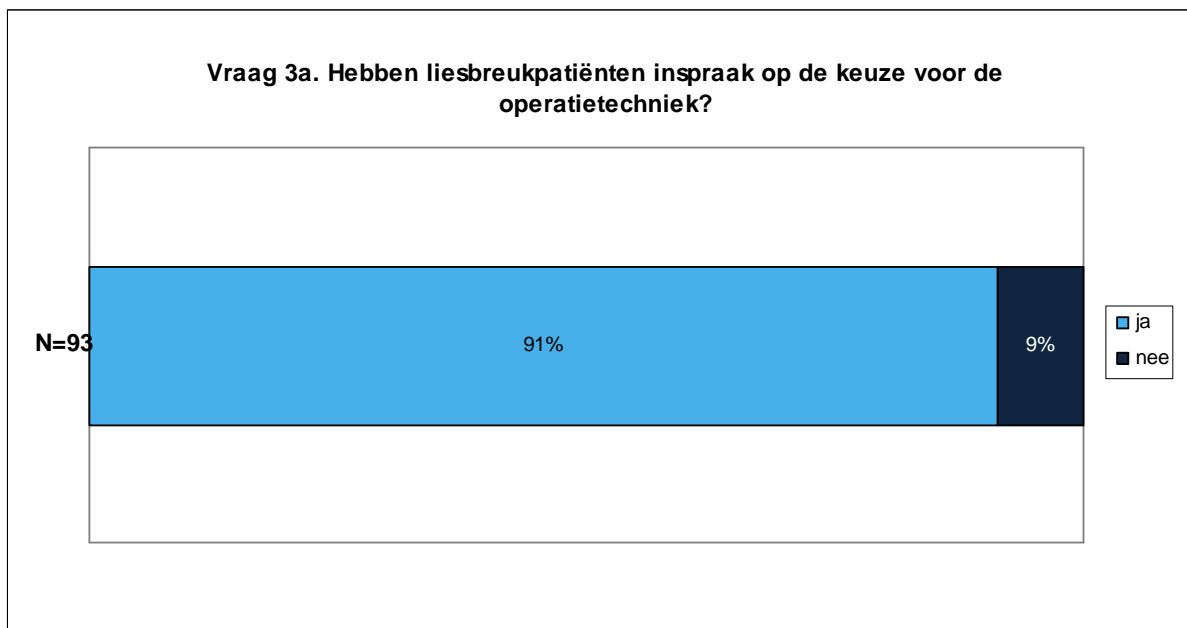


### 3.3. Klantpreferentievraag 3

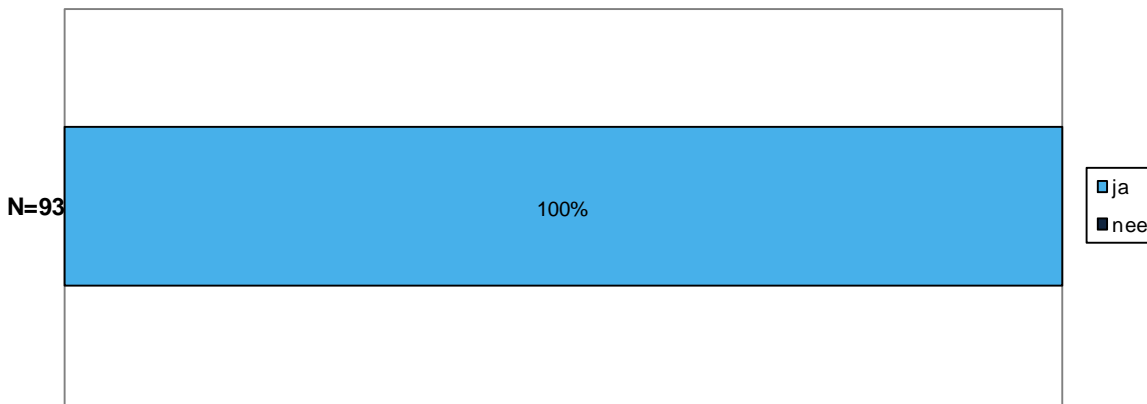
Operationalisatie:

- Hebben liesbreukpatiënten inspraak op de keuze voor de operatietechniek?
- Welke operatietechnieken voor de behandeling van liesbreuk worden er op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd?
- Indien op uw ziekenhuislocatie de klassieke operatietechniek uitgevoerd wordt, heeft de patiënt inspraak op de keuze voor de verdovingstechniek?

Onderstaand figuren laten zien dat bij 91% van de ziekenhuislocaties de patiënten inspraak hebben op de keuze voor operatietechniek en bij alle ziekenhuizen hebben de patiënten inspraak op de keuze voor de verdovingstechniek. De meeste ziekenhuislocaties maken gebruik van een klassieke operatietechniek en een kijkoperatie voor de behandeling van liesbreuk.



