



Kwaliteit van Zorg inzichtelijk: Mammacarcinoom

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	4
Algemeen	4
Overzicht indicatorwaarden zorginhoudelijke indicatoren (ZI).....	4
Overzicht antwoorden klantpreferentievragen (KP).....	5
Tot slot.....	6
1. INLEIDING.....	7
<i>Doelgroep</i>	7
<i>Proces</i>	7
<i>Leeswijzer</i>	8
<i>Aanvullende informatie op de website</i>	8
Bijsluiter bij het gebruik van de gegevens.....	9
<i>Zeggingskracht</i>	9
<i>Vergelijking in de tijd</i>	9
<i>Tot slot</i>	9
Rectificatie	10
2. ZORGINHOUDELIJKE INDICATOREN	11
2.1. Indicator 1 - Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling	11
2.1.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	11
2.1.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	12
2.1.3. <i>Waarden</i>	13
2.2. Indicator 2 – Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap/vakgroep heelkunde ...	13
2.2.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	13
2.2.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	14
2.2.3. <i>Waarden</i>	14
2.3. Indicator 3 – Percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag geopereerd zijn (inclusief directe reconstructie)	15
2.3.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	15
2.3.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	15
2.3.3. <i>Waarden</i>	16
2.4. Indicator 4a - Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende therapie	18
2.4.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	18
2.4.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	18
2.3.3. <i>Waarden</i>	19
2.5. Indicator 4b - Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve therapie	19
2.5.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	20
2.5.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	20
2.5.3. <i>Waarden</i>	21
3. KLANTPREFERENTIE VRAGEN.....	22
3.1 Klantpreferentievraag 1	22

3.2 Klantpreferentievraag 2.....	23
3.3 Klantpreferentievraag 3.....	24
3.4 Klantpreferentievraag 4.....	25
3.5 Klantpreferentievraag 5.....	26
3.6 Klantpreferentievraag 6.....	27
3.7 Klantpreferentievraag 7.....	28
3.8 Klantpreferentievraag 8.....	29
3.9 Klantpreferentievraag 9.....	32
3.10 Klantpreferentievraag 10.....	33
3.11 Klantpreferentievraag 11.....	33
BIJLAGE A TOELICHTING BIJ DE TABELLEN EN FIGUREN.....	36
1. Signaalvlaggentabel.....	36
2. Rupsplot.....	37
3. Reepplot.....	38
4. Histogram.....	39
BIJLAGE B TOELICHTING OP DE SIGNAALVLAGGENSYSTEMATIEK.....	40
1. Algemene toelichting.....	40
2. Signaalvlaggen beschikbaar op indicatorniveau	42
3. Aanvullende informatie	42
BIJLAGE C VERIFICATIEVRAGEN.....	43
BIJLAGE D BRONGEBRUIK	45
BIJLAGE E SCHONINGSVRAGEN.....	47

Samenvatting van de resultaten over verslagjaar 2009

Deze rapportage geeft voor de 4 (deel)indicatoren en 11 klantpreferentievragen van de indicatorenset Mammacarcinoom een landelijk beeld van de indicatorscores. Opgemerkt dient te worden dat er door een groot aantal ziekenhuislocaties als verslagjaar 01-07-2008 tot en met 30-06-2009 is gebruikt. Het stond ziekenhuislocaties vrij om te kiezen voor deze periode, die samenvalt met de registratie van de Nederlandse Kanker Registratie, of voor het verslagjaar 2009. 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 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 door het merendeel van de locaties gegevens aangeleverd.

Aantal locaties dat heeft aangeleverd per zorginhoudelijke indicator					
Zorginhoudelijke indicator	1	2	3	4a	4b
Aantal locaties	95	94	94	85	85

Aantal locaties dat heeft aangeleverd per klantpreferentievraag											
Klantpreferentievraag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Aantal locaties	91	88	92	92	92	92	92	92	91	92	92

Overzicht indicatorwaarden zorginhoudelijke indicatoren (ZI)

Onderstaande tabel bevat een samenvatting van de gevonden indicatorwaarden op de zorginhoudelijke indicatoren (ZI)¹. De zorginhoudelijke indicatoren vragen naar: 1) Irradicaliteit na eerste tumorexcisie; 2) Differentiatie mammacarcinoom binnen vakgroep heilkunde; 3) Percentage patiënten dat binnen 4 weken na definitieve uitslag geopereerd is; 4) Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar.

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.

ZI	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
	%	%	%	%		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
1	9	9	0	29	groen	groen	groen	oranje	groen
2	35	40	10	60	groen				groen
3	88	92	51	100	groen	groen	groen	oranje	groen
4a	2	2	0	9	groen	groen	groen	rood	groen
4b	3	3	0	11	groen	groen	groen	rood	groen

De uitkomsten laten, behalve voor indicator 4a en 4b, uiteenlopende waarden zien, wat betekent dat er verschillen zijn waar te nemen tussen de verschillende locaties.

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

De signaalvlag voor statistische betrouwbaarheid voor vergelijking is voor twee indicatoren oranje en voor drie indicatoren rood. Een belangrijke reden voor deze oranje of rode signaalvlaggen is het beperkte aantal waarnemingen in de noemer (zie toelichting bijlage C). Voor de indicatoren met oranje signaalvlag betekent dit dat, alle ziekenhuizen bezien, een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijk gemiddelde vraagt om een genuanceerd oordeel; voor de indicatoren met een rode signaalvlag is een zinnige vergelijking niet mogelijk.

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

De indicatorwerkgroep heeft op de dimensies validiteit en populatievergelijkbaarheid een groene signaalvlag toegekend aan alle indicatoren. Dit betekent dat de indicatoren de informatie die is beoogd over de kwaliteit van zorg meet en dat er geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden, maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator.

Overzicht antwoorden klantpreferentievragen (KP)

Onderstaande opsomming vat de antwoorden op de klantpreferentievragen samen.

Het blijkt dat:

- Er minimaal 39 en maximaal 3876 patiënten zijn gediagnosticeerd op de ziekenhuislocaties; het mediane aantal gediagnosticeerde patiënten is 140 (KP 1).
- Er minimaal 39 en maximaal 388 mammaoperaties zijn uitgevoerd, met een mediaan aantal van 152 (KP 2).
- Het merendeel van de ziekenhuislocaties op eigen locatie over de genoemde voorzieningen beschikt, dan wel gebruik kan maken van faciliteiten elders (KP 3).
- De genoemde diagnostische onderzoeken bij de meeste ziekenhuislocaties op de eerste dag kunnen plaatsvinden, met uitzondering van een cytologische punctie. Bij de meeste locaties volgt voor een lichamelijk onderzoek op dezelfde dag ook de mededeling van de uitslag aan de patiënten (KP 4).
- In bijna alle ziekenhuislocaties is er een coördinatie en afstemming tussen de verschillende behandelaars geregeld via een mammacareverpleegkundige (KP 5).
- In bijna alle ziekenhuislocaties kan worden meegedaan aan klinische trials (KP 6).
- Alle ziekenhuislocaties begeleiden hun patiënten zowel preoperatief als postoperatief door een mammacare verpleegkundige (KP 7).
- Alle ziekenhuislocaties hebben één duidelijk aanspreekpunt voor de patiënten (KP 8).
- Er is een sterk wisselend beeld voor de aangeboden hulpprogramma's (KP 9).

- Er is een sterk wisselend beeld voor de aangeboden voorzieningen (KP 10).
- Alle ziekenhuislocaties bieden de mogelijkheid tot psychosociale ondersteuning (KP 11).

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 of rode 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 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 aanpak. 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 Mammacarcinoom. 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 aanpak 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.

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 "Tijdspanne 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.

Indicatorset 'Mammacarcinoom'

	Zorginhoudelijke indicator				
	1	2	3	4a	4b
data rapportage					
N	95	94	94	84	84
gemiddelde indicatorwaarde	9%	35%	88%	2%	3%
data uitlevering					
N	95	95	95	89	90
gemiddelde indicatorwaarde	9%	35%	88%	2%	3%
vergelijking data rapportage met data uitlevering					
data veranderd	nee	ja	ja	ja	ja
absolute verschil indicatorwaarde	-	0,01%	-0,08%	0,03%	0,09%

	Klantpreferentievraag															
	1	2	3	4	5	6	7	8a-8c	8c11-8c12	8c21-8c22	9a-9c	9d	10a-10c	10d	11a-11e	11f
data rapportage																
N	91	88	92	92	92	92	92	92	61	36	91	1	92	0	92	27
data uitlevering																
N	94	91	95	95	95	95	95	95	64	37	94	1	95	0	95	28
vergelijking data rapportage met data uitlevering																
data veranderd	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja	nee	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.

Waarschuwing. Opgemerkt dient te worden dat er door een groot aantal ziekenhuislocaties als verslagjaar 01-07-2008 tot en met 30-06-2009 is gebruikt. Het stond ziekenhuislocaties vrij om te kiezen voor deze periode, die samenvalt met de registratie van de Nederlandse Kanker Registratie, of voor het verslagjaar 2009.

2.1. Indicator 1 - Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling

Operationalisatie: Percentage patiënten met irradicaliteit na eerste (borstsparende) excisie van een primair mamma carcinoom.

Teller: Aantal patiënten met irradicaliteit na eerste borstsparende excisie van een primair mamma carcinoom.

Noemer: Aantal patiënten dat een eerste borstsparende excisie van een primair mamma carcinoom heeft ondergaan.

2.1.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er was verwarring over de operationalisatie en de in- en exclusiecriteria. Bij de operationalisatie gaat het om een primair mamma carcinoom, invasief of ductaal carcinoma in situ. Bij de in/exclusiecriteria gaat het om een ductaal carcinoma in situ.

De variabele M5 komt niet overeen met de definitie zoals in deze in de factsheet staat. De definitie spreekt van irradicaal indien er tumor in het snijvlak meer dan focaal is. De variabele M5 spreekt van Tumor radicaal verwijderd. Dit moet zijn 'geen tumorrest 'meer dan focaal' na de eerste excisie.

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%	5%	
Oranje		5%	4%	93%	
Groen		95%	96%	2%	

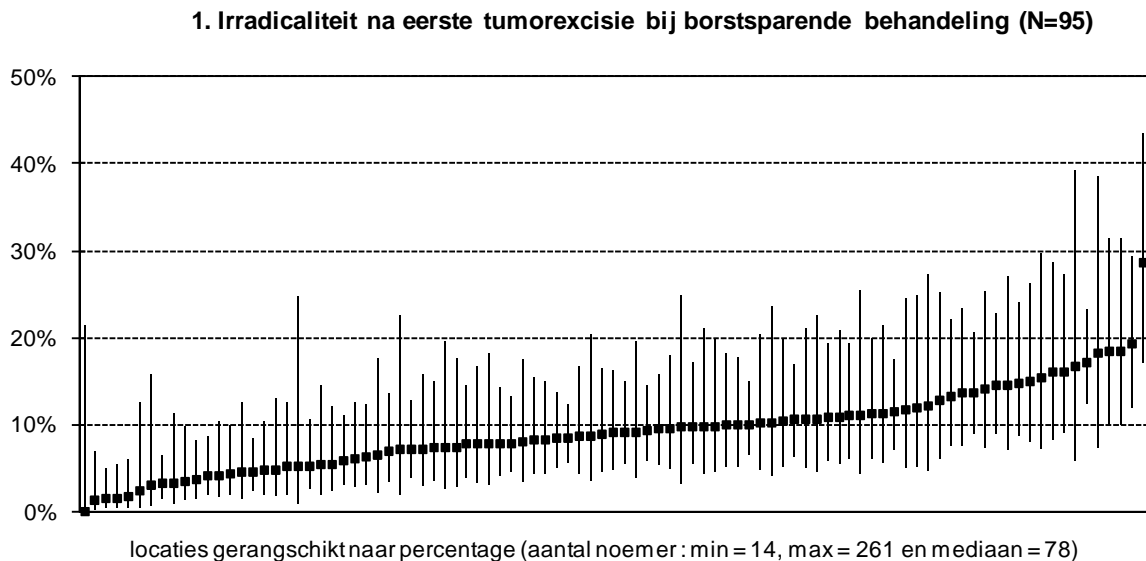
Zie voor de toestandkoming van de signaalvlaggen de algemene inleiding bij deze rapportage (www.zichtbarezorg.nl)
 Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage C.

