



Kwaliteit van Zorg inzichtelijk: Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

Gegevens over 2009

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

Inhoudsopgave

SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN OVER VERSLAGJAAR 2009	3
Algemeen.....	3
Overzicht indicatorwaarden zorginhoudelijke indicatoren (ZI)	3
1. INLEIDING	5
<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
2. ZORGINHOUDELIJKE INDICATOREN	9
2.1. Indicator 1 – Percentage nabloedingen.....	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
2.2. Indicator 2 – Aanwezigheid poliklinisch preoperatief spreekuur	11
2.2.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	11
2.2.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	11
2.2.3. <i>Waarden</i>	12
2.3. Indicator 3 – Ouder/verzorger structureel aanwezig bij ontwaken	13
2.3.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	13
2.3.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	13
2.3.3. <i>Waarden</i>	13
2.4. Indicator 4a – Postoperatieve pijnmeting	14
2.4.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	14
2.4.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	14
2.4.3. <i>Waarden</i>	15
2.5. Indicator 4b – Postoperatieve pijnmeting	16
2.5.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	16
2.5.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	16
2.5.3. <i>Waarden</i>	17
2.6. Indicator 4c – Postoperatieve pijnmeting	17
2.6.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	18
2.6.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	18
2.6.3. <i>Waarden</i>	19
2.7. Indicator 5a – Tijd tussen besluit ingreep (adeno)tonsillectomie en moment van ingreep	19
2.7.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	19
2.7.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	20
2.7.3. <i>Waarden</i>	20
2.8. Indicator 5b – Tijd tussen besluit ingreep (adeno)tonsillectomie en moment van ingreep	21
2.8.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	21

2.8.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data	21
2.8.3. Waarden	22
BIJLAGE A TOELICHTING BIJ DE TABELLEN EN FIGUREN	23
1. Signaalvlaggentabel	23
2. Rupsplot	24
3. Reepplot	25
4. Histogram	26
BIJLAGE B TOELICHTING OP DE SIGNAALVLAGGENSYSTEMATIEK.....	27
1. Algemene toelichting	27
2. Signaalvlaggen beschikbaar op indicatorniveau	28
3. Aanvullende informatie	28
BIJLAGE C VERIFICATIEVRAGEN	29
BIJLAGE D BRONGEBRUIK	31
BIJLAGE E SCHONINGSVRAGEN.....	33

Samenvatting van de resultaten over verslagjaar 2009

Deze rapportage geeft voor de 8 (deel)indicatoren van de indicator set Ziekten van Adenoïd en Tonsillen (ZAT) een landelijk beeld van de indicatorscores. Samenvattend volgt hieronder een overzicht van de scores op de indicatorwaarden voor deze set, gevolgd door toelichtingen over brongebruik en signaalvlaggen voor betrouwbaarheid van het registratieproces en voor statistische betrouwbare vergelijkbaarheid.

Algemeen

Voor deze indicatorset hebben 96 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 indicator 4b (postoperatieve pijnmeting) is het aantal locaties dat datagegevens heeft geleverd relatief klein.

Aantal locaties dat heeft aangeleverd per zorginhoudelijke indicator								
Zorginhoudelijke indicator	1	2	3	4a	4b	4c	5a	5b
Aantal locaties	96	94	94	75	58	71	90	90

Overzicht indicatorwaarden zorginhoudelijke indicatoren (ZI)

Onderstaande tabellen bevatten een samenvatting van de gevonden indicatorwaarden op de zorginhoudelijke indicatoren (ZI)¹. De indicatoren vragen naar: 1) percentage nabloedingen; 2) aanwezigheid poliklinisch preoperatief spreekuur; 3) ouder/verzorger structureel aanwezig bij ontwakken; 4) postoperatieve pijnmeting; 5) tijd tussen besluit ingreep en moment van ingreep.

ZI	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
						Teller	Noemer	Statisch betrouwbaar	Populatie
1	1	1,1	0	4,1	groen	groen	groen	oranje	groen
2	92	100	0	100	groen	oranje	groen	groen	groen
4a	85	92	3,2	100	groen	oranje	groen	oranje	oranje
4b	5,3	2,2	0	22	groen	groen	groen	rood	oranje
4c	70	100	0	100	groen	oranje	groen	groen	oranje

ZI	Percentage ja	Percentage nee	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
				Teller	Noemer	Statisch betrouwbaar	Populatie
3	97	3	groen				groen
5a	98	2	groen				groen
5b	92	8	groen				groen

¹ 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 teller/noemer - vragen (bovenste tabel) laten een grote spreiding zien tussen de verschillende locaties. Voor de ja/nee-vragen (onderste tabel) zijn er ook verschillen, maar het overgrote deel van de locaties antwoordt op de ja/nee vragen 'ja'.

De meeste signaalvlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces zijn groen. Voor de noemers is dat zelfs voor alle indicatoren het geval. De oranje signaalvlag voor de teller bij een drietal indicatoren wil zeggen dat, alle ziekenhuizen bezien, aan belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren slechts ten dele wordt voldaan. Voor alledrie de indicatoren wordt dit veroorzaakt door een relatief groot aantal locaties waarvoor de gegevensverzameling van de tellers niet op basis van volledige telling heeft plaatsgevonden (zie bijlage C). Op dit punt is dus nog winst te behalen.

De statistische betrouwbaarheid voor vergelijking laat een wisselend beeld zien. De indicatoren 2 en 4c krijgen de signaalvlag 'groen', terwijl de indicatoren 1, 4a en 4b een oranje signaalvlag krijgen. Een belangrijke reden voor deze oranje signaalvlag is het beperkte aantal waarnemingen in de noemer. Alle ziekenhuizen bezien, vraagt een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde om een genuanceerd oordeel.

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

De indicatorwerkgroep heeft op de dimensies validiteit en populatievergelijkbaarheid een oranje signaal toegekend aan indicator 4. Dit betekent dat deze indicator slechts deels de informatie meet die is beoogd en dat er mogelijk factoren zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden, maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator.

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 gaat dan voornamelijk om de indicator 4a. 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 registratieproblemen of 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 Ziekten van Adenoïd en Tonsillen. 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. 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.

Bijsluiters 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/Documenten), 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 ogenschouw 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.

	Zorginhoudelijke indicator							
	1	2	3	4a	4b	4c	5a	5b
data rapportage								
N	96	94	94	75	58	71	90	90
gemiddelde indicatorwaarde	1%	92%		85%	5%	70%		
percentage ja			97%				98%	92%
data uitlevering								
N	96	95	96	78	59	75	96	96
gemiddelde indicatorwaarde	1%	92%		87%	6%	72%		
percentage ja			96%				98%	93%
vergelijking data rapportage met data uitlevering								
data veranderd	nee	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
absolute verschil indicatorwaarde	-	-0,09%	0,98%	-1,41%	-0,31%	-1,38%	-0,14%	-0,49%

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 – Percentage nabloedingen

Operationalisatie: Percentage nabloedingen, waarvoor een heroperatie nodig is, binnen 14 dagen na de ingreep.

Teller: Aantal patiënten bij wie een (adeno) tonsillectomie heeft plaatsgevonden en die binnen 14 dagen na de ingreep een heroperatie moet ondergaan t.g.v. nabloeding.