**Vraag 3c. heeft de patiënt inspraak op de keuze voor de verdovingstechniek?**

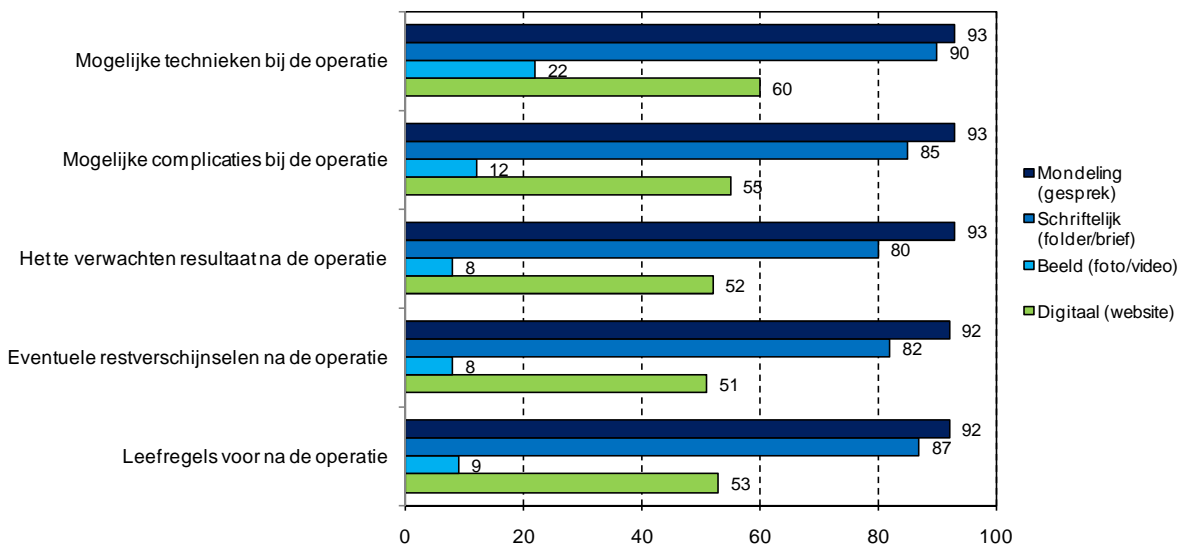


**3.4. Klantpreferentievraag 4**

*Operationalisatie:* Op welke wijze wordt over onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten die een liesbreukoperatie moeten ondergaan?

Onderstaand figuur laat zien dat de meeste ziekenhuislocaties de patiënten informatie verstrekken door middel van een gesprek of een folder/brief. Informatieverstrekking via een website is ook gebruikelijk.

**Vraag 4. Op welke wijze wordt over onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten die een liesbreukoperatie moeten ondergaan? (N=93)**





## Bijlage A Toelichting bij de tabellen en figuren

Deze bijlage beschrijft de in de kwantitatieve rapportages gebruikte tabellen en figuren en met name de wijze waarop deze tabellen en figuren moeten worden geïnterpreteerd. De volgende tabellen en figuren komen aan de orde:

1. Signaalvlaggentabel
2. Rupsplot
3. Reepplot
4. Histogram

Tabellen en figuren worden alleen gepresenteerd in die gevallen waarbij het aantal locaties 10 of groter is. Dit heeft met name impact op de mogelijkheden om waarden voor zbc's te laten zien, omdat voor verschillende indicatoren sprake is van relatief geringe aantallen locaties voor deze groep zorgaanbieders.

### 1. Signaalvlaggentabel

In de kwantitatieve rapportages is voor iedere zorginhoudelijke indicator de informatie over de signaalvlaggen in een tabel samengevat. Het meest uitgebreide format ziet u hieronder weergegeven. In bijlage B staat een uitgebreide toelichting over de achtergrond en betekenis van de signaalvlaggen.

Voorbeeld van de tabel "Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau"

Zorginhoudelijke indicator					
	Validiteit	Betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		registratieproces		Statistisch betrouwbaar	Populatie
		Teller	Noemer		
	oranje	oranje	oranje	groen	groen
Rood		16%	8%	1%	
Oranje		34%	25%	3%	
Groen		50%	67%	96%	

#### Signaalvlaggen op indicatorniveau

De gekleurde cellen (waarin tevens de kleur is aangegeven in woorden) geven de kleur van de vlag op indicatorniveau aan. Per zorgaanbieder wordt een signaalvlag toegekend voor de dimensies *betrouwbaarheid van het registratieproces* en *statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid*, maar deze worden niet openbaar gemaakt. De percentages in de tabel beschrijven het relatieve aantal ziekenhuizen dat een groene, oranje of rode signaalvlag voor de betreffende dimensie heeft gekregen.

De dimensies *validiteit* en *populatie vergelijkbaarheid* krijgen een signaalvlag voor de indicator toegekend door de indicatorwerkgroep. Er zijn voor deze dimensie dus geen signaalvlaggen voor de individuele zorgaanbieder, deze dimensies zijn voor alle zorgaanbieders immers gelijk. De betreffende regels in bovenstaande tabel zijn voor deze dimensies dan ook grijs gekleurd.

#### Kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren

Alleen de kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren (bijvoorbeeld indicatoren die als teller/noemer, frequentie, aantal worden uitgevraagd) kunnen worden beoordeeld op de dimensies *betrouwbaarheid van het registratieproces* en *statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid*. Bovenstaande tabel heeft betrekking op een indicator die als teller en noemer wordt uitgevraagd. Op elk van de dimensies wordt een vlag toegekend, waarbij de *betrouwbaarheid van het registratieproces* een signaalvlag per teller en noemer krijgt. Het komt voor dat een indicator wel een getal betreft, maar niet op teller en noemer is gebaseerd (bijvoorbeeld indicator 3d – Heup/knie vervanging: 'Wat is de frequentie van genotuleerde besprekingen in verband met een totale heupprothese?'). De dimensie *betrouwbaarheid van het registratieproces* heeft dan één kolom.

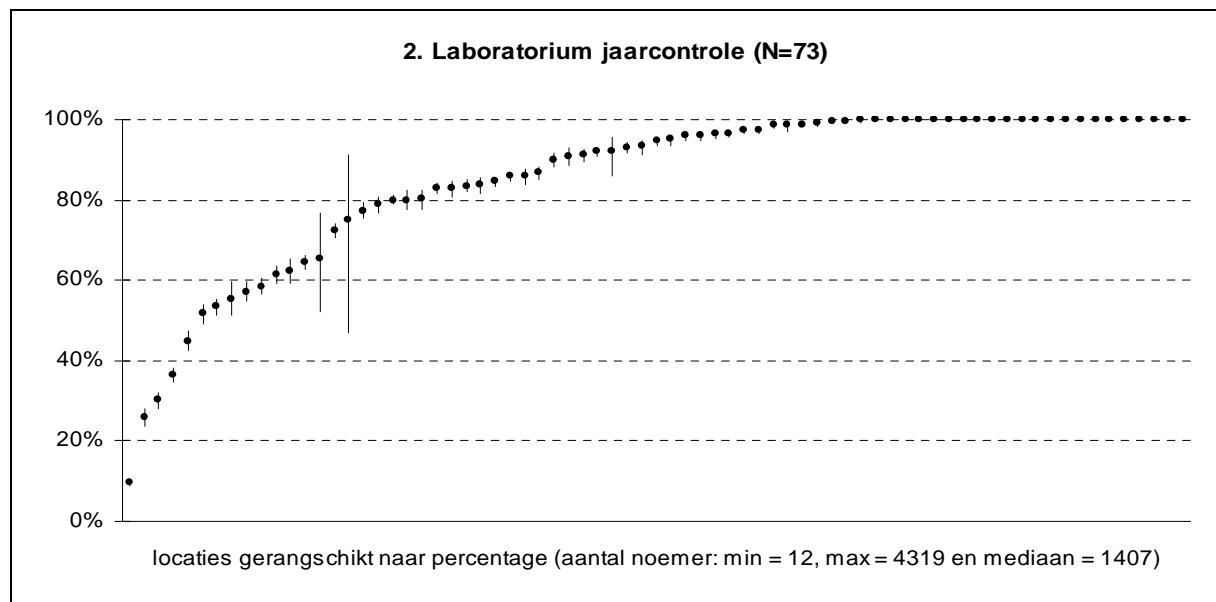
### Kwalitatieve zorginhoudelijke indicatoren

Voor kwalitatieve zorginhoudelijke indicatoren (bijvoorbeeld ja/nee vragen) kunnen geen signaalvlaggen worden vastgesteld voor de dimensies *betrouwbaarheid van het registratieproces* en *statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid*. Voor deze indicatoren zijn de vlaggen voor deze dimensies grijs en ontbreken de onderste drie regels uit de tabel.

## 2. Rupsplot

In een 'rupsplot' worden de verschillende locaties waarvoor indicatorwaarden zijn aangeleverd geordend van laag naar hoog. Dit is met name van toepassing bij indicatoren waarvoor teller en noemer bekend zijn, en er dus een percentage kan worden vastgesteld (teller/noemer). Een rupsplot geeft tegelijkertijd inzicht in de spreiding van de waarden (zoals een histogram): in onderstaande figuur is meteen te zien dat de waarden lopen van 10 tot 100%. Bij iedere indicatorwaarde (de 'stip') is telkens met een verticale lijn de nauwkeurigheid van de waarden weergegeven: het zogenoemde 95%-betrouwbaarheidsinterval; hoe groter de lijn, hoe kleiner de nauwkeurigheid van de waarde.

Onderstaande figuur is een voorbeeld van een dergelijke rupsplot.