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 1 – ‘Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie die beoogd is 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 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 (zie bijlage C). 99% van de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistische 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 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 slechts voor 2% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarde 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: Nederlandse Kankerregistratie (NKR), lokale databases, DBC registratie en verrichtingen registratie.

2.1.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores in redelijke mate variëren, waarbij vrijwel alle locaties een score hebben die lager is dan 20%. Er is een uitschieter te zien met een waarde van 29%.
- Het totaal aantal patiënten dat een borstbesparende excisie ondergaat, is 8.176 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal patiënten met irradicaliteit, is 702 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 9%.

2.2. Indicator 2 – Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap/vakgroep heelkunde

Operationalisatie: Percentage leden van de maatschap/vakgroep heelkunde dat zich bezig houdt met de chirurgische behandeling van het mammacarcinoom.

Teller: Aantal chirurgen binnen de maatschap/vakgroep dat zich bezig houdt met de chirurgische behandeling van mammacarcinoom.

Noemer: Totaal aantal chirurgen in de maatschap/vakgroep.

2.2.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Bij de bepaling van het aantal chirurgen in de maatschap/vakgroep is niet duidelijk aangegeven of het betreft: het aantal op een bepaalde peildatum, het gemiddelde aantal chirurgen, het bruto aantal chirurgen. Door deze onduidelijkheid kunnen ziekenhuizen de indicator op een verschillende manier geïnterpreteerd hebben. Aan de indicator wordt een peildatum toegevoegd.

2.2.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.2. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

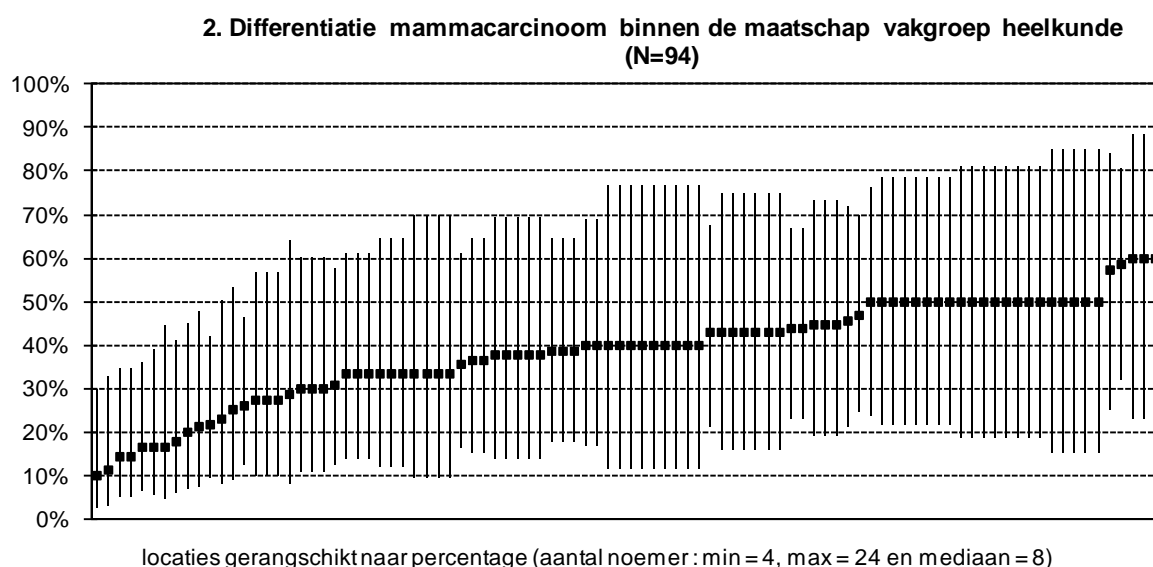
Zorginhoudelijke indicator 2					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen				groen

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 2 – ‘Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap/vakgroep heekunde’ 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 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, verrichtingenregistratie, lokale databases en ‘anders’.

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, waarbij alle ziekenhuizen een score hebben tussen de 10% en 60%.

- Het aantal chirurgen in de vakgroep is 910 (som van alle noemers). Het aantal chirurgen in de vakgroep dat zich bezighoudt met mammacarcinoom, is 316 (som van alle tellers).
- Het gewogen gemiddelde percentage over alle locaties is 35%.

2.3. Indicator 3 – Percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag geopereerd zijn (inclusief directe reconstructie)

Operationalisatie: Percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag (van cytologisch punctaat dan wel histologisch dikke naaldbiopsie) geopereerd zijn.

Teller: Aantal patiënten met nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom dat 4 weken na de PA-uitslag geopereerd is (inclusief directe reconstructie).

Noemer: Totaal aantal patiënten met als primaire behandeling een operatie voor een mammacarcinoom (inclusief directe reconstructie).

2.3.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Het was niet duidelijk of patiënten die primair voor een andere behandeling in aanmerking komen tot de in- of exclusiecriteria behoorden. Het betreft een exclusie criterium.

In de aanlevering van de data wordt de mogelijkheid geboden om gegevens van de kankerregistratie te gebruiken. Daarbij is niet helder aangegeven dat de incidentiedatum gebruikt kan worden als benadering van de datum van de PA-uitslag. De datum van PA-uitslag kan berekend worden als incidentiedatum + 5 werkdagen.

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	groen	oranje	groen
Rood		0%	0%	0%	
Oranje		6%	4%	78%	
Groen		94%	96%	22%	

Bovenstaande tabel laat zien:

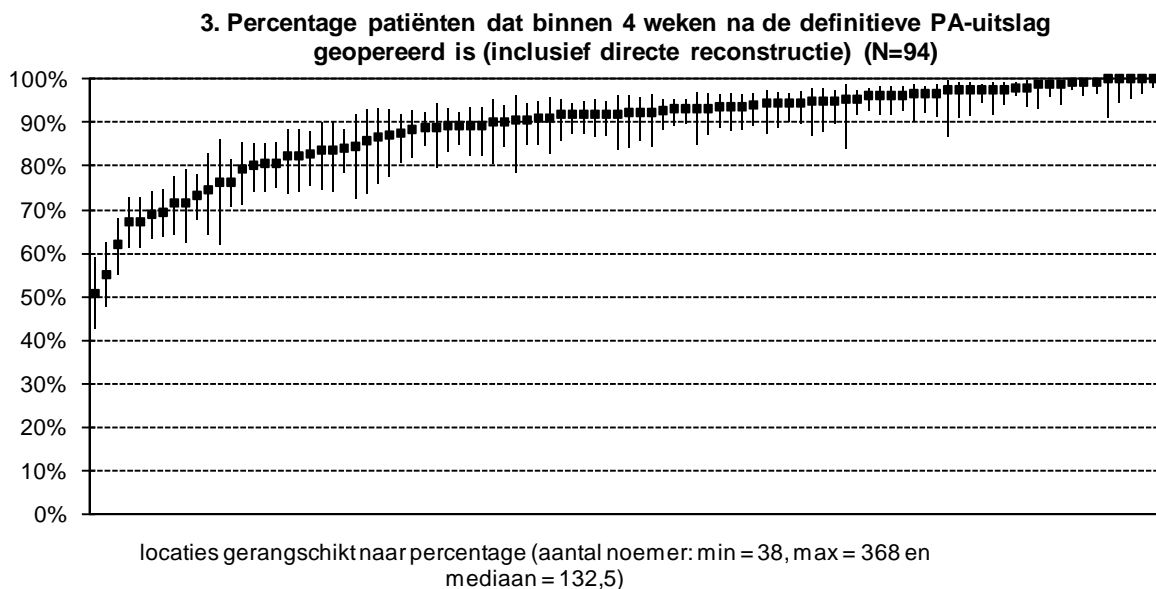
- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 3 – ‘Percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag geopereerd zijn’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie die is beoogd over de kwaliteit van zorg, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- De **betrouwbaarheid van het registratieproces** krijgt zowel voor teller als 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 97% dat de gegevens van de teller op basis van een

volledige telling zijn vastgesteld en 98% van de locaties heeft de gegevens van de noemer gebaseerd op een volledige telling (zie bijlage C). Alle de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.

- De **statistische 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 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 slechts voor 22% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarde 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: Nederlandse Kankerregistratie (NKR), DBC-registratie, verrichtingen registratie, lokale databases en 'anders'.

2.3.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores variëren, waarbij de meeste locaties een score hebben tussen de 70% en 100%. Slechts 5 locaties scoren onder de 70%.
- Bij 5% (5/94) van de locaties wordt alle gediagnosticeerde patiënt binnen 4 weken geopereerd.
- Het totaal aantal gediagnosticeerde patiënten is 13.710 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het totaal aantal

patiënten dat binnen 4 weken na diagnose geopereerd is, is 12.076 (som van alle tellers).

- Het gewogen gemiddelde percentage over alle locaties is 88%.

2.4. Indicator 4a - Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende therapie

Operationalisatie 4a: Percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende chirurgie

Teller 4a: Aantal patiënten met lokaal recidief binnen 5 jaar na borstsparende therapie. Primair behandeld in het eigen centrum.

Noemer 4a: Totaal aantal patiënten dat uiteindelijk borstsparende chirurgie heeft ondergaan, primair behandeld in eigen centrum.

2.4.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen voor 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	groen	groen	rood	groen
Rood		0%	0%	99%	
Oranje		8%	7%	1%	
Groen		92%	93%	0%	

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 4a – ‘Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na een borstbesparende therapie’ 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 teller als 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 96% 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 (zie bijlage C). 99% van de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistische betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die lager dan 5% is, is de eis voor een groene vlag voor statistische 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 voor geen enkele locatie. Alle

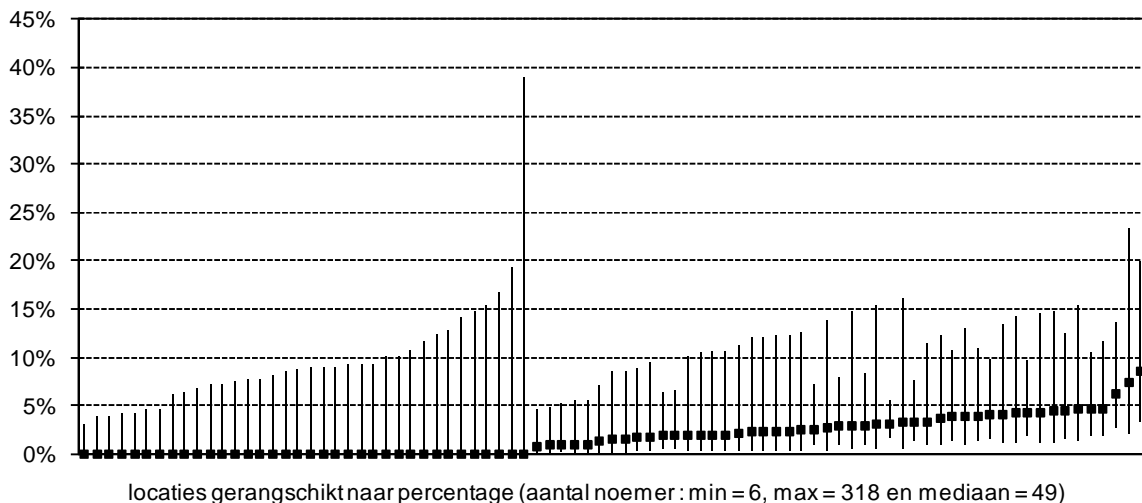
ziekenhuizen bezien, is een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde niet mogelijk.