Noemer: Totaal aantal patiënten die een (adeno) tonsillectomie heeft ondergaan

2.1.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over deze indicator.

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		1%	0%	4%	
Oranje		5%	3%	74%	
Groen		94%	97%	22%	

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:

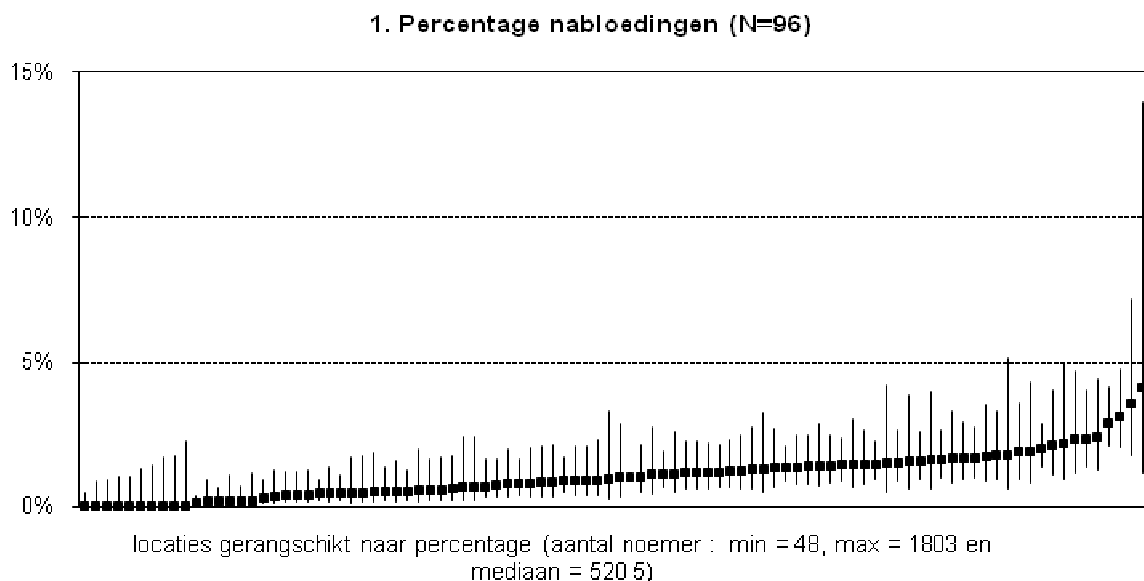
- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 1 – ‘Percentage nabloedingen’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie over de kwaliteit van zorg die is beoogd, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- Het percentage locaties dat een groene vlag krijgt voor **betrouwbaarheid van het registratieproces** is 94% voor de teller en 97% voor de noemer; zowel de teller als de noemer krijgen hierdoor een groene overall signaalvlag voor deze dimensie. 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). De gegevens van de noemer zijn bij alle locaties gebaseerd op een volledige telling; van alle locaties antwoordt 98% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld (zie bijlage C). Eveneens heeft 98% van de locaties de gegevens van deze indicator (zowel teller als noemer) laten autoriseren door een medisch specialist.

- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die minder dan 5% is, is de eis voor een groene vlag voor statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid dat de noemers uit ten minste 800 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 slechts voor 22% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarde per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde overal 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:

- Alle indicatorscores onder de 5% zijn, met een gemiddelde score van 1%.
- De indicatorscores zich beperken tot de range 0% tot 4,1%.
- Bij 10% (10/96) van alle locaties geen heroperatie ten gevolge van nabloeding heeft plaatsgevonden binnen 14 dagen na de ingreep (score van 0%).
- Het totaal aantal patiënten dat een (adeno)tonsillectomie heeft ondergaan is 58.429 (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 (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en die binnen 14 dagen na de ingreep een heroperatie moet ondergaan t.g.v. nabloeding is 592 (som van alle tellers).

2.2. Indicator 2 – Aanwezigheid poliklinisch preoperatief spreekuur voor (adeno)tonsillectomie patiënten (en ouders/verzorgers)

Operationalisatie: Percentage patiënten dat gepland staat voor een (adeno)tonsillectomie operatie en daarvoor pre-operatief beoordeeld wordt op een anesthesiologische polikliniek.

Teller: Het aantal geopereerde (adeno)tonsillectomie patiënten dat op een anesthesiologische polikliniek preoperatief beoordeeld is.

Noemer: Het totaal aantal geopereerde (adeno)tonsillectomie patiënten

2.2.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over deze indicator.

2.2.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.2. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 2					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	oranje	groen	groen	groen
Rood		3%	0%	0%	
Oranje		26%	5%	4%	
Groen		71%	95%	96%	

Bovenstaande tabel laat zien:

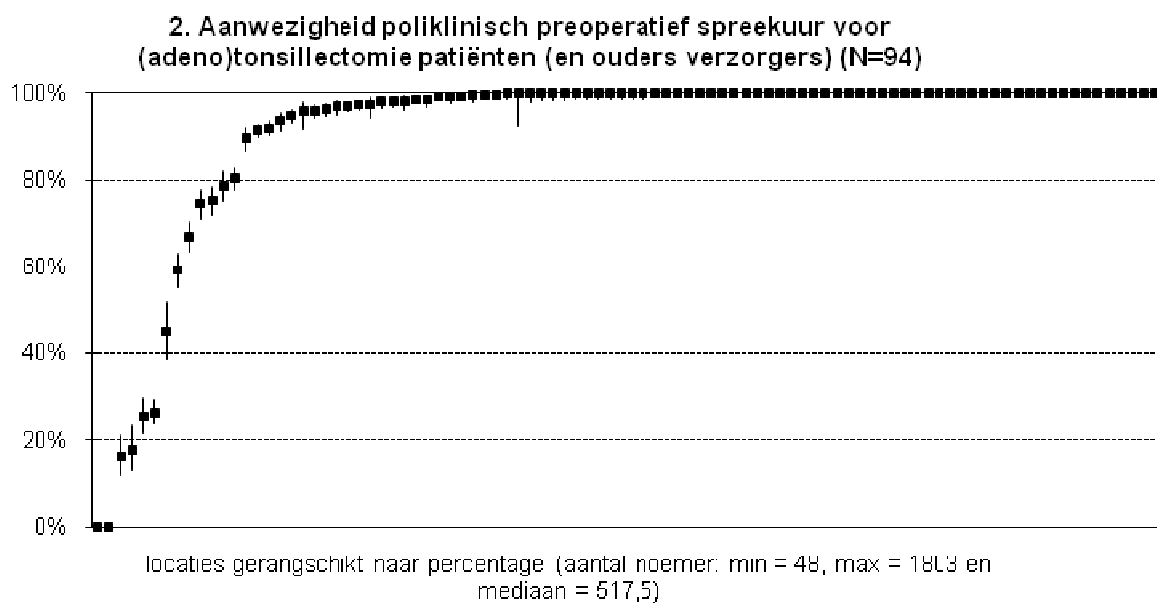
- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 2 – ‘Aanwezigheid preoperatief spreekuur’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie over de kwaliteit van zorg die is beoogd, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- Het percentage locaties dat een groene vlag krijgt voor **betrouwbaarheid van het registratieproces** is 71% voor de teller en 95% voor de noemer; hiermee krijgt de teller een oranje overall signaalvlag en de noemer een groene overall signaalvlag voor deze dimensie. Dit betekent voor de noemer dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. Voor de teller wordt slechts ten dele aan deze belangrijke voorwaarden voldaan. 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 74% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld en 99% van de locaties heeft de gegevens van de noemer gebaseerd op een volledige telling. 98% van de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een groene signaalvlag. De nauwkeurigheid van de individuele datapunten is over het algemeen groot (kleine betrouwbaarheidsintervallen). Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen 5 en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistisch 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 96% van de locaties. Voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarde

per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde overall alle ziekenhuizen op basis van deze indicator met elkaar te vergelijken. Op statistische gronden is een zinnige vergelijking tussen de waarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde waarde dan ook mogelijk.