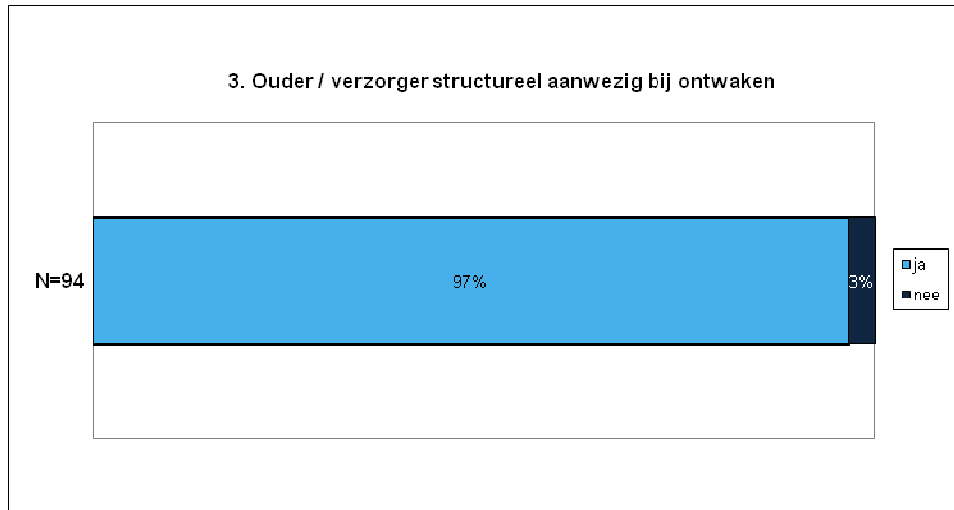
Boven de figuur staat in de titel (die beschrijft welke indicator het betreft) de N tussen haakjes weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd voor zowel de teller als de noemer.

Onder de figuur staat met 'min' het minimum aantal patiënten dat door een ziekenhuis is aangeleverd. Het aantal 'max' is het maximum aantal patiënten dat door een ziekenhuis is aangeleverd. De mediaan is het aantal patiënten waarvoor geldt dat 50% van de locaties een lagere waarde heeft en 50% een hogere waarde. Bij scheve verdelingen is de mediaan ongelijk aan de gemiddelde waarde.

Rupsplots vertonen veelal een patroon dat lijkt op bovenstaande: enkele lage waarden, waarbij via een min of meer 'logaritmische' kromme naar een maximumwaarde wordt gegaan. Let op: waarden van exact 100% kunnen duiden op protocollair handelen. Met protocollair wordt bedoeld dat er geen telling wordt gedaan, omdat processen 'standaard' zijn. Echter, niet overal waar 100% wordt ingevuld, hoeft sprake te zijn van protocollair handelen, het kan ook de uitkomst zijn van een volledige telling.