- 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 voornamelijk gebruikt wordt, is de Nederlandse Kankerregistratie (NKR).

2.3.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.

4a. Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende operatie (N=85)



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores variëren slechts beperkt, waarbij alle locaties een score hebben die lager is dan 10%.
- Bij 42% (36/85) van de locaties is er geen lokale recidive, na een borstsparende operatie.
- Het totaal aantal patiënten dat borstbesparende chirurgie heeft ondergaan, is 5.248 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal patiënten met lokaal recidief binnen 5 jaar, is 115 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 2%.

2.5. Indicator 4b - Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve therapie

Operationalisatie 4b: Percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie.

Teller 4b: Aantal patiënten met lokaal recidief binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie. Primair behandeld in het eigen centrum.

Noemer 4b: Totaal aantal patiënten dat uiteindelijk ablatieve chirurgie heeft ondergaan, primair behandeld in eigen centrum.

2.5.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen voor 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	rood	groen
Rood		0%	0%	99%	
Oranje		5%	6%	1%	
Groen		95%	94%	0%	

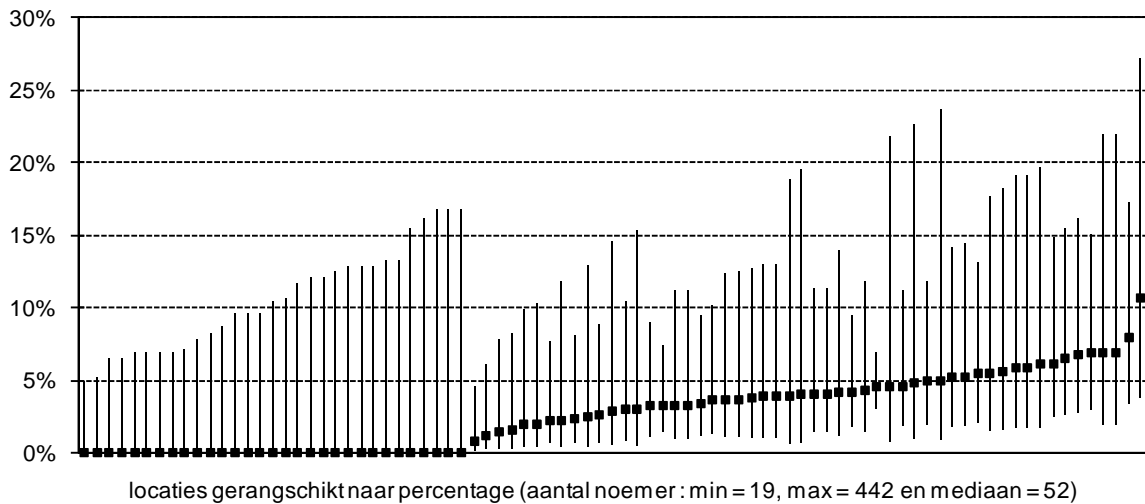
Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 4b – ‘Aantal lokale recidiven binnen 5 jaar na een ablatieve therapie’ 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 teller als 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 100% 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 (zie bijlage C). 99% van de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistische betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die lager dan 5% is, is de eis voor een groene vlag voor statistische 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 voor geen enkele locatie. Alle ziekenhuizen bezien, is een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde niet mogelijk.
- 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 voornamelijk gebruikt wordt, is de Nederlandse Kankerregistratie (NKR).

2.5.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.

4b. Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve therapie (N=85)



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores variëren in de range 0-11%.
- Bij 36% (31/85) van de patiënten die ablatieve chirurgie heeft ondergaan, is er geen lokale recidive.
- Het totaal aantal patiënten dat ablatieve chirurgie heeft ondergaan, is 4.682 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal patiënten met lokaal recidief binnen 5 jaar, is 145 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 3%.

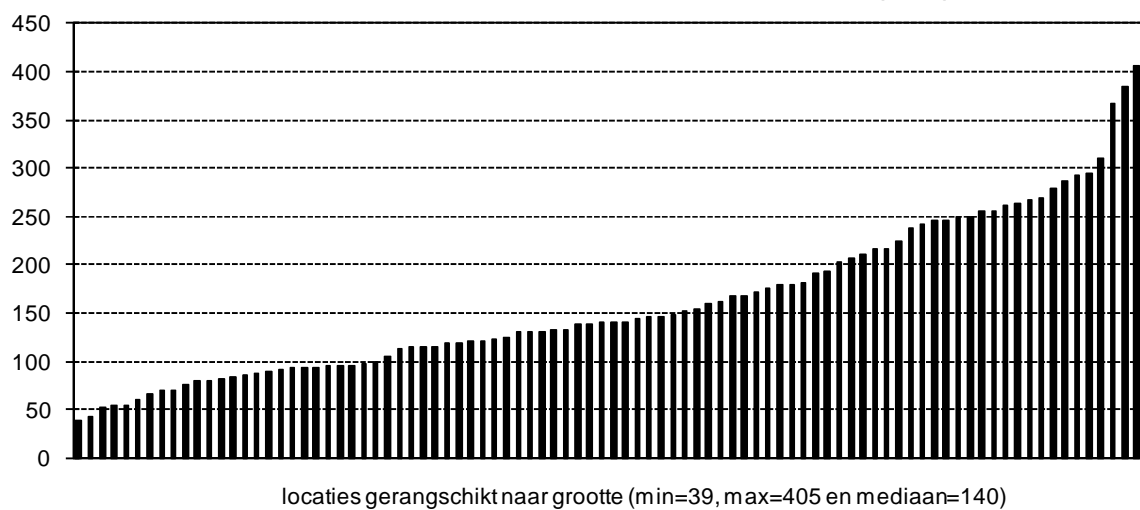
3. Klantpreferentie vragen

3.1 Klantpreferentievraag 1

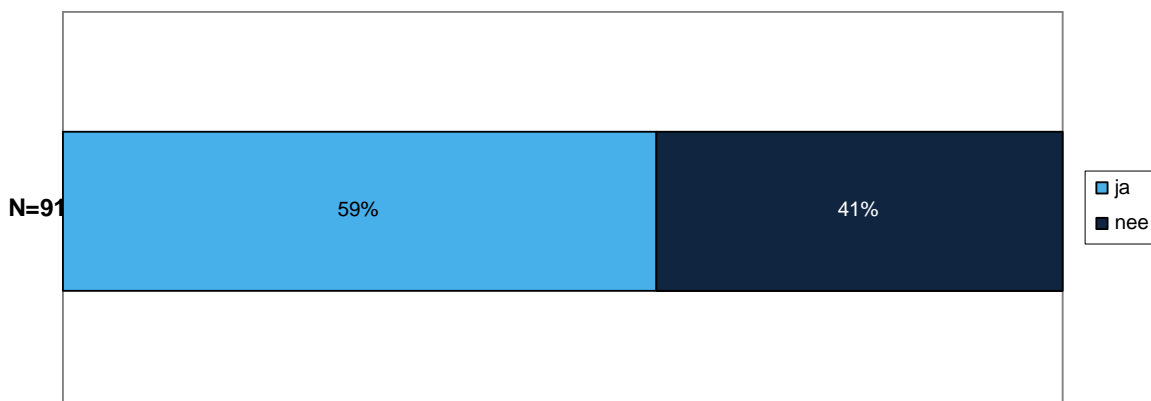
Operationalisatie: Hoeveel patiënten zijn er afgelopen meetperiode gediagnosticeerd met mammacarcinoom in uw ziekenhuislocatie?

Onderstaand figuur geeft het aantal gediagnosticeerde patiënten met mammacarcinoom weer per ziekenhuislocatie. Eén ziekenhuislocatie heeft een sterk afwijkende waarde (3876) en is niet in de figuur opgenomen. Het mediane aantal diagnoses van de overige 90 ziekenhuislocaties is 140.

Vraag1a. Hoeveel patiënten zijn er de afgelopen meetperiode gediagnosticeerd met mammacarcinoom in uw ziekenhuislocatie? (N=90)



Vervolgvraag 1. Gebruikt u de afwijkende meetperiode?

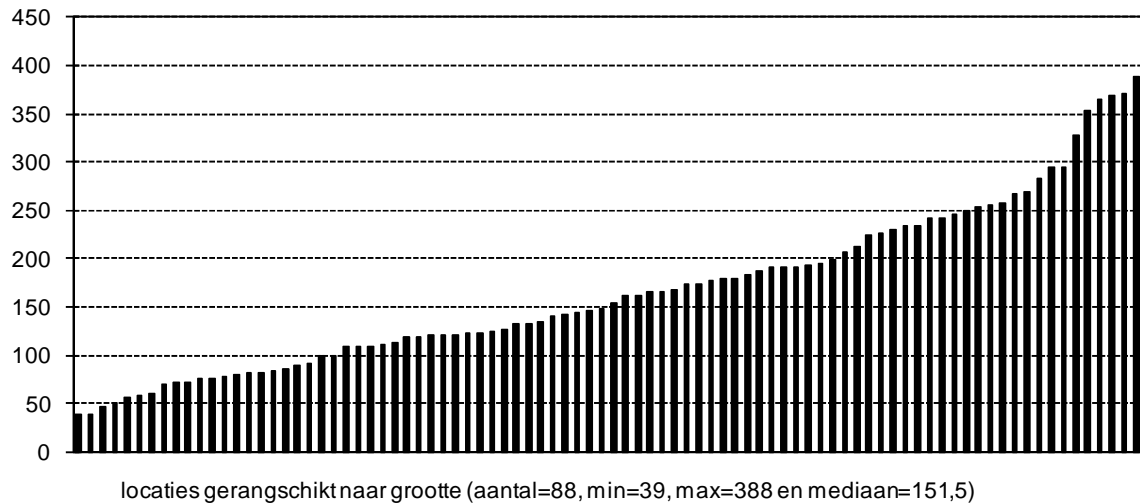


3.2 Klantpreferentievraag 2

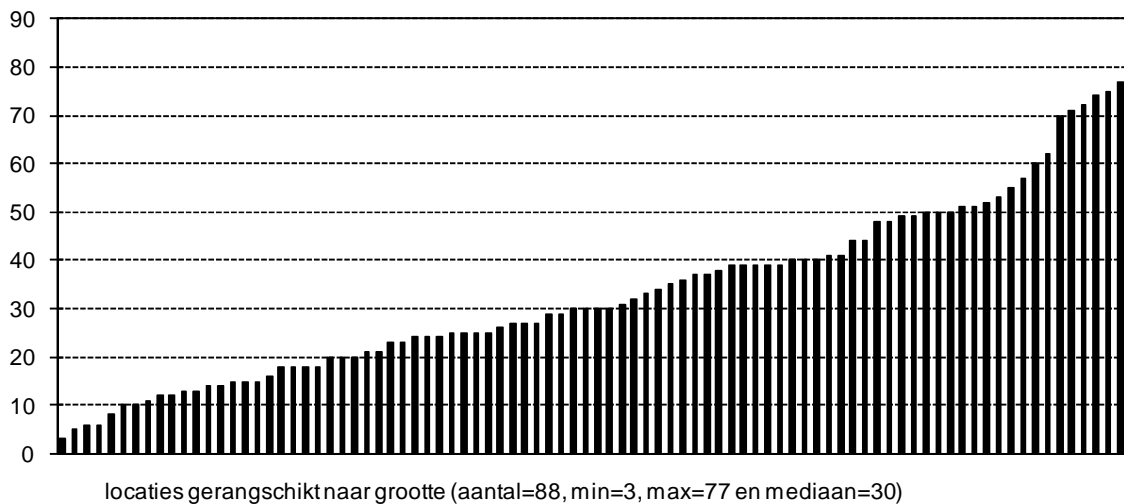
Operationalisatie: Hoeveel mammaoperaties in het kader van (verdenking op) borstkanker zijn er in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie door de chirurgen uitgevoerd?