- De groene vlag onder **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.

2.2.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores in redelijke mate variëren, met waarden over vrijwel de gehele range, maar dat lagere scores relatief ondervertegenwoordigd zijn ten opzichte van de hogere scores. Slechts 12 locaties scoren onder de 80%.
- Bij 60% (57/94) van de locaties alle geopereerde (adeno)tonsillectomie patiënten preoperatief beoordeeld zijn.
- Het totaal aantal (adeno)tonsillectomie patiënten dat is geopereerd is 57.062 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal geopereerde (adeno)tonsillectomie patiënten dat op een anesthesiologische polikliniek preoperatief is beoordeeld, is 52.360 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 92%.

2.3. Indicator 3 – Ouder/verzorger structureel aanwezig bij ontwaken

Operationalisatie: Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/ verzorgers om aanwezig te zijn tijdens het ontwaken op de verkoeverkamer?

2.3.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over deze indicator.

2.3.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.3. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

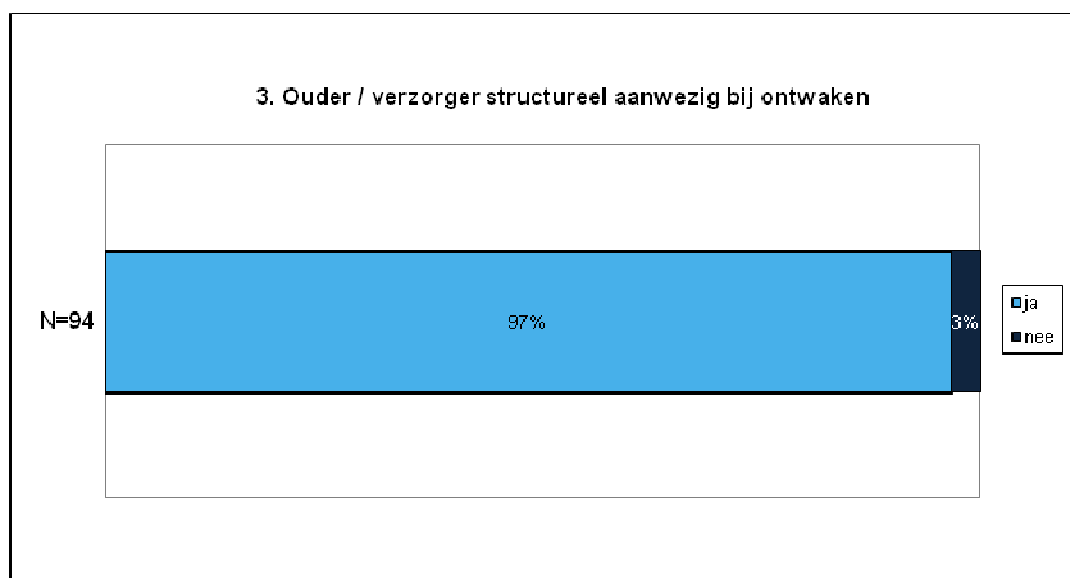
Zorginhoudelijke indicator 3					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen				groen

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 3 – ‘Ouder/verzorger structureel aanwezig bij ontwaken’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie over de kwaliteit van zorg die is beoogd, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- De groene vlag onder **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.

2.3.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat voor vrijwel alle locaties (97%) geldt dat de ouder/verzorger structureel aanwezig is bij het ontwaken.

2.4. Indicator 4a – Postoperatieve pijnmeting

Operationalisatie: Het percentage (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijn gemeten is met de VAS/NRS/VRS gedurende klinische opname.

Teller: Totaal aantal (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief.

Noemer: Totaal aantal klinisch behandelde (adeno)tonsillectomie patiënten.

2.4.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over deze indicator.

2.4.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.4. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 4a					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	oranje	groen	oranje	oranje
Rood		3%	0%	12%	
Oranje		29%	4%	63%	
Groen		68%	96%	25%	

Bovenstaande tabel laat zien:

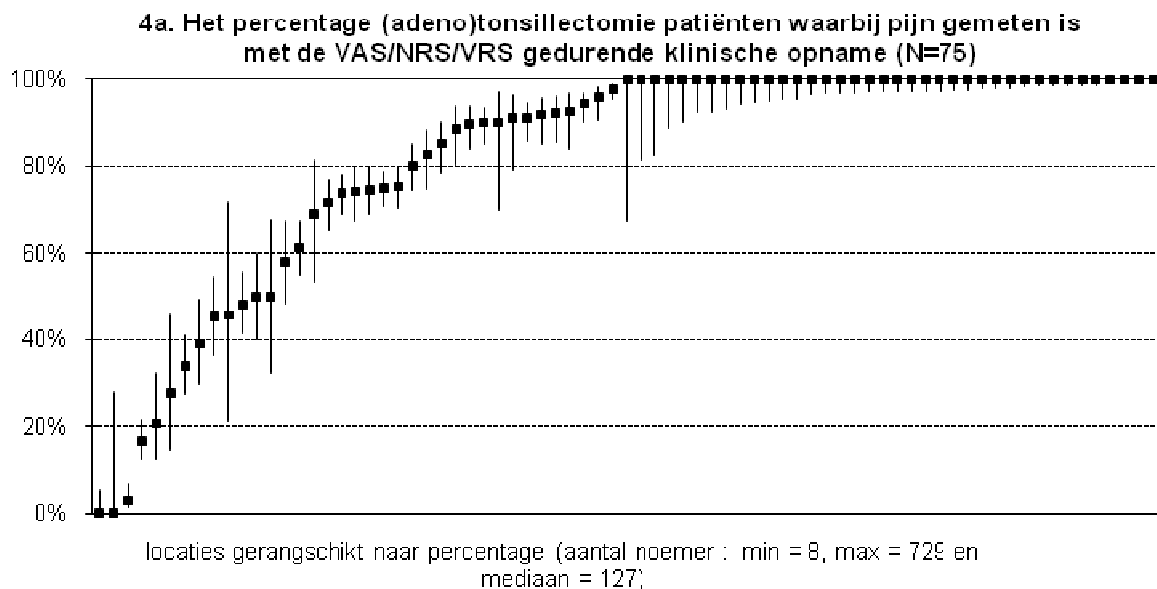
- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 4a – ‘Postoperatieve pijnmeting’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie over de kwaliteit van zorg die is beoogd, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- Het percentage locaties dat een groene vlag krijgt voor **betrouwbaarheid van het registratieproces** is 68% voor de teller en 96% voor de noemer; hiermee krijgt de teller een oranje overall signaalvlag en de noemer een groene overall signaalvlag voor deze dimensie. Dit betekent voor de noemer dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. Voor de teller wordt slechts ten dele aan deze belangrijke voorwaarden voldaan. 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 71% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld en 97% van de locaties heeft de gegevens van de noemer gebaseerd op een volledige telling. Alle locaties hebben de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen 5 en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistisch 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 25% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarde per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde overal 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 oranje vlag onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er mogelijk factoren zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden, maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar mogelijk deels door verklaard worden (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, de verrichtingenregistratie en het pijnmetingssysteem.
- **Waarschuwing:** Gegeven het grote aandeel oranje signaalvlaggen, is het 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 registratieproblemen of op onvoldoende waarnemingen voor een statistisch betrouwbare waarneming.