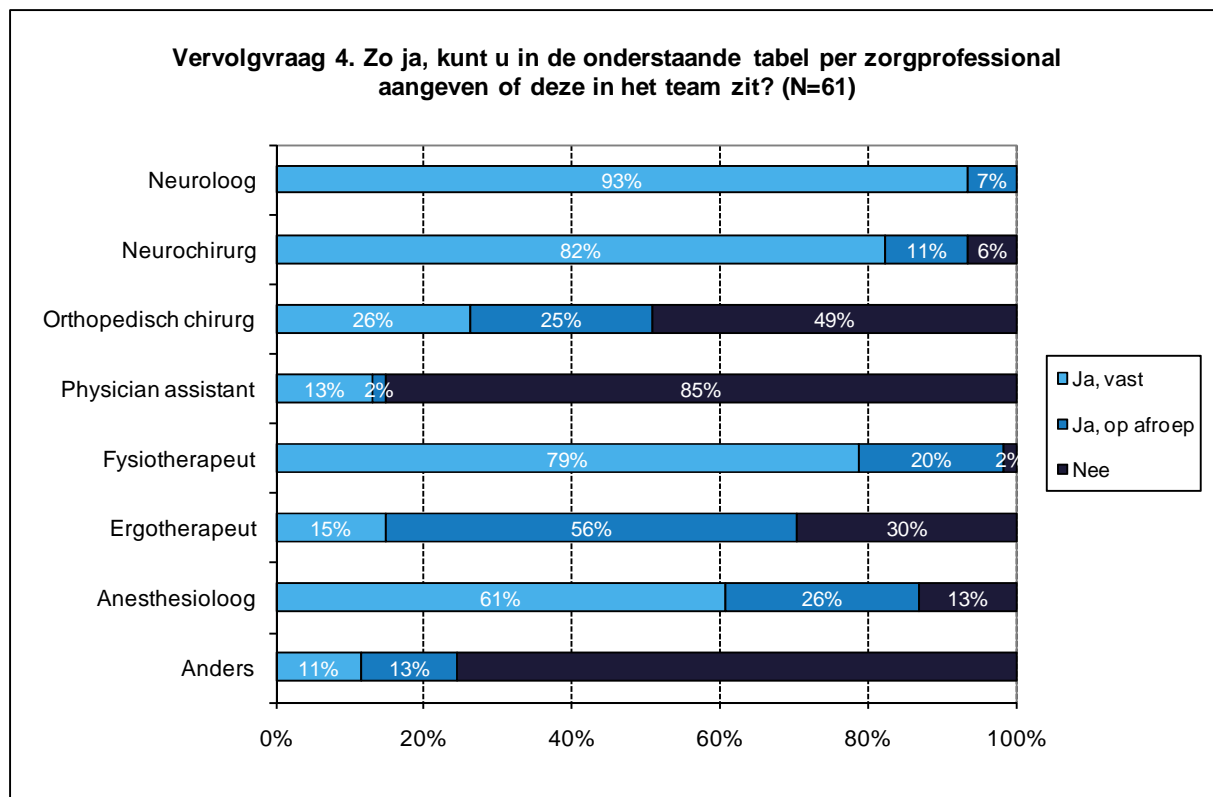
### 3. Reepplot

In een reepplot worden ja/nee vragen weergegeven, waarbij het percentage 'ja' als aandeel van het totaal wordt gerepresenteerd door de relatieve lengte van een horizontale balk, zie onderstaand voorbeeld van een dergelijke figuur uit de diabetesrapportage van gegevens uit 2008.



Naast de figuur de N weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd.

Een variant hierop is de reepplot waarbij meerdere antwoorden op één vraag zijn te geven, die niet samen tot 100% hoeven op te tellen, zie hieronder.

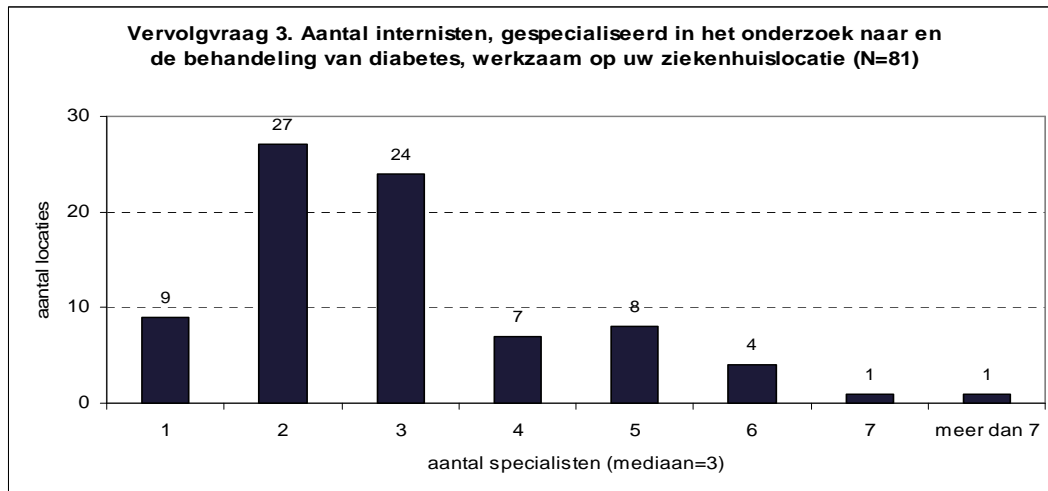


Het percentage geeft (in dit geval) aan in welk deel van de ziekenhuislocaties een bepaalde zorgprofessional in het multidisciplinair team zit (vast of op afroep). Als vanzelfsprekend kunnen meerdere deskundigen op een ziekenhuislocatie in het team zitten.

## 4. Histogram

### Verticaal

Een verticaal histogram presenteert het aantal locaties of het percentage van de locaties (verticale as en lengte van de verticale staaf), ingedeeld naar waarden of klassen van waarden (langs de x-as), zie hieronder.



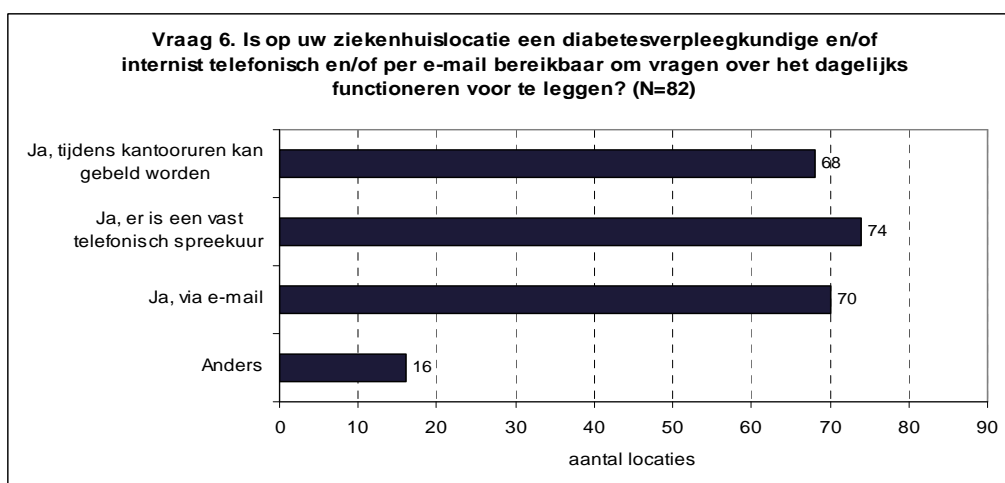
In dit voorbeeld wordt weergegeven hoeveel locaties er 1, 2, etc. internisten werkzaam heeft op de locatie, gespecialiseerd in onderzoek naar en behandeling van diabetes.