Onderstaande figuren gaan in op het aantal uitgevoerde mammaoperaties. Dit aantal varieert van 39 – 388 operaties per locatie per jaar. In de vervolfiguren wordt gekeken naar het minste en meeste aantal operaties per chirurg per jaar.

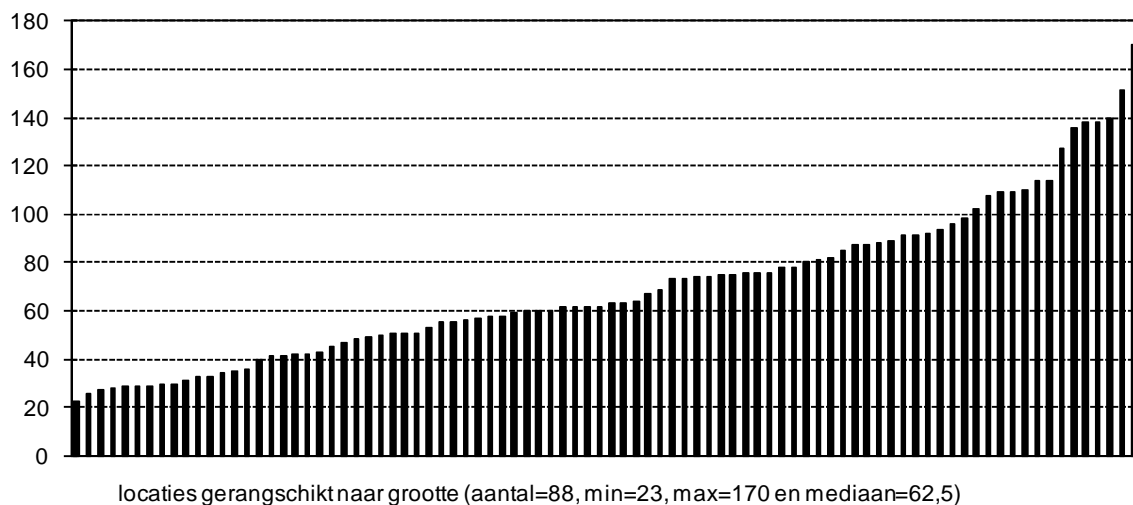
Vraag2a. Hoeveel mammaoperaties in het kader van (verdenking op) borstkanker zijn er in het verslagjaar uitgevoerd (N=88)



Vraag2b. Het aantal operaties van de chirurg die de minste operaties op uw locatie heeft uitgevoerd (N=88)



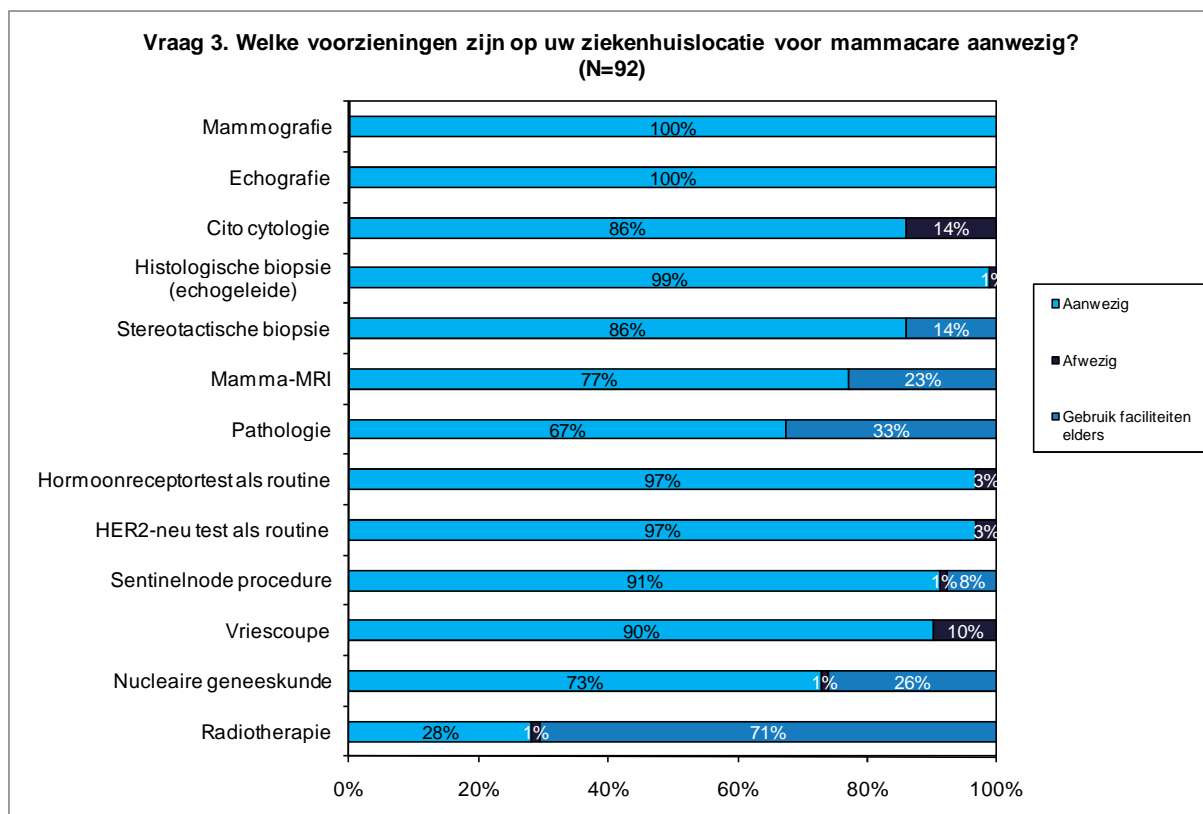
Vraag2c. Het aantal operaties van de chirurg die de meeste operaties op uw locatie heeft uitgevoerd (N=88)



3.3 Klantpreferentievraag 3

Operationalisatie: Wilt u in onderstaande tabel aankruisen welke voorzieningen op uw ziekenhuislocatie voor mammacare aanwezig zijn?

Onderstaande figuur laat zien dat op alle locaties 'Mammografie' en 'Echografie' aanwezig is. Vrijwel alle ziekenhuislocaties hebben de voorzieningen voor 'Histologische biopsie', 'Hormoonreceptortest' en 'HER2-neu test'. 'Radiotherapie' is een voorziening die in 28% van de ziekenhuislocaties aanwezig is. Wel hebben vrijwel alle locaties zonder eigen voorziening, toegang tot deze voorziening elders.



3.4 Klantpreferentievraag 4

Operationalisatie: Wilt u in onderstaande tabellen aangeven welke diagnostische onderzoeken op de eerste dag plaatsvinden en of de uitslag van deze onderzoeken ook standaard op de eerste dag aan de patiënt medegedeeld worden?

Voor de meeste locaties geldt dat de onderzoeken op dezelfde dag plaatsvinden, met uitzondering van de stereotactische biopsie. Alleen de uitslag van het lichamelijke onderzoek, het mammogram en de echo worden meestal op dezelfde dag aan de patiënt meegedeeld.

N=92	Uitvoering op eerste dag		Altijd op dezelfde dag aan de patiënt medegedeeld	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Lichamelijk onderzoek	91	1	89	3
Mammogram	92	0	78	14
Echo	92	0	78	14
Cytologische punctie	84	8	43	49

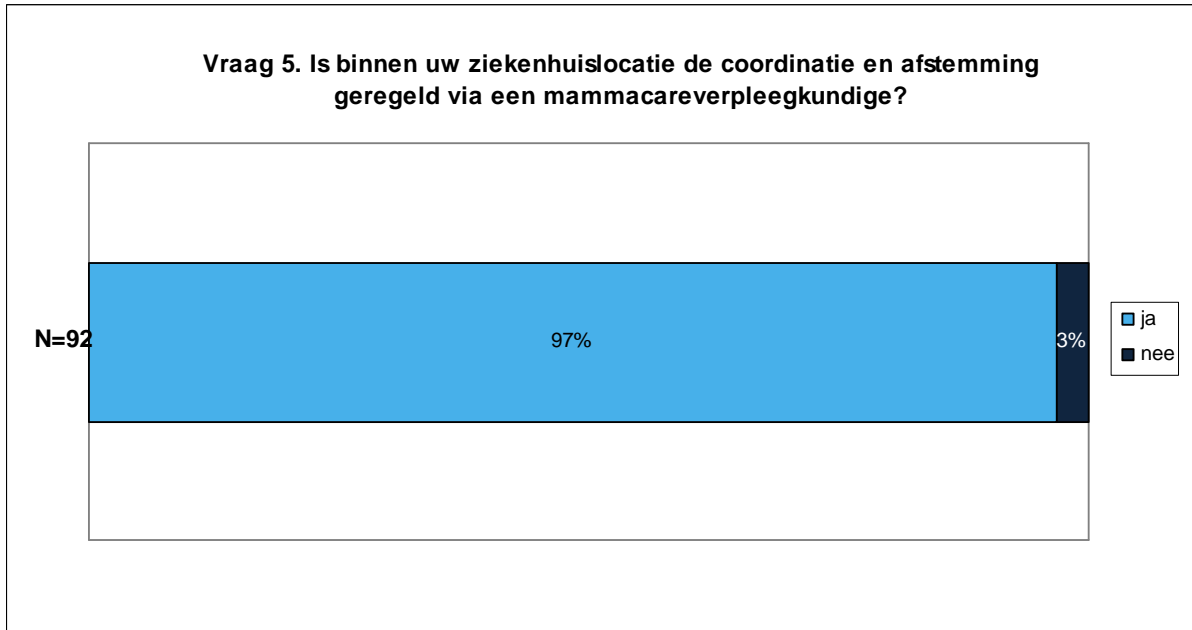
Wilt u in onderstaande tabellen aangeven welke diagnostische onderzoeken op de eerste dag plaatsvinden en of de uitslag van deze onderzoeken ook standaard op de eerste dag dan wel binnen vijf werkdagen aan de patiënt medegedeeld worden?

N=92	Uitvoering op eerste dag		Altijd op dezelfde dag aan de patiënt medegedeeld		Binnen vijf werkdagen aan de patiënt medegedeeld	
	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Histologische punctie (echogeleide)	88	4	5	87	89	3
Stereotactische biopsie	21	71	2	90	82	10

3.5 Klantpreferentievraag 5

Operationalisatie: Is binnen uw ziekenhuislocatie de coördinatie en afstemming tussen verschillende behandelaars geregeld via een mammacareverpleegkundige?