2.4.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores in aanzienlijk variëren, met waarden over vrijwel de gehele range.
- Bij 51% (38/75) van de locaties bij alle geopereerde (adeno)tonsillectomie patiënten pijn gemeten is met de VAS/NRS/VRS gedurende klinische opname.
- Het totaal aantal klinisch behandelde (adeno)tonsillectomie patiënten 11.611 is (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het totaal aantal (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis is 9.904 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 85%.

2.5. Indicator 4b – Postoperatieve pijnmeting

Operationalisatie: Het 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

Teller: Het aantal patiënten met een pijnintensiteitsmeting >7 tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief gemeten met de NRS, VAS

Noemer: Totaal aantal patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief

2.5.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over deze indicator.

2.5.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.5. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 4b					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	groen	groen	oranje	oranje
Rood		2%	0%	17%	
Oranje		20%	14%	66%	
Groen		78%	86%	17%	

Bovenstaande tabel laat zien:

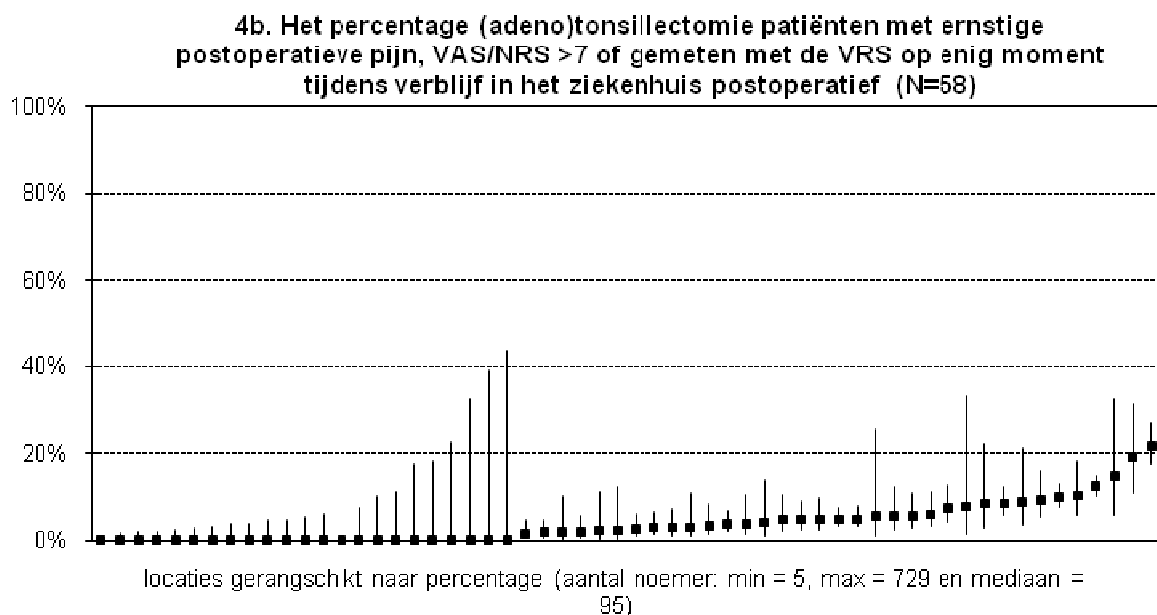
- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 4b – ‘Postoperatieve pijnmeting’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie over de kwaliteit van zorg die is beoogd, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- Het percentage locaties dat een groene vlag krijgt voor **betrouwbaarheid van het registratieproces** is 78% voor de teller en 86% voor de noemer; hiermee krijgen zowel de teller als de noemer een groene overall signaalvlag voor deze dimensie. 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 79% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld en 88% van de locaties heeft de gegevens van de noemer gebaseerd op een volledige telling. Alle locaties hebben de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen 5 en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistisch 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 slechts voor 17% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarde per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde overal 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 oranje vlag onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er mogelijk factoren zijn 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).
- 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, de verrichtingenregistratie en het pijnmetingssysteem.
- **Waarschuwing:** Gegeven de oranje signaalvlag voor de statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid en voor de populatievergelijkbaarheid moeten gebruikers genuanceerd met de gegevens van deze indicator omgaan, specifiek bij vergelijking tussen ziekenhuizen.

2.5.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores in beperkte mate variëren, met waarden tussen 0% en ruim 20%.
- Bij 40% (23/58) van de locaties bij geen van de patiënten waarbij de pijnintensiteit eens per 8 uur is gemeten tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief, een ernstige postoperatieve pijn van >7 gemeten is met de VAS/NRS.
- Het totaal aantal patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief is 7.576 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal patiënten met een pijnintensiteitsmeting >7 tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief gemeten met de NRS, VAS is 404 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 5,3%.

2.6. Indicator 4c – Postoperatieve pijnmeting

Operationalisatie: Het percentage patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om navraag te doen naar pijnintensiteit

Teller: Aantal patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om o.a. navraag te doen naar pijnintensiteit

Noemer: Totaal aantal patiënten in dagbehandeling, dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan

2.6.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over deze indicator.

2.6.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.6. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 4c					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	oranje	groen	groen	oranje
Rood		6%	0%	1%	
Oranje		51%	10%	17%	
Groen		44%	90%	82%	