Boven de figuur staat in de titel (die beschrijft welke vraag het betreft) de N tussen haakjes weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd.

De mediaan is het aantal specialisten waarvoor geldt dat 50% van de locaties een lagere waarde heeft en 50% een hogere waarde. Bij scheve verdelingen is de mediaan ongelijk aan de gemiddelde waarde.

### Horizontaal

Een horizontaal histogram presenteert het aantal locaties of het percentage van de locaties (horizontale as en lengte van de horizontale staaf), ingedeeld naar waarden of klassen van waarden (langs de y-as), zie hieronder.



Boven de figuur staat in de titel (die beschrijft welke vraag het betreft) de N tussen haakjes weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd.



# Bijlage B Toelichting op de signaalvlaggensystematiek

## 1. Algemene toelichting

Zichtbare Zorg Ziekenhuizen ontwikkelde vorig jaar in samenwerking met experts de zogenaamde 'signaalvlaggensystematiek'. Dit jaar is de beoordelingsmethodiek voor de kwaliteitsdimensies betrouwbaarheid registratieproces en statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid kritisch tegen het licht gehouden en waar nodig aangepast<sup>2</sup>. Dit is in samenwerking met twee expertgroepen gedaan.

De systematiek doet nadrukkelijk geen uitspraak over de kwaliteit van zorg, maar maakt mogelijke beperkingen bij de interpretatie van data inzichtelijk. Omdat het proces van transparantie in kwaliteit van zorg nog in de kinderschoenen staat, zijn de aangeleverde data nog niet altijd voldoende betrouwbaar, valide en vergelijkbaar. Met name organisaties die de kwaliteitsdata nu al wel willen gebruiken voor bijvoorbeeld de doorvertaling naar publieksinformatie of informatie ten behoeve van zorginkoop, hebben baat bij de signaalvlaggen. De systematiek biedt namelijk inzicht in de zeggingskracht van de aangeleverde gegevens.

Deze zeggingskracht wordt bepaald door de mate waarin de indicatoren, de aangeleverde data en de indicatorwaarden aan vier kwaliteitseisen, ook wel kwaliteitsdimensies genoemd, voldoen:

- Indruksvaliditeit van de indicator. De indicator (geoperationaliseerde grootheid) meet wat ze moet meten (abstract concept);
- Betrouwbaarheid van het registratieproces van de aangeleverde data. De data waarop de indicatoren zijn gebaseerd dienen betrouwbaar gemeten en geregistreerd te zijn;
- Statistische betrouwbare vergelijkbaarheid van de indicatorwaarden. De indicatorwaarde dient nauwkeurig te zijn gemeten en vergelijking met het landelijke gemiddelde moet statistisch verantwoord zijn;
- Populatievergelijkbaarheid van de indicatorwaarden. Verschillen in patiëntenpopulaties kunnen van invloed zijn op de waarde van een indicator. Wanneer zorgaanbieders met elkaar worden vergeleken, moet met deze mogelijke invloed rekening worden gehouden (zogenaamde correctie met case-mix adjusters).<sup>3</sup>

Per dimensie worden signaalvlaggen in de kleuren groen, oranje en rood toegekend. De indicatorwerkgroep heeft een kwalitatief oordeel voor de dimensies *validiteit* en *populatievergelijkbaarheid* gegeven. De dimensies *betrouwbaarheid van het registratieproces* en *statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid* worden op basis van de aangeleverde data bepaald. De betekenis van de kleur van de signaalvlaggen op de verschillende dimensies staat in onderstaande tabel toelicht.

Tabel 1. Betekenis van de kleur van de signaalvlag op de vier onderscheiden kwaliteitsdimensies

Dimensie	Kleur	Dat betekent:
Validiteit Verantwoordelijkheid indicatorwerkgroep / stuurgroep	Rood	Wat er gemeten is (de indicator) zegt niets over wat je wilt meten
	Oranje	Wat er gemeten is (de indicator) zegt deels iets over wat je wilt meten
	Groen	Wat er gemeten is (de indicator) zegt iets over wat je wilt meten

<sup>2</sup> Dit jaar worden voor de tranche 1 indicatorensets voor de tweede keer signaalvlaggen toegekend. Aangezien de signaalvlag betrouwbaarheid van het registratieproces is herzien ten opzichte van 2008, is een directe vergelijking van de signaalvlaggen van meetjaar 2008 en 2009 niet mogelijk en kan niet geconcludeerd worden of de betrouwbaarheid van het registratieproces van de zorgaanbieders is verbeterd, gelijk is gebleven of is verslechterd.