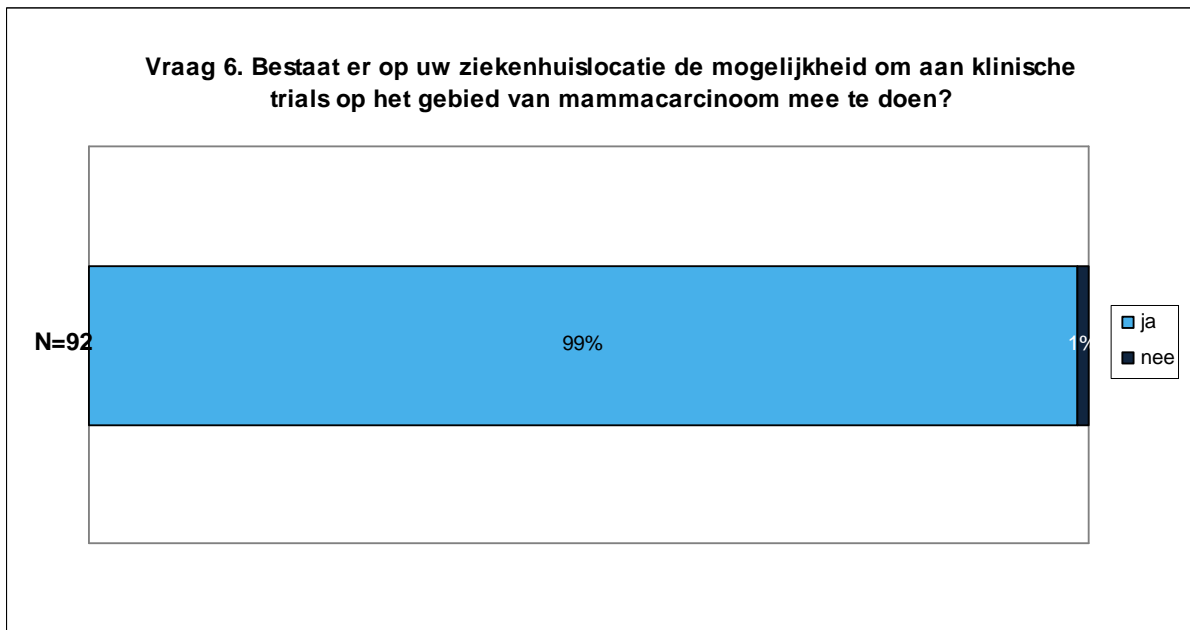
Onderstaande figuur geeft weer dat bij 97% van de locaties de afstemming tussen verschillende behandelaars verloopt via een mammacareverpleegkundige.



3.6 Klantpreferentievraag 6

Operationalisatie: Bestaat er op uw ziekenhuislocatie de mogelijkheid om aan klinische trials op het gebied van mammacarcinoom mee te doen?

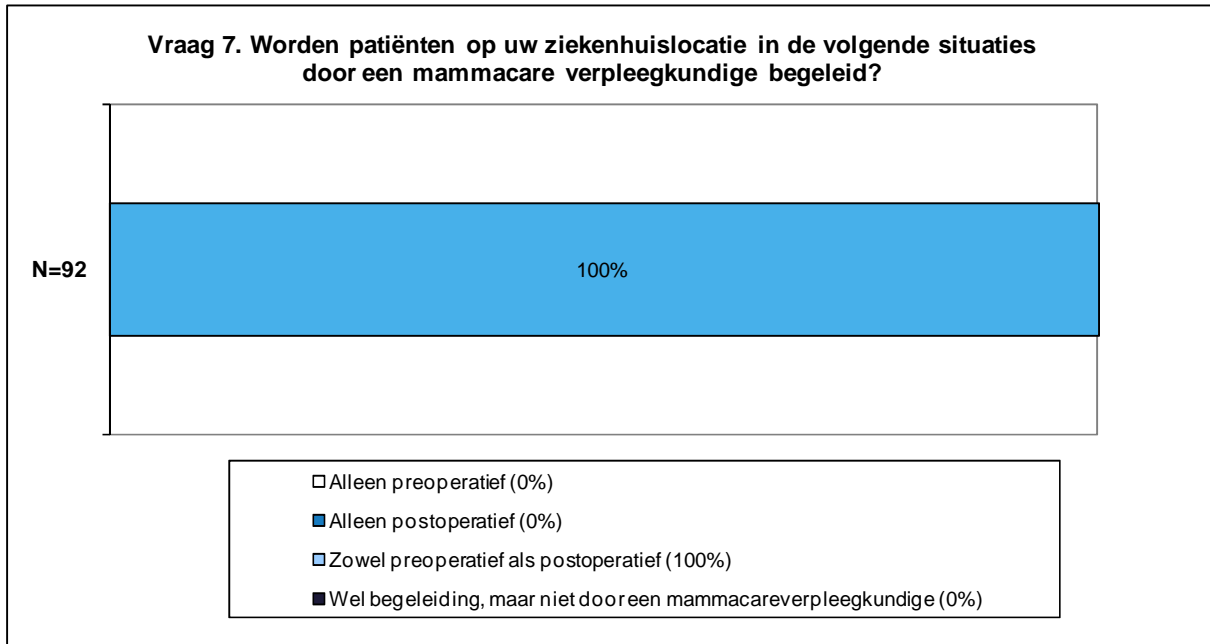
In onderstaande figuur wordt weergegeven dat in 99% van de ziekenhuislocaties de mogelijkheid bestaat om mee te doen aan klinische trials op het gebied van mammacarcinoom.



3.7 Klantpreferentievraag 7

Operationalisatie: Worden patiënten op uw ziekenhuislocatie in de volgende situaties door een mammacare verpleegkundige begeleid?

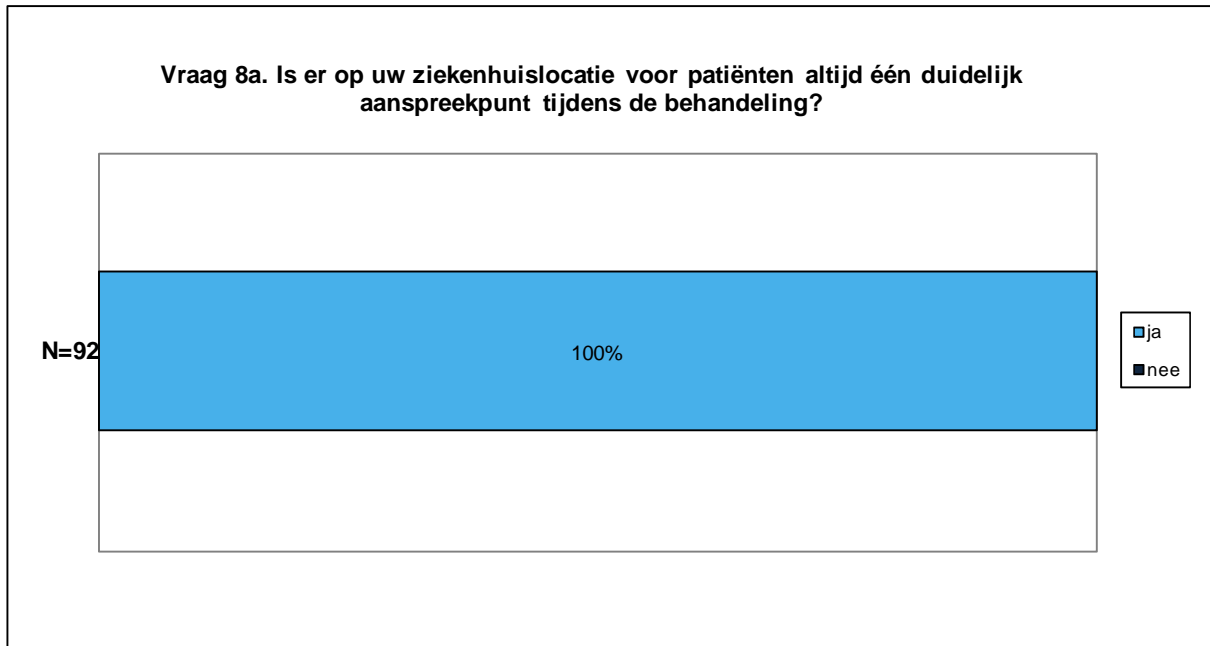
Uit onderstaande figuur blijkt dat in alle gevallen, patiënten zowel preoperatief als postoperatief worden begeleid door een mammacare verpleegkundige.



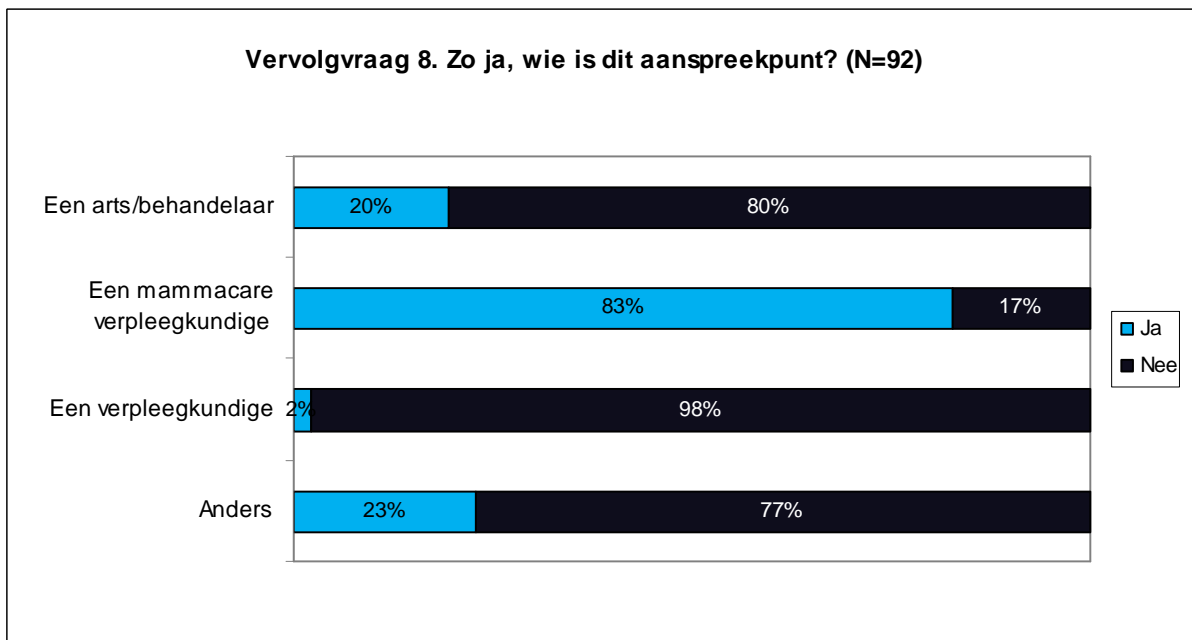
3.8 Klantpreferentievraag 8

Operationalisatie: Is er op uw ziekenhuislocatie voor patiënten altijd één duidelijk aanspreekpunt tijdens de behandeling?

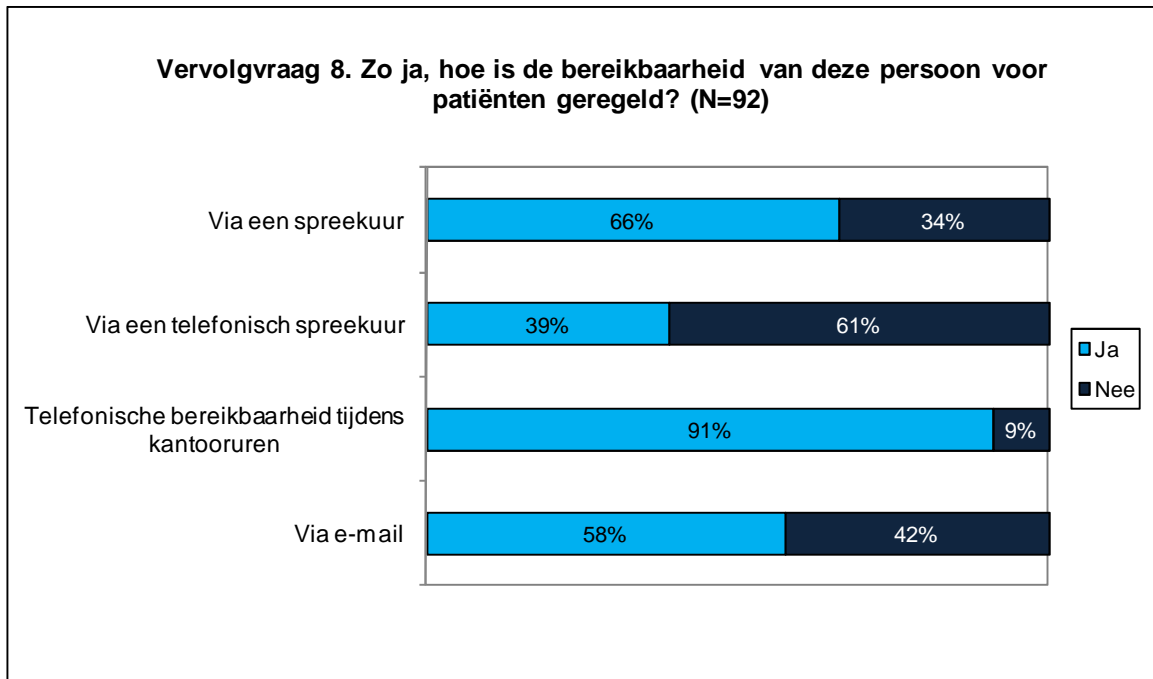
Onderstaande figuren gaan over de bereikbaarheid van hulpverleners tijdens de behandeling. Alle ziekenhuislocaties geven aan één duidelijk aanspreekpunt te hebben. In de meeste locaties (83%) is dit een mammacare verpleegkundige.