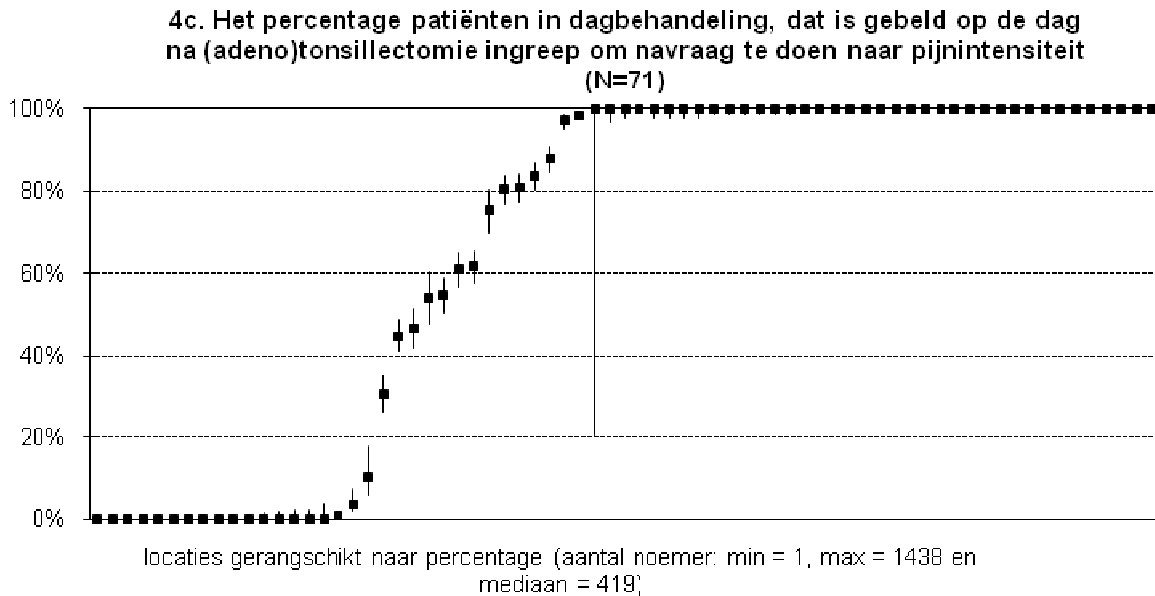
Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 4c – ‘Postoperatieve pijnmeting’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie over de kwaliteit van zorg die is beoogd, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- Het percentage locaties dat een groene vlag krijgt voor **betrouwbaarheid van het registratieproces** is 44% voor de teller en 90% voor de noemer; hiermee krijgt de teller een oranje overall signaalvlag en de noemer een groene overall signaalvlag voor deze dimensie. Dit betekent voor de noemer dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. Voor de teller wordt slechts ten dele aan deze belangrijke voorwaarden voldaan. 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 49% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld en 96% van de locaties heeft de gegevens van de noemer gebaseerd op een volledige telling. 97% van de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een groene signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen 5 en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistisch 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 82% van de locaties. Voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarde per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde overal alle ziekenhuizen op basis van deze indicator met elkaar te vergelijken. Op statistische gronden is een zinnige vergelijking tussen de waarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde waarde dan ook mogelijk.
- De oranje vlag onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er mogelijk factoren zijn 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).
- 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. Voor de teller geldt echter dat ook een groot deel van de gegevens afkomstig zijn uit andere bronnen, waaronder de papieren (poli)klinische status.

2.6.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores sterk variëren, met waarden over de gehele range.
- Opvallend is dat er zowel veel locaties zijn met de waarde 0% (23% van de locaties – 16/71) als locaties met de waarde 100% (54% van de locaties – 38/71).
- Het totaal aantal patiënten in dagbehandeling, dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan is 32.382 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt zeer ver uit elkaar. Het zeer grote betrouwbaarheidsinterval bij een van de locaties wordt veroorzaakt doordat de noemer de waarde 1 heeft. Het aantal patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om o.a. navraag te doen naar pijnintensiteit is 22.758.
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 70%.

2.7. Indicator 5a – Tijd tussen besluit ingreep (adeno)tonsillectomie en moment van ingreep

Operationalisatie: Hebben patiënten de mogelijkheid om binnen 6 weken vanaf besluit tot ingreep een (adeno)tonsillectomie ingreep te ondergaan in dagbehandeling?

2.7.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

De formulering van de indicator was niet helder, er bestond bij een enkel ziekenhuis twijfel of de indicator vraagt of de mogelijkheid er is om binnen 6 of 7 weken de behandeling te ondergaan. Bij deze indicator gaat het er om in hoeverre de Treeknorm wordt gehanteerd door een ziekenhuis.

2.7.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.7. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

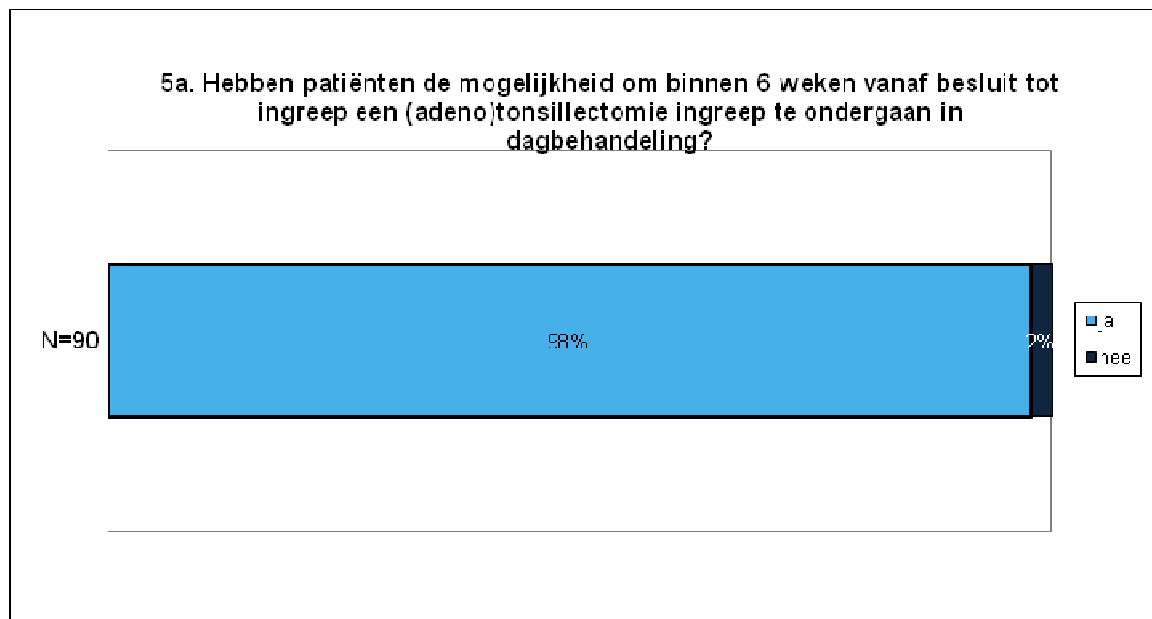
Zorginhoudelijke indicator 5a					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen				groen

Bovenstaande tabel laat zien:

- Op basis van de expertopinie van de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 5a – ‘Tijd tussen besluit ingreep (adeno)tonsillectomie en moment van ingreep’ iets zegt over de kwaliteit van zorg, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- De groene vlag onder **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.

2.7.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat voor vrijwel alle locaties (98%) geldt dat patiënten de mogelijkheid hebben om binnen 6 weken vanaf besluit tot ingreep een (adeno)tonsillectomie ingreep te ondergaan in dagbehandeling.

2.8. Indicator 5b – Tijd tussen besluit ingreep (adeno)tonsillectomie en moment van ingreep

Operationalisatie: Hebben patiënten de mogelijkheid om binnen 7 weken vanaf besluit tot ingreep een klinische (adeno)tonsillectomie ingreep te ondergaan?