<sup>3</sup> Opgemerkt dient te worden dat doordat de data op geaggregeerd niveau worden uitgevraagd, case-mix correctie op patiëntniveau niet mogelijk is. De invloed van case-mix adjusters op de waarden van indicatoren die door de werkgroep zijn geselecteerd zou daarom zeer beperkt of beter niet van toepassing moeten zijn.

Betrouwbaarheid van het registratieproces Verantwoordelijkheid ziekenhuis	Rood	Alle ziekenhuizen bezien, zijn er vraagtekens te zetten bij de inrichting van het registratieproces.
	Oranje	Alle ziekenhuizen bezien, wordt ten dele aan belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces voldaan.
	Groen	Alle ziekenhuizen bezien, wordt (bijna) volledig aan belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces voldaan.
Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid Verantwoordelijkheid indicatorwerkgroep / stuurgroep	Rood	Alle ziekenhuizen bezien, is een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde niet mogelijk.
	Oranje	Alle ziekenhuizen bezien, vraagt een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde een genuanceerd oordeel.
	Groen	Alle ziekenhuizen bezien, is een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde op statistisch verantwoord. Echter er kunnen nog case-mix variabelen zijn die verstorend werken (zie populatievergelijkbaarheid).
Populatie vergelijkbaarheid Verantwoordelijkheid indicatorwerkgroep / stuurgroep	Rood	Er zijn factoren die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden, maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar deels door verklaard worden (bijvoorbeeld patiëntkenmerken).
	Oranje	Er zijn mogelijk factoren die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden, maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar deels door verklaard worden (bijvoorbeeld patiëntkenmerken).
	Groen	Er zijn geen factoren die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar niet door verklaard worden (bijvoorbeeld patiëntkenmerken).

## 2. Signaalvlaggen beschikbaar op indicatorniveau

Net als vorig jaar worden alleen de signaalvlaggen op indicatorniveau openbaar beschikbaar gesteld. Aan openbaarmaking op ziekenhuisniveau zijn zowel voor- als nadelen verbonden. Ten aanzien van de betrouwbaarheid van het registratieproces bijvoorbeeld is een voordeel het voorkomen van oneerlijke concurrentie. Ziekenhuizen die relatief 'slecht' scoren, omdat zij gegevens aanleveren op basis van een volledige telling, kunnen zich door middel van de signaalvlag onderscheiden van ziekenhuizen die relatief 'goed' scoren, omdat zij gegevens aanleveren op basis van protocollair handelen.

De signaalvlaggen kunnen ook worden gebruikt om ziekenhuizen met elkaar te vergelijken en een benchmark te maken. Het is waar dat het een voorwaarde is dat een ziekenhuis zijn registratie op orde moet hebben om de kwaliteit van de geleverde zorg transparant te maken. Echter, door het ontbreken van registratiestandaarden is het nu nog te vroeg de signaalvlaggen voor dit doel te gebruiken. Dit is dus een voorbeeld van een nadeel van openbaarmaking op ziekenhuisniveau. Na een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen is de stuurgroep niet overgegaan tot besluit van openbaarheid op ziekenhuisniveau.

## 3. Aanvullende informatie

Indien u nog meer informatie wenst over de toekenning van de signaalvlaggen verwijzen wij u naar de website van Zichtbare Zorg. Onder het kopje 'Ziekenhuizen en ZBC's' vindt u een pagina 'Kwantitatieve analyses 2009'. Hier staan enkele documenten die inzicht geven in de systematiek van de signaalvlaggen.

## Bijlage C Verificatievragen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gegeven antwoorden op de verificatievragen, die als basis dienen voor de bepaling van de signaalvlaggen op de kwaliteitsdimensie 'Betrouwbaarheid van het registratieproces' (zie bijlage B voor een toelichting op de signaalvlaggen).

Per indicator en deelindicator wordt het volgende aangegeven:

- het totaal aantal locaties
- het percentage 'ja' en 'nee'
- volledige telling of anders (voor gegevensverzameling)

Waar van toepassing wordt onderscheid gemaakt tussen teller en noemer.

Tabel C1. Verdeling van de beantwoording van de vragen over gegevensverzameling

1. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	93	99%				1%
gegevensgebruik	93	92%				8%
Deelindicator		Teller			Noemer	
gegevensverzameling	93	99%	1%	93	99%	1%
verslagjaar	93	99%	1%	93	99%	1%
populatievaststelling	93	98%	2%	93	98%	2%
indicatorwaarde bepaling	93	98%	2%	93	97%	3%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling':		■ ja		■ nee		
voor 'gegevensverzameling':		■ volledige telling		■ anders		
voor alle vragen		■ aantal patienten waarop de percentages zijn gebaseerd				



## Bijlage D Brongebruik

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de door de ziekenhuizen gebruikte bronnen die zijn geraadpleegd tijdens de fase van dataverzameling ten behoeve van de uitvraag 2009.