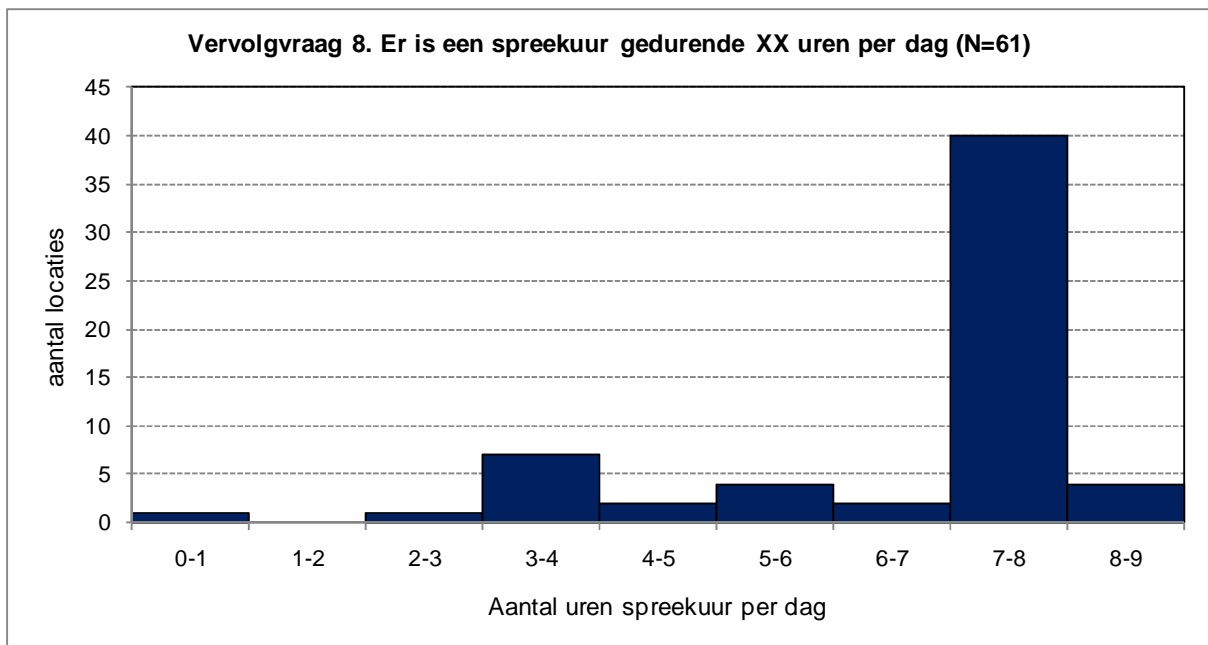
Zo ja, wie is dit aanspreekpunt?

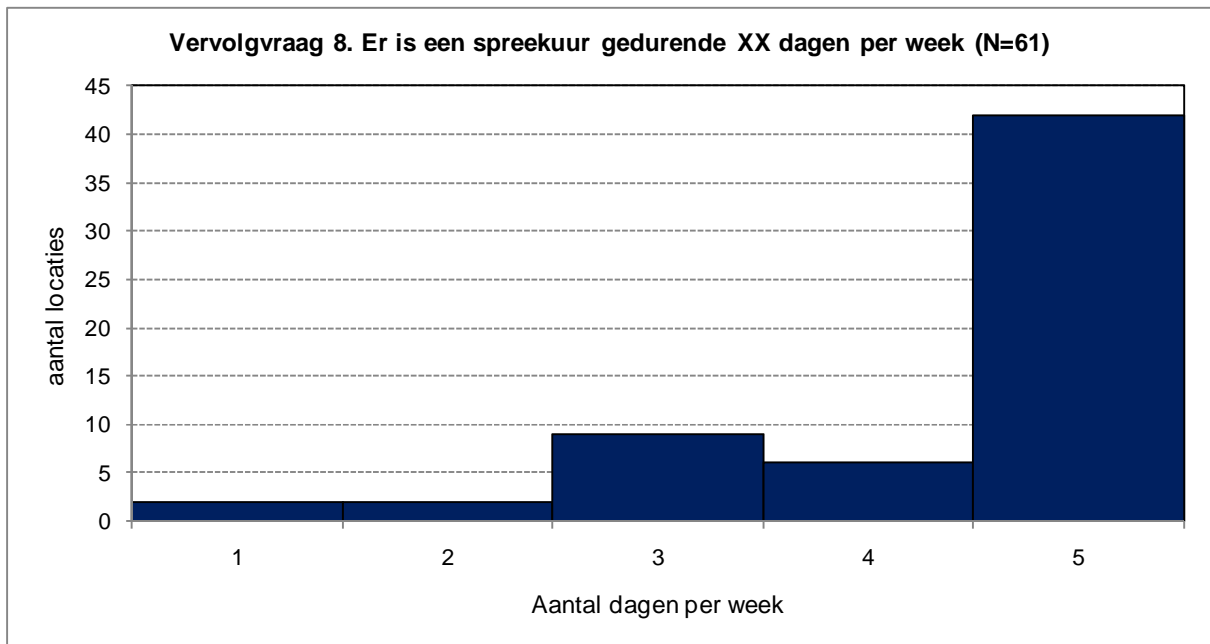


Zo ja, hoe is de bereikbaarheid van deze persoon voor patiënten geregeld?

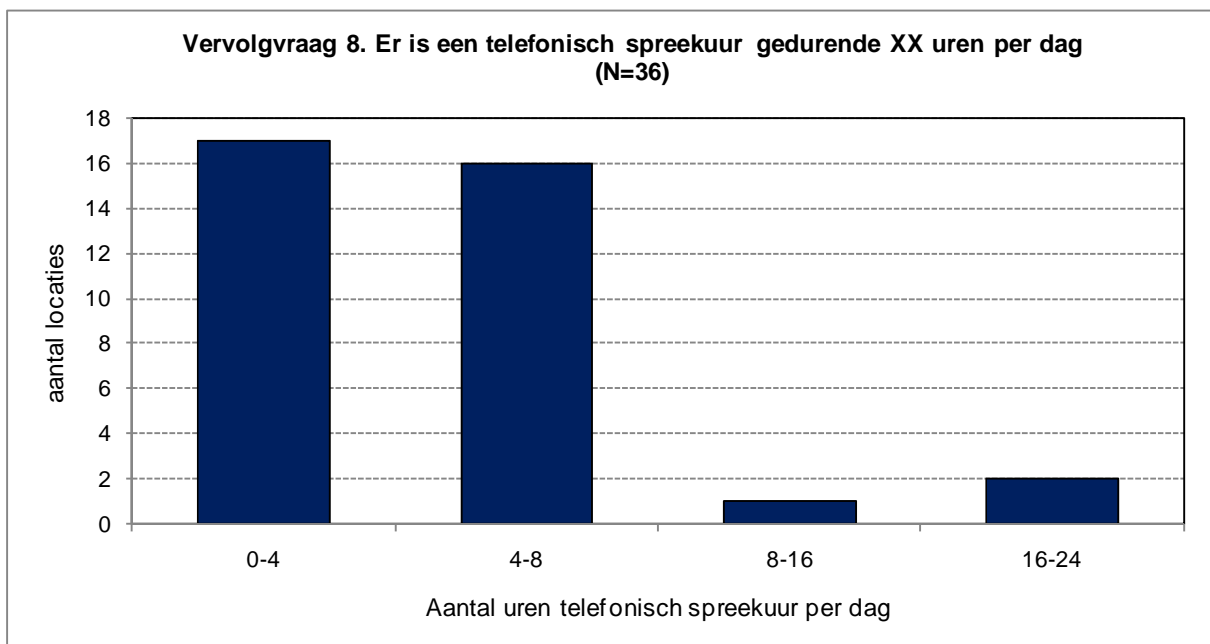


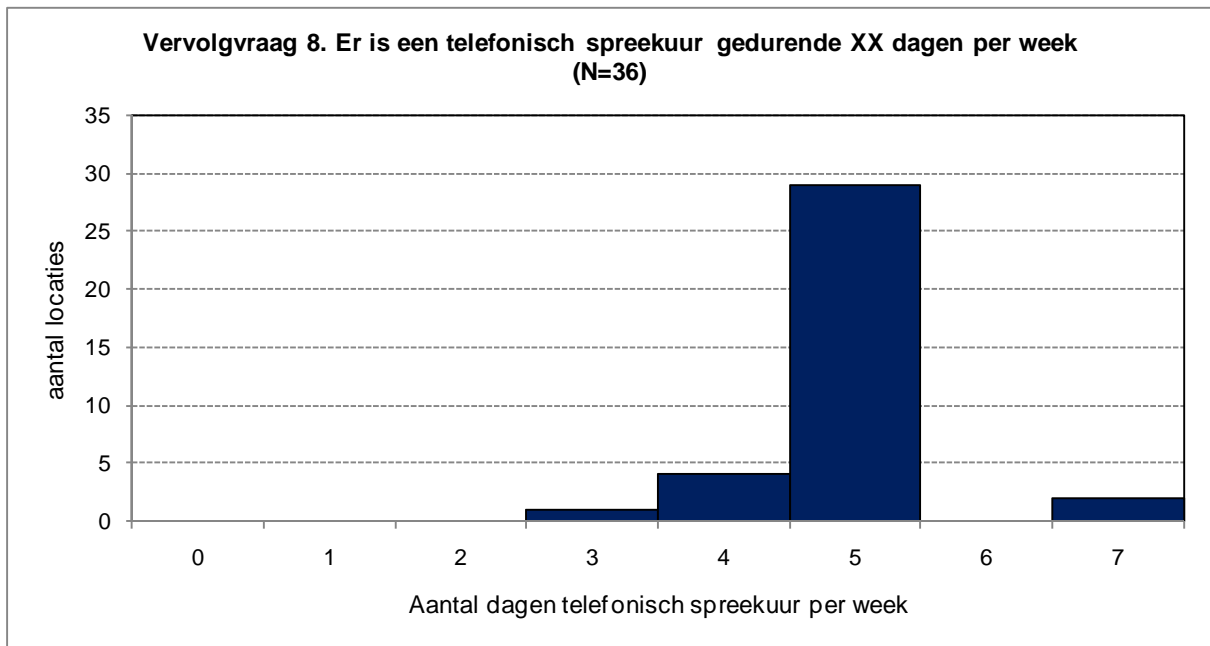
Onderstaande figuren gaan in op het aantal uur per dag dat er een spreekuur beschikbaar is per locatie. Dit varieert van 1 – 9 uur per dag, waarbij de mediane waarde 8 uur per dag is. Bij de meeste ziekenhuislocaties is er gedurende 5 dagen per week een spreekuur beschikbaar.





Onderstaande figuur gaat in op het aantal uur per dag dat er een telefonisch spreekuur beschikbaar is per locatie. Dit varieert van 0.5 – 24 uur per dag, waarbij de mediane waarde 8 uur per dag is. Bij de meeste ziekenhuislocaties is er gedurende 5 dagen per week een telefonisch spreekuur beschikbaar.





3.9 Klantpreferentievraag 9

Operationalisatie: Biedt uw ziekenhuislocatie hulpprogramma's aan die gericht zijn op de volgende klachten? Wilt u hierbij aangeven of deze hulpprogramma's op de ziekenhuislocatie zelf aanwezig zijn of dat u werkt met vaste verwijfsadressen en er sprake is van externe samenwerking?

Onderstaande tabel geeft weer in hoeverre onderstaande specifieke hulpprogramma's aanwezig zijn op de eigen ziekenhuislocatie, of dat de patiënt doorverwezen wordt naar een al dan niet vast verwijfsadres.

N=91	Aanwezig op ziekenhuislocatie		Vaste verwijfsadressen/samenwerking	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Vermoeidheid	58	33	62	29
Zenuwpijn	75	16	34	57
Lymfoedeem	68	23	55	36
1 ziekenhuislocatie geeft aan geen hulpprogramma's aan te bieden				

3.10 Klantpreferentievraag 10

Operationalisatie: Heeft uw ziekenhuislocatie voorzieningen waar patiënten direct terecht kunnen voor onderstaande zaken? Wilt u hierbij aangeven of deze op de ziekenhuislocatie zelf aanwezig zijn of dat u werkt met vaste verwijfsadressen en er sprake is van externe samenwerking?

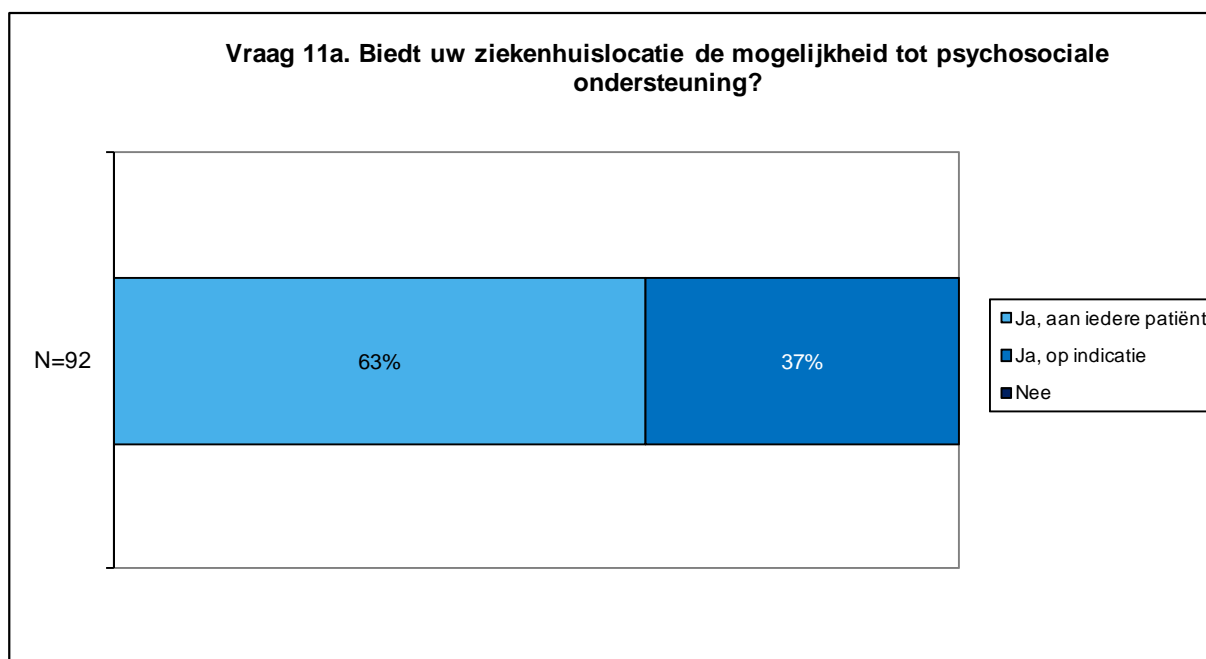
Onderstaande tabel geeft weer in hoeverre onderstaande specifieke voorzieningen aanwezig zijn op de eigen ziekenhuislocatie, of dat de patiënt doorverwezen wordt naar een al dan niet vast verwijfsadres.

N=92	Aanwezig op ziekenhuislocatie		Vaste verwijfsadressen/samenwerking	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Uitwendige prothesen	32	60	76	16
Een pruik	17	75	84	8
Behandeling van lymfoedeem	64	28	58	34

3.11 Klantpreferentievraag 11

Operationalisatie: Biedt uw ziekenhuislocatie de mogelijkheid tot psychosociale ondersteuning?

De mogelijkheid tot psychosociale ondersteuning wordt bij 63% van de ziekenhuislocaties aan iedere patiënt aangeboden. Bij 37% wordt dit alleen op indicatie aangeboden aan de patiënt. Bij geen enkele locatie wordt het in geen geval aangeboden.



Onderstaande tabel geeft aan in hoeverre psychosociale hulpverlening aanwezig is op de eigen ziekenhuislocatie, of dat de patiënt doorverwezen wordt naar een al dan niet vast verwijsadres.

Zo ja, krijgt de patiënt een doorverwijzing voor een intake bij één van onderstaande hulpverleners?

N=92	Aanwezig op ziekenhuislocatie		Vaste verwijsadressen/samenwerking	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Maatschappelijk werker	86	6	23	69
Psycholoog	87	5	20	72
Psychiater	77	15	23	69
Geestelijk verzorger	90	2	12	80
Anders	17	10	13	14

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.

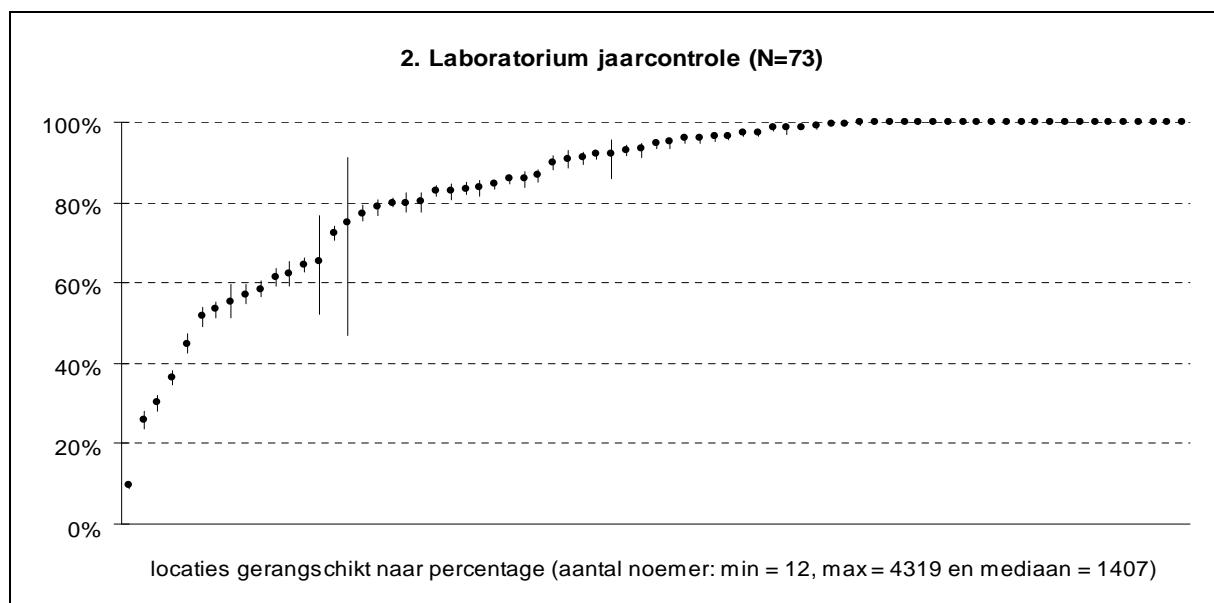
Kwalitatieve zorginhoudelijke indicatoren

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.



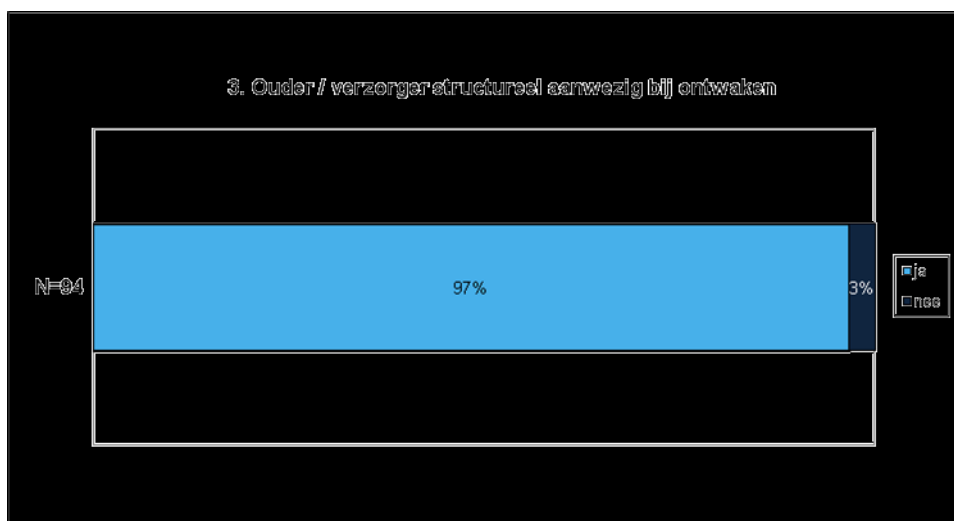
Boven de figuur staat in de titel (die beschrijft welke indicator het betreft) de N tussen haakjes weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd voor zowel de teller als de noemer.

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.

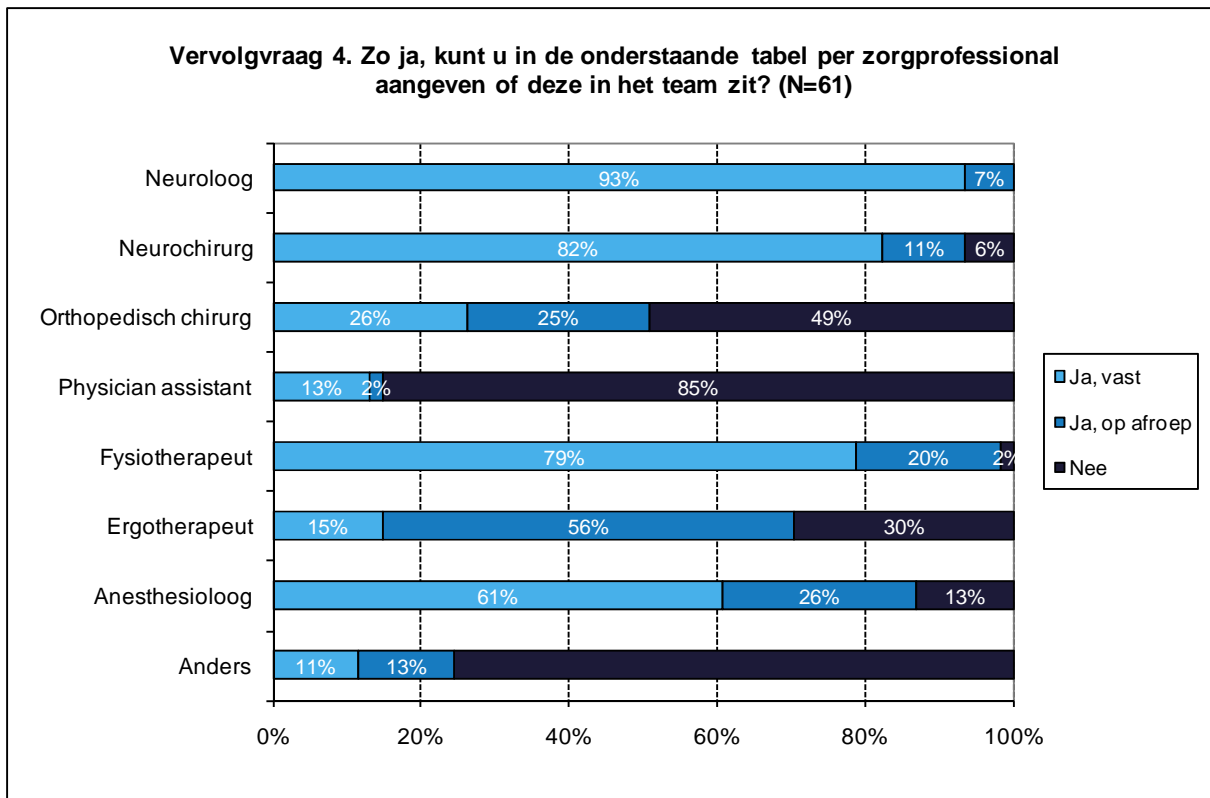
3. Reepplot

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.

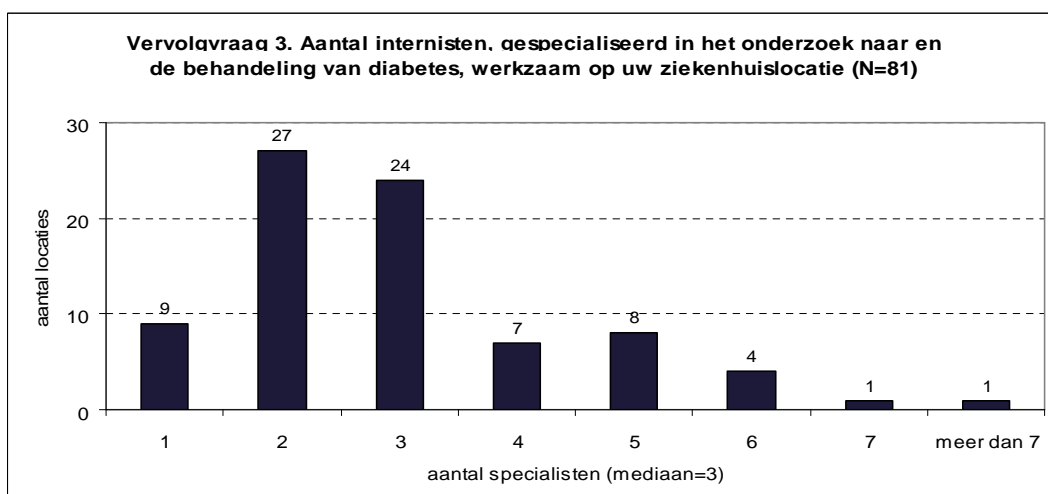


Het percentage geeft (in dit geval) aan in welk deel van de ziekenhuislocaties een bepaalde zorgprofessional in het multidisciplinair team zit (vast of op afroep). Als vanzelfsprekend kunnen meerdere deskundigen op een ziekenhuislocatie in het team zitten.

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.



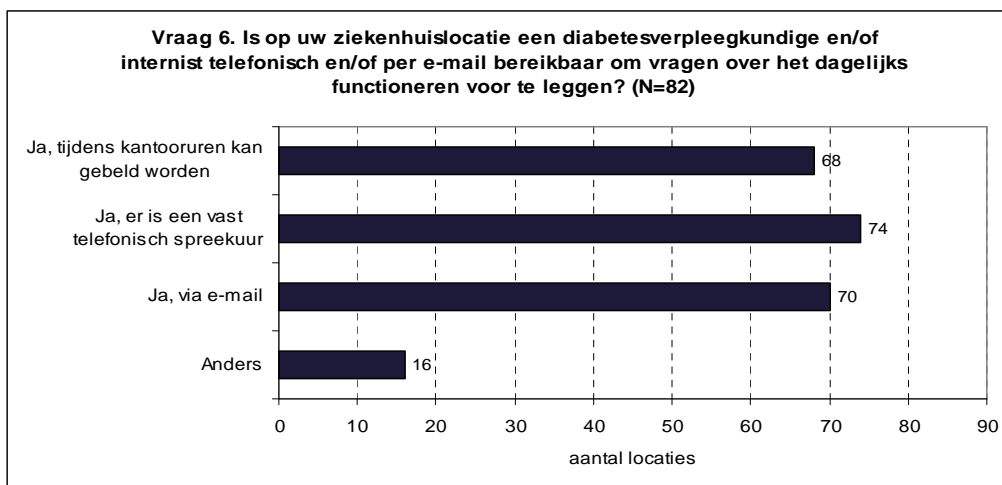
In dit voorbeeld wordt weergegeven hoeveel locaties er 1, 2, etc. internisten werkzaam heeft op de locatie, gespecialiseerd in onderzoek naar en behandeling van diabetes.

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 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.

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.

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

- Indrukvaliditeit 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 toegelicht.

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 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.

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.

		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 C.1. Verdeling van de beantwoording van de vragen over gegevensverzameling

1. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	95	99%			1%	
gegevensgebruik	95	96%			4%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	95	99%	1%	95	99%	1%
verslagjaar	95	93%	7%	95	93%	7%
populatievaststelling	95	93%	7%	95	94%	6%
indicatorwaarde bepaling	95	96%	4%	95	97%	3%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patiënten waarop de percentages zijn gebaseerd						

3. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	94	100%			0%	
gegevensgebruik	94	97%			3%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	94	97%	3%	94	98%	2%
verslagjaar	94	93%	7%	94	93%	7%
populatievaststelling	94	95%	5%	94	96%	4%
indicatorwaarde bepaling	94	97%	3%	94	97%	3%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patiënten waarop de percentages zijn gebaseerd						

4a. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	85	99%			1%	
gegevensgebruik	85	98%			2%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	85	96%	4%	85	99%	1%
verslagjaar	85	94%	6%	85	93%	7%
populatievaststelling	85	94%	6%	85	93%	7%
indicatorwaarde bepaling	85	96%	4%	85	95%	5%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patiënten waarop de percentages zijn gebaseerd						

4b. Verificatietabel							
gegevensgoedkeuring	85	99%			1%		
gegevensgebruik	85	98%			2%		
Deelindicator	Teller			Noemer			
gegevensverzameling	85	100%	0%	85	99%	1%	
verslagjaar	85	95%	5%	85	95%	5%	
populatievaststelling	85	94%	6%	85	94%	6%	
indicatorwaarde bepaling	85	96%	4%	85	96%	4%	
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders voor alle vragen ■ aantal patiënten 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 D.1. Brongebruik ten behoeve van de aanlevering van gegevens

1. Brongegevens								
Teller / Noemer	Bron							
	DBC-registratie	elektronisch verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	mammacare formulier	lokale databases	papieren (poli)klinische status	anders
T	31	35	25	42	13	36	11	21
N	35	37	22	44	12	33	9	18

2. Brongegevens								
Teller / Noemer	Bron							
	DBC-registratie	elektronisch verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	mammacare formulier	lokale databases	papieren (poli)klinische status	anders
T	29	30	12	5	5	23	1	48
N	27	25	11	4	4	22	2	51

3. Brongegevens								
Teller / Noemer	Bron							
	DBC-registratie	elektronisch verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	mammacare formulier	lokale databases	papieren (poli)klinische status	anders
T	31	31	17	40	13	28	10	19
N	31	32	16	42	11	29	7	19

4a. Brongegevens									
Teller / Noemer	Bron								
	DBC-registratie	elektronisch verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	mammacare formulier	lokale databases	papieren (poli)klinische status	andere	andere
T	11	9	7	64	3	11	3	13	
N	11	11	6	64	2	11	1	13	

4b. Brongegevens									
Teller / Noemer	Bron								
	DBC-registratie	elektronisch verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	mammacare formulier	lokale databases	papieren (poli)klinische status	andere	andere
T	12	12	6	63	4	12	3	14	
N	12	12	6	63	3	12	1	13	

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 127 schoningsvragen gesteld, aan in totaal 70 van de 99 ziekenhuislocaties. De meeste schoningsvragen zijn gesteld over indicator 4a (percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na een borstbesparende operatie). De reden hiervoor is dat een groot aantal ziekenhuizen (29 van de 85) een score van 100% heeft. Deze waarde is tijdens de schoning standaard teruggekoppeld aan de ziekenhuizen als opvallende waarde. Tevens was bij 12 ziekenhuizen (van de 85 ziekenhuizen die voor deze indicator data hebben aangeleverd) de consistentie tussen de aangeleverde data onvoldoende, zo bleek uit een uitgevoerde crosscheck.

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 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	
Zorginhoudelijke indicatoren								
1. Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling								
Indicator 1	Percentage patiënten met irradicaliteit na eerste (borstsparende) excisie van een primair	Teller/noemer	22	22	17	teller =0; noemer =0 noemer =2; indicatorwaarde =2	1	
2. Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap/vakgroep heelkunde								
Indicator 2	Percentage leden van de maatschap/vakgroep heelkunde dat zich bezig houdt met de chirurgische behandeling van	Teller/noemer	0	0	nvt	teller =0; noemer =0 noemer =0; indicatorwaarde =0	0	
3. Percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag geopereerd zijn (inclusief directe reconstructie)								
Indicator 3	Percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag (van cytologisch punctaat dan wel histologisch	Teller/noemer	11	14	3	teller =0; noemer =0 noemer =0; indicatorwaarde =5	6	
4. Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende en ablatieve therapie								
Indicator 4a	Percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende chirurgie.	Teller/noemer	34	46	12	teller =0; noemer =0 noemer =2; indicatorwaarde =3	29	
Indicator 4b	Percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie.	Teller/noemer	35	37	2	teller =0; noemer =0 noemer =1; indicatorwaarde =1	33	
Klantpreferente indicatoren								
KP1	Hoeveel patiënten zijn er afgelopen meetperiode gediagnosticeerd met mammacarcinoom in uw ziekenhuislocatie?	Aantal	1	1	nvt	0	1	nvt
KP2	Hoeveel mammaoperaties in het kader van (verdenking op) borstkanker zijn er in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie door de chirurgen uitgevoerd?	Aantal	1	1	nvt	0	1	nvt
	Vervolg vraag 2. Het aantal operaties van de chirurg die de minste operaties op uw locatie heeft uitgevoerd.	Aantal	1	1	nvt	0	1	nvt
	Vervolg vraag 2. Het aantal operaties van de chirurg die de meeste operaties op uw locatie heeft uitgevoerd.	Aantal	0	0	nvt	0	0	nvt
KP8	Zo ja, hoe is de bereikbaarheid van deze persoon voor patiënten geregeld? - aantal uren spreekuur per dag	Aantal	1	1	nvt	0	1	nvt
	Zo ja, hoe is de bereikbaarheid van deze persoon voor patiënten geregeld? - aantal dagen spreekuur per week	Aantal	0	0	nvt	0	0	nvt
	Zo ja, hoe is de bereikbaarheid van deze persoon voor patiënten geregeld? - aantal uren telefonisch spreekuur	Aantal	2	2	nvt	0	2	nvt
	Zo ja, hoe is de bereikbaarheid van deze persoon voor patiënten geregeld? - aantal dagentelefonisch spreekuur	Aantal	2	2	nvt	0	2	nvt