2.8.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

De formulering van de indicator was niet helder, er bestond bij een enkel ziekenhuis twijfel of de indicator vraagt of de mogelijkheid er is om binnen 6 of 7 weken de behandeling te ondergaan. Bij deze indicator gaat het er om in hoeverre de Treeknorm wordt gehanteerd door een ziekenhuis.

2.8.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.8. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

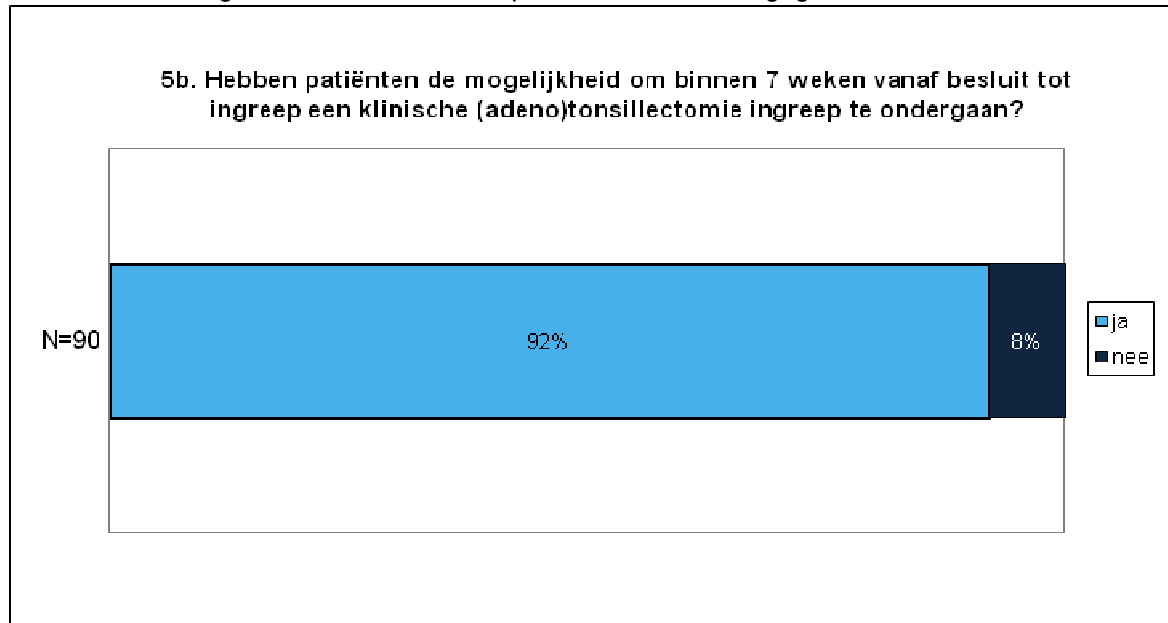
Zorginhoudelijke indicator 5b					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen				groen

Bovenstaande tabel laat zien:

- Op basis van de expertopinie van de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 5b – ‘Tijd tussen besluit ingreep (adeno)tonsillectomie en moment van ingreep’ iets zegt over de kwaliteit van zorg, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- De groene vlag onder **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.

2.8.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat voor vrijwel alle locaties (92%) geldt dat patiënten de mogelijkheid hebben om binnen 7 weken vanaf besluit tot ingreep een klinische (adeno)tonsillectomie ingreep te ondergaan.

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 registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	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.

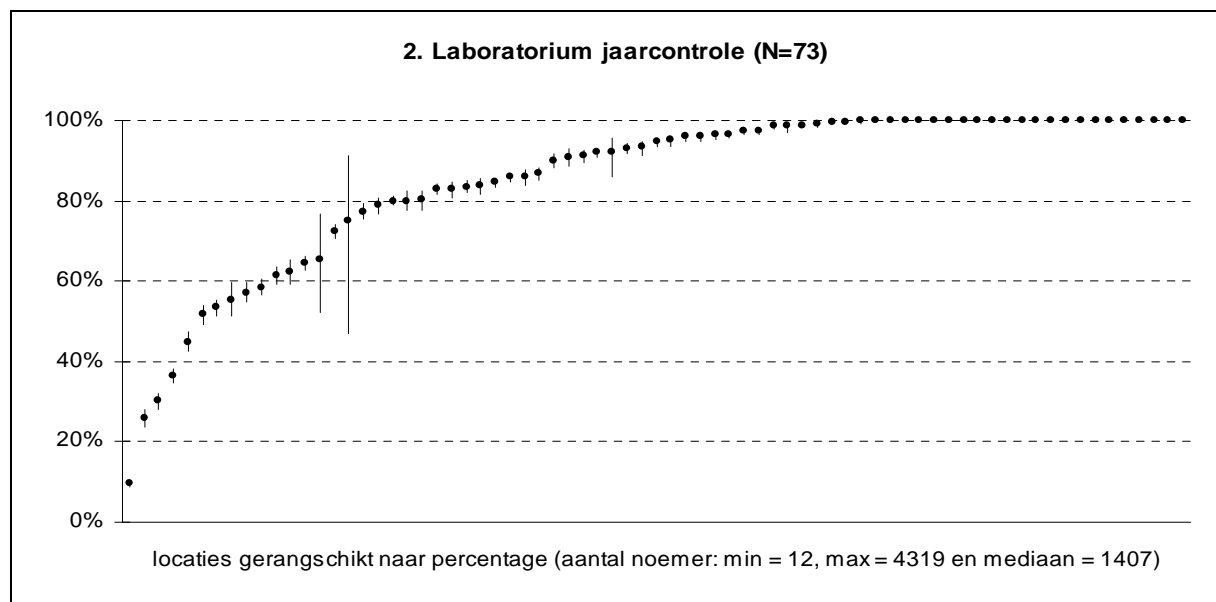
Kwalitatieve zorginhoudelijke indicatoren

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.



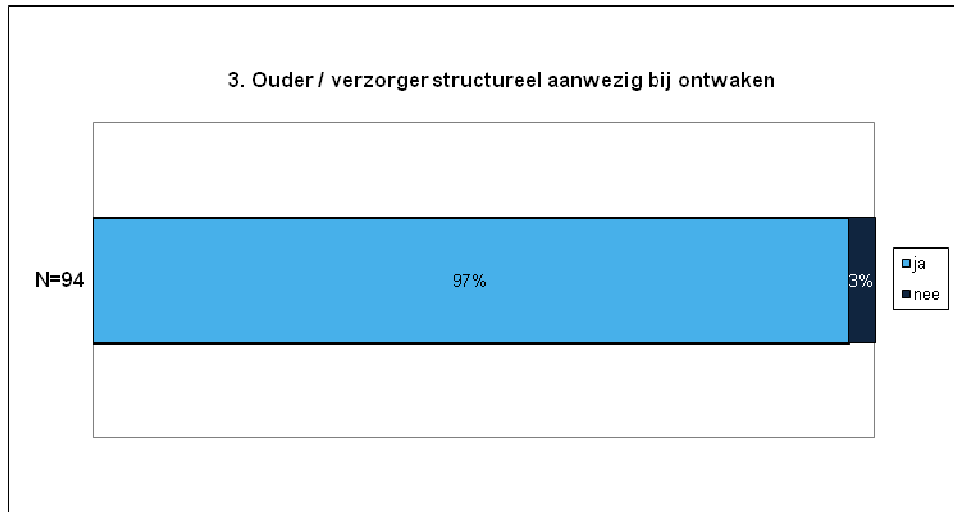
Boven de figuur staat in de titel (die beschrijft welke indicator het betreft) de N tussen haakjes weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd voor zowel de teller als de noemer.

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.

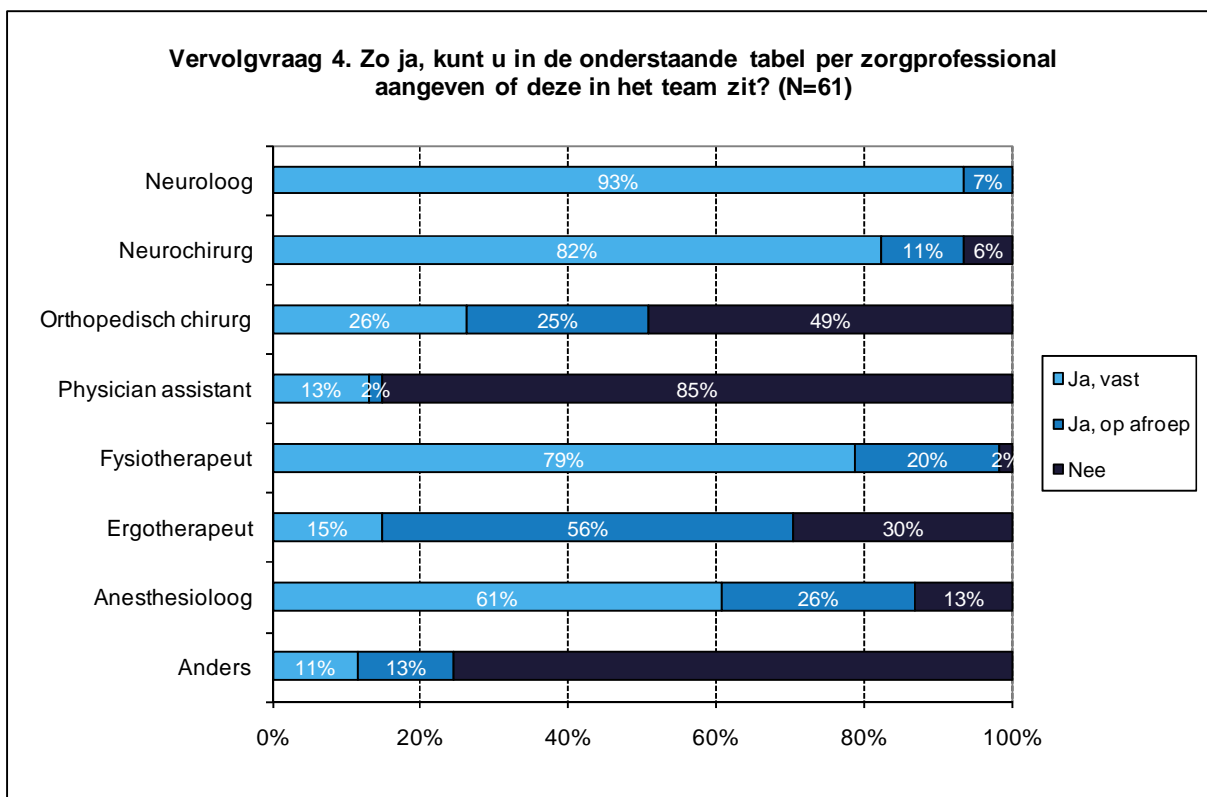
3. Reepplot

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.

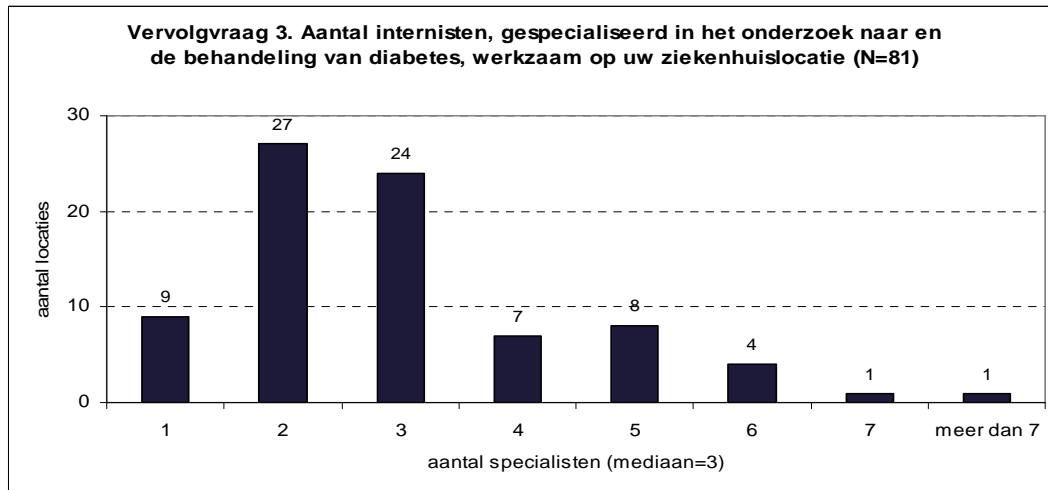


Het percentage geeft (in dit geval) aan in welk deel van de ziekenhuislocaties een bepaalde zorgprofessional in het multidisciplinair team zit (vast of op afroep). Als vanzelfsprekend kunnen meerdere deskundigen op een ziekenhuislocatie in het team zitten.

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.



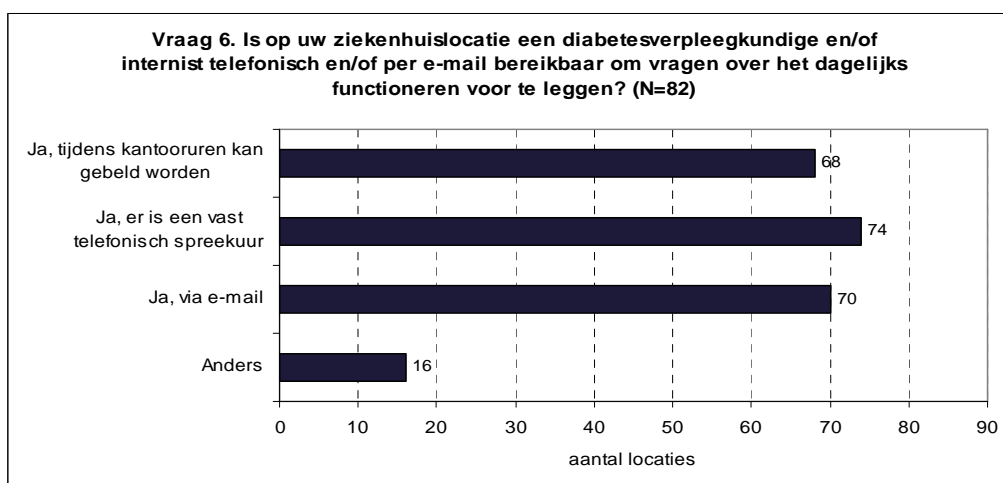
In dit voorbeeld wordt weergegeven hoeveel locaties er 1, 2, etc. internisten werkzaam heeft op de locatie, gespecialiseerd in onderzoek naar en behandeling van diabetes.

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 aangepast². 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).³

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
Betrouwbaarheid van het registratieproces Verantwoordelijkheid	Rood	Alle ziekenhuizen bezien, zijn er vraagtekens te zetten bij de inrichting van het registratieproces.
	Oranje	Alle ziekenhuizen bezien, wordt ten dele aan belangrijke

² 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.

³ 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.

ziekenhuis		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 tabellen geven 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	96	98%			2%	
gegevensgebruik	96	89%			11%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	96	98%	2%	96	100%	0%
verslagjaar	96	100%	0%	96	100%	0%
populatievaststelling	96	97%	3%	96	99%	1%
indicatorwaarde bepaling	96	96%	4%	96	98%	2%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten waaraan de percentages zijn gebaseerd						

2. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	94	98%			2%	
gegevensgebruik	94	87%			13%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	94	74%	26%	94	99%	1%
verslagjaar	94	100%	0%	94	100%	0%
populatievaststelling	94	96%	4%	94	99%	1%
indicatorwaarde bepaling	94	94%	6%	94	97%	3%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten waaraan de percentages zijn gebaseerd						

4a. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	74	100%			0%	
gegevensgebruik	74	92%			8%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	75	71%	29%	74	97%	3%
verslagjaar	75	96%	4%	75	99%	1%
populatievaststelling	75	91%	9%	74	97%	3%
indicatorwaarde bepaling	75	93%	7%	74	97%	3%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten waaraan de percentages zijn gebaseerd						

4b. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	58	100%			0%	
gegevensgebruik	58	93%			7%	
Deelindicator		Teller			Noemer	
gegevensverzameling	58	79%	21%	58	88%	12%
verslagjaar	58	98%	2%	58	98%	2%
populatievaststelling	58	93%	7%	58	97%	3%
indicatorwaarde bepaling	58	95%	5%	58	97%	3%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameli' ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten w aarop de percentages zijn gebaseerd						

4c. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	71	97%			3%	
gegevensgebruik	71	89%			11%	
Deelindicator		Teller			Noemer	
gegevensverzameling	71	49%	51%	71	96%	4%
verslagjaar	71	99%	1%	71	100%	0%
populatievaststelling	71	86%	14%	71	97%	3%
indicatorwaarde bepaling	71	90%	10%	71	96%	4%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameli' ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten w aarop de percentages zijn gebaseerd						

Bijlage D Brongebruik

Onderstaande tabellen geven 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 (poli)klinische status	pijn-metings systeem	opname planning	papieren (poli)klinische status	anders
T	80	77	14	3	2	12	22
N	88	79	3	0	3	4	2

2. Brongegevens							
Teller / Noemer	Bron						
	DBC-registratie	elektronisch verrichtingen (poli)klinische registratie	elektronisch (poli)klinische status	pijn- metingssysteem	opname planning	papieren (poli)klinische status	anders
T	74	70	8	0	9	8	16
N	87	77	3	0	3	2	5

4a. Brongegevens								
Teller / Noemer	Bron							
	elektronisch verrichtingen (poli)klinische				pijn- metingsysteem opname planning		papieren (poli)klinische	
	DBC-registratie	registratie	status	metingsysteem	opname planning	status	anders	
T	39	39	10	37	1	8	17	
N	62	56	4	10	1	4	2	

4b. Brongegevens								
Teller / Noemer	Bron							
	elektronisch verrichtingen (poli)klinische				pijn- metingsysteem opname planning		papieren (poli)klinische	
	DBC-registratie	registratie	status	metingsysteem	opname planning	status	anders	
T	28	27	6	33	0	9	10	
N	38	31	3	24	0	7	5	

4c. Brongegevens								
Teller / Noemer	Bron							
	elektronisch verrichtingen (poli)klinische				pijn- metingsysteem opname planning		papieren (poli)klinische	
	DBC-registratie	registratie	status	metingsysteem	opname planning	status	anders	
T	31	30	7	9	1	10	33	
N	61	51	1	3	2	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). Tijdens deze schoning zijn 209 schoningsvragen gesteld, aan 90 van de 96 ziekenhuislocaties. De meeste schoningsvragen zijn gesteld over indicator 2 (de aanwezigheid poliklinisch preoperatief spreekuur voor (adeno)tonsillectomie patiënten (en ouders/verzorger). De reden hiervoor is dat een groot aantal ziekenhuizen (65 van de 96) een score van 100% heeft. Deze waarde is tijdens de schoning standaard teruggekoppeld aan de ziekenhuizen als opvallende waarde.

Toelichting bij tabel E.1

- *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.1 Aantal 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
Zorginhoudelijke indicatoren							
1. Percentage nabloedingen							
Indicator 1	Percentage nabloedingen, waarvoor een heroperatie nodig is, binnen 14 dagen na de ingreep.	Teller/noemer	15	15	1	teller = 0; noemer = 0 noemer = 0; indicatorwaarde = 3	11
2. Aanwezigheid poliklinisch preoperatief spreekuur voor (adeno)tonsillectomie patiënten (en ouders/verzorgers)							
Indicator 2	Percentage patiënten dat gepland staat voor een (adeno)tonsillectomie operatie en daarvoor pre-operatief beoordeeld wordt op een anesthesiologische polikliniek.	Teller/noemer	65	65	Nvt	teller = 0; noemer = 0 noemer = 0; indicatorwaarde = 0	65
3. Ouder/verzorger structureel aanwezig bij ontwaken							
Indicator 3	Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/ verzorgers om aanwezig te zijn tijdens het ontwaken op de verkoeverkamer?	Ja/Nee	Nvt	Nvt	Nvt	Nvt	Nvt
4. Postoperatieve pijnmeting							
Indicator 4a	Het percentage (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijn gemeten is met de VAS/NRS/VRS gedurende klinische opname. Het meetinstrument moet numeriek zijn of omgezet kunnen worden in numerieke maten. Hiervoor zijn de VAS (Visual Analog Scale) en/of de NRS (Numeric Rating Scale) en de VRS (Verbal Rating Scale) goede instrumenten.	Teller/noemer	46	48	9	teller = 0; noemer = 0 noemer = 3; indicatorwaarde = 0	36
Indicator 4b	Het 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.	Teller/noemer	26	26	Nvt	teller = 0; noemer = 0 noemer = 2; indicatorwaarde = 3	21
Indicator 4c	Het percentage patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om navraag te doen naar pijnintensiteit.	Teller/noemer	55	55	Nvt	teller = 0; noemer = 0 noemer = 0; indicatorwaarde = 0	55
5. Tijd tussen besluit ingreep (adeno)tonsillectomie en moment van ingreep							
Indicator 5a	Hebben patiënten de mogelijkheid om binnen 6 weken vanaf besluit tot ingreep een (adeno)tonsillectomie ingreep te ondergaan in dagbehandeling?	Ja/Nee	0	0	0	Nvt	Nvt
Indicator 5b	Hebben patiënten de mogelijkheid om binnen 7 weken vanaf besluit tot ingreep een klinische	Ja/Nee	0	0	0	Nvt	Nvt