Onderscheid wordt gemaakt naar teller en noemer. In de tabel is het aantal locaties weergegeven dat van een bepaalde bron gebruik heeft gemaakt.

Tabel D1. Brongebruik ten behoeve van de aanlevering van gegevens

1. Brongegevens								
Teller / Noemer	Bron							
	DBC-registratie	elektronisch verrichtingen (poli)klinische registratie	elektronisch status	OK-verslag	Ziekenhuis informatie systeem (ZIS)	papieren (poli)klinische status	andere	andere
T	86	73	6	5	22	5	4	
N	82	77	7	5	21	3	5	



## BIJLAGE E Schoningsvragen

Na het sluiten van de webenquête ten behoeve van de uitvraag 2009 op 14 april 2010 is de fase van schoning gestart. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de aantallen gestelde schoningsvragen naar aard.

Volgens protocol hebben de ziekenhuizen schoningsvragen gekregen (voor het proces van schoning en het schoningsprotocol wordt verwezen naar [www.ZichtbareZorg.nl](http://www.ZichtbareZorg.nl)). Tijdens deze schoning zijn in totaal 13 schoningsvragen gesteld, 85 ziekenhuislocaties hebben geen schoningsvragen gekregen. De schoningsvragen die zijn gesteld omdat de waarden statistisch opvallend zijn.

### Toelichting bij tabel E

- *Aantal schoningsvragen cross checks:*  
Tijdens de schoning is gecontroleerd op consistentie tussen de aangeleverde gegevens binnen een set, op waarden die aan elkaar gerelateerd zijn. Indien er inconsistenties in de aangeleverde gegevens zaten, is dit teruggekoppeld aan de ziekenhuizen.
- *Aantal schoningsvragen fake antwoord:*  
Indien een ziekenhuis een onwaarschijnlijke waarde, zoals 9999, heeft ingevuld, vermoedde Zichtbare Zorg dat het ziekenhuis met de waarde wilde aangeven dat de vraag binnen het ziekenhuis niet van toepassing is. Met een schoningsvraag is geverifieerd of dit inderdaad correct geïnterpreteerd is, zodat de waarde als zodanig gemarkeerd kan worden in de openbare database.
- *Aantal schoningsvragen statistische uitbijter:*  
Er is aan de ziekenhuizen teruggekoppeld als de indicatorwaarde statistisch opvalt (sterk afwijkt van de mediane waarde)
- *Aantal schoningsvragen extreem:*  
Aangezien Zichtbare Zorg vraagt om gegevens aan te leveren op basis van een volledig telling, zijn waarden van 0% of 100% onwaarschijnlijk. Om deze reden zijn 0 en 100% waarden standaard teruggekoppeld tijdens de schoning.

Tabel E Aantal gestelde schoningsvragen naar aard

Indicator	Type vraag	Aantal ziekenhuizen met schoningsvragen	Aantal schoningsvragen totaal	Aantal schoningsvragen cross checks	Aantal schoningsvragen fake antwoord	Aantal schoningsvragen statistische uitbijter	Aantal schoningsvragen extreem
<b>Zorginhoudelijke indicatoren</b>							
<b>1 Dagbehandeling</b>							
Indicator 1	Percentage liesbreukoperaties in dagbehandeling uitgevoerd	Teller/noemer	4	4	nvt	teller = 0; noemer = 0 noemer = 1; indicatorwaarde = 3	0
<b>Klantpreferentievragen</b>							
<b>1. Hoeveel artsen voeren liesbreukoperaties uit en hoeveel operaties* worden er per jaar** uitgevoerd op uw ziekenhuislocatie?</b>							
KP vraag 1a	Totaal: ..... artsen	getal	3	3	nvt	0	3
KP vraag 1b	Arts met kleinste aantal ingrepen: ..... operaties	getal	1	1	nvt	0	1
KP vraag 1c	Arts met grootste aantal ingrepen: ..... operaties	getal	1	1	nvt	0	1
KP vraag 1d	Gemiddeld: ..... operaties per arts	getal	4	4	nvt	0	4
<b>2. Hebben liesbreukpatiënten inspraak op de keuze voor het tijdstip* van de operatie?</b>							
KP vraag 2		ja/nee vraag	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
<b>3. Operatietechnieken</b>							
KP vraag 3A	3. A. Hebben liesbreukpatiënten inspraak op de keuze voor de operatietechniek?	ja/nee vraag	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
KP vraag 3B	3. B. Welke operatietechnieken voor de behandeling van liesbreuk worden er op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd?	ja/nee vraag	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
KP vraag 3C	3. C. Indien op uw ziekenhuislocatie de klassieke operatietechniek uitgevoerd wordt, heeft de patiënt inspraak op de keuze voor de verdovingstechniek*?	ja/nee vraag	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
<b>4. Op welke wijze wordt over onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten die een liesbreukoperatie moeten ondergaan?</b>							
KP vraag 4		ja/nee vraag	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt