



Bezoekadres:

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag

Postadres:

Postbus 16119  
2500 BC Den Haag

Telefoon:

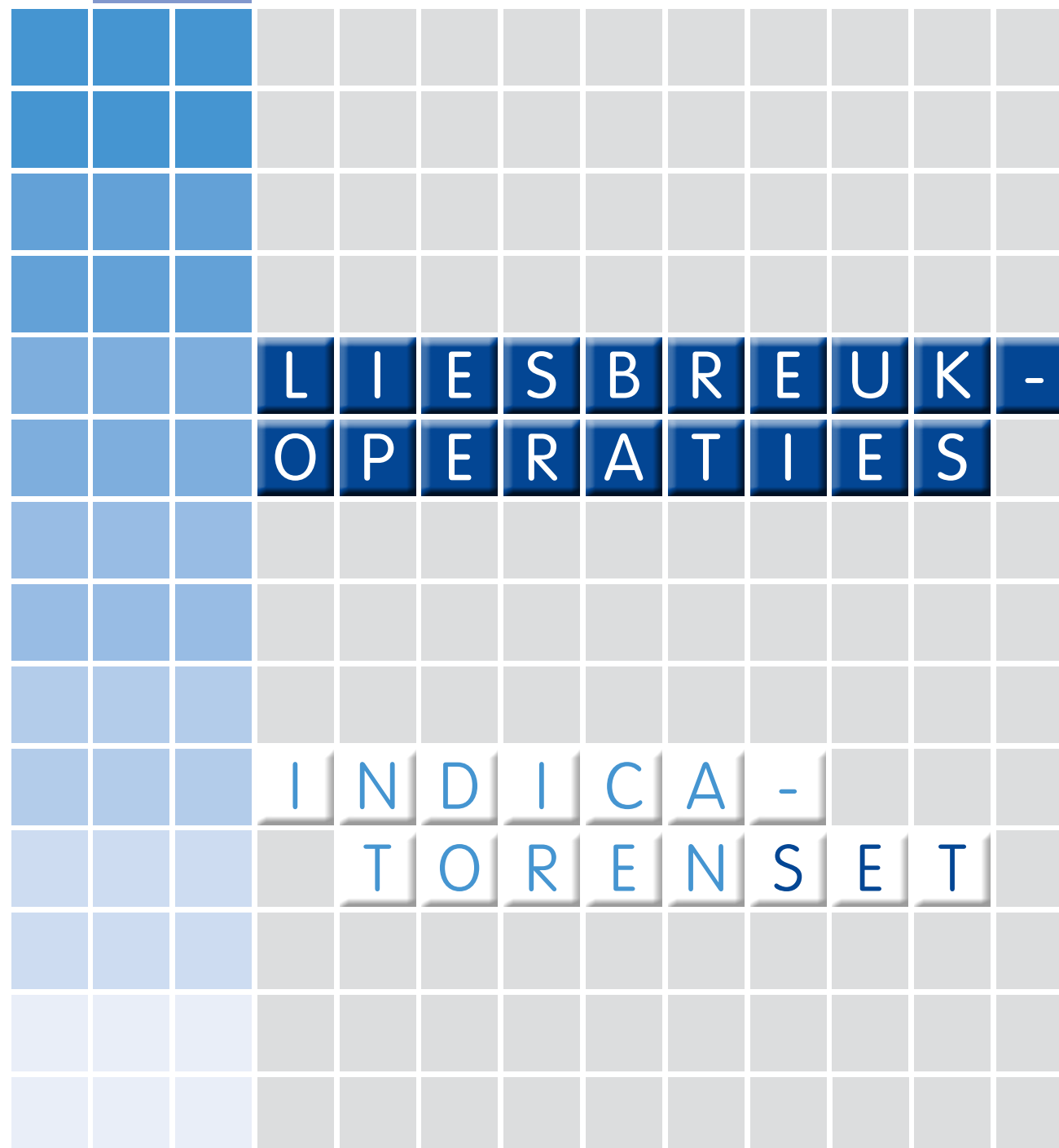
(070) 3407911

Telefax:

(070) 3405725

Internet:

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



L I E S B R E U K -  
O P E R A T I E S

I N D I C A -  
T O R E N S E T

## Colofon

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

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

### Samenstelling werkgroep indicatoren Liesbreuk

Dr. J. Oskam, *chirurg, Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp (voorzitter)*

Drs. Jhr. M.G. van Andringa de Kempnaer, *chirurg, Wilhelmina Ziekenhuis te Assen*

Drs. P.G. Doornebosch, *chirurg, Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp*

Dr. P.M.N.Y.H. Go, *chirurg, Sint Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein*

Mr. drs. M.M. Versluijs, *beleidsmedewerker, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie te Utrecht*

Mw. dr. A.M. Witteman, *adviserend geneeskundige Univé zorgverzekeraar, Zorgverzekeraars Nederland/Kenniscentrum DBC te Zeist*

### Vormgeving

Faydherbe/De Vringer

### Opmaak

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

Tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid  
van de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Den Haag, februari 2009

2

3

# Inhoudsopgave

## 1 Inleiding pagina 4

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

## 2 Overzicht indicatoren Liesbreuk pagina 8

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

## 3 Lijst te verzamelen variabelen pagina 21

- 3.1 Variabelenlijst

## 4 Instructies bij het bepalen van de indicatoren pagina 26

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

## Bijlage 1: Afkortingenlijst pagina 29

## Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren pagina 30

## Bijlage 3: Verwerken commentaar consulatieronde pagina 34

## Bijlage 4: Verwerking bevindingen Inlooperperiode 2008 en Praktijktest pagina 39

## Bijlage 5: Autorisatie wetenschappelijke verenigingen pagina 42

# 1. Inleiding

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

## 1.1 Inzicht in kwaliteit van zorg

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

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

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

## 1.2 Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Om te werken aan stroomlijning in de uitvraag van kwaliteitsinformatie, hebben acht partijen<sup>1</sup> zich in 2007 verenigd in de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De Stuurgroep stelt vast over welk aanbod van de ziekenhuiszorg kwaliteit zichtbaar moet worden en zij zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. De Stuurgroep wordt ondersteund door de landelijke projectorganisatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Het is het streven van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen dat kwaliteitsinformatie zoveel mogelijk door middel van één kanaal uitgevraagd wordt en dat ziekenhuizen daarbij zoveel mogelijk door één organisatie worden ondersteund. Zichtbare Zorg Ziekenhuizen wil met deze aanpak bereiken dat de registratiedruk die op ziekenhuizen wordt gelegd beperkt wordt en dat er een duidelijk en gebruiksvriendelijk proces van meten en registreren ontstaat.

<sup>1</sup> Consumentenbond, Inspectie voor de Gezondheidszorg, NFU, NPCF, NVZ, Orde van Medisch Specialisten, V&VN, Zorgverzekeraars Nederland

4

5

## 1.3 Indicatorset

De werkgroep voor de indicatorset Liesbreuk bestaat uit de volgende personen:  
Dr. J. Oskam, chirurg, *Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp (voorzitter)*  
Drs. Jhr. M.G. van Andringa de Kempnaer, *chirurg, Wilhelmina Ziekenhuis te Assen*  
Drs. P.G. Doornebosch, *chirurg, Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp*  
Dr. P.M.N.Y.H. Go, *chirurg, Sint Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein*  
Mr.dr.s. M.M. Versluijs, *beleidsmedewerker, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie te Utrecht*  
Mw. dr. A.M. Witteman, *adviserend geneeskundige Univé zorgverzekeraar, Zorgverzekeraars Nederland/Kenniscentrum DBC te Zeist*

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

Vervolgens zijn de indicatoren en meetspecificaties getest in een zogenaamde 'try-out periode'. Deze periode, ook wel de 'Inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen' genoemd, heeft plaatsgevonden in de periode januari – juli 2008. Aan deze periode hebben 33 ziekenhuizen meegedaan. Ziekenhuizen hebben tijdens deze periode gegevens verzameld en inhoudelijk input geleverd op de indicatoren en de meetspecificaties. De ervaringen van de ziekenhuizen vormen de grondstof voor een verdere optimalisering van de indicatorensets en de bijbehorende registratiegidsen. De werkgroep externe indicatoren Liesbreuk heeft de inhoudelijke input van de ziekenhuizen besproken en deze gebruikt voor de verbetering en aanscherping van de indicatorensets en de meetspecificaties. Een overzicht van de aanpassingen is te vinden in bijlage 4.

## 1.4 Totstandkoming van indicatorensets

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

### Ontwikkelen

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

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

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

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

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

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

### Testen

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

### Invoeren

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

### Onderhouden

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

6

7

## 1.5 Leeswijzer

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

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

**Hoofdstuk drie** beschrijft hoe de variabelen, die u nodig heeft om de indicatoren te kunnen berekenen, verzameld kunnen worden. Dat gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Stoplichten geven de mate aan waarin variabelen eenvoudig of moeilijk(er) te verzamelen zijn.

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

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

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

## 2. Overzicht indicatoren Liesbreuk

In dit hoofdstuk wordt de indicatorenset Liesbreuk beschreven. Deze set bestaat uit vijf indicatoren welke aan de hand van factsheets worden beschreven in paragraaf 2.1. Voor een aantal aandoeningen zijn aanvullende vragen opgesteld die structuurinformatie over het aanbod van de zorg verschaffen. Voor Liesbreuk zijn deze niet opgesteld en om die reden is Paragraaf 2.2 dan ook leeg.

### 2.1 Factsheets per indicator

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

**Tabel 1. Toelichting aspecten van de indicatoren**

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

8

9

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

Daarnaast worden er nog extra punten uitgewerkt, bijvoorbeeld<sup>2</sup>:

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

<sup>2</sup> Deze onderwerpen kunnen om inhoudelijke reden variëren per indicator

## 1. Gebruik mesh-techniek

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De mesh-techniek is de meest effectieve chirurgische behandeling van patiënten met een liesbreuk. Het is aangetoond dat operatietechnieken met gebruik van mesh-techniek bij volwassenen minder recidieven geven dan technieken zonder gebruik van mesh (Scott 2003). De richtlijn van de NVvH beveelt aan bij alle volwassenen patiënten met een symptomatische liesbreuk een techniek met mesh te gebruiken (NVvH 2003). Patiënten kunnen aan de hand van deze indicator zien in welke mate artsen de richtlijn volgen en eventueel aan de arts vragen of hij/zij een matje krijgt, omdat dat gebruikelijk is.
<b>Operationalisatie</b>	Percentage liesbreukoperaties waarbij mesh gebruikt is
<b>Teller</b>	Aantal liesbreukoperaties met gebruik mesh-techniek per meetperiode
<b>Noemer</b>	Totaal aantal liesbreukoperaties per meetperiode
<b>Definitie</b>	Geen aanvullende definities nodig
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusiecriteria: leeftijd > 18 jaar; electieve ingrepen; primaire unilaterale liesbreuken
<b>Bron teller</b>	Via (poli)klinische status of OK verslag
<b>Bron noemer</b>	DBC registratie, verrichtingenregistratie, Ziekenhuis informatie systeem (ZIS)
<b>Meetperiode</b>	01-01-08 tot en met 31-12-08
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per meetperiode
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau, rapportage op maatschapniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Tegenwoordig wordt bij de liesbreukoperatie vaak gebruikt gemaakt van een kunststof mat (mesh) om de buikwand te verstevigen. Operatietechnieken met gebruik van mesh-techniek bij volwassenen geven minder recidieven dan technieken zonder gebruik van mesh (Scott, 2003). De richtlijn van de NVvH beveelt aan bij alle volwassen patiënten met een symptomatische liesbreuk een techniek met mesh te gebruiken (NVvH, 2003).

In de richtlijn worden de voorlopige resultaten genoemd van een implementatietraject. Na telling in 88 ziekenhuizen bleek onder 3425 volwassenen in de periode januari tot en met maart 2001 dat de percentages mesh vs. non-mesh respectievelijk 78,3% en 21,7% waren. De landelijke LMR-informatie (Prismant) laat zien dat in 2004 58% van de operaties als operatie met gebruik van mesh zijn geregistreerd. Te verwachten is dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen voor deze indicator.

### Mogelijkheden tot verbetering

Bij meer operaties mesh-techniek gebruiken, en daarmee dus meer volgens de richtlijn werken.

10

11

### Validiteit

Er is bewijs dat operatietechnieken met gebruik van mesh-techniek bij volwassenen minder recidieven geven dan technieken zonder gebruik van mesh (Scott, 2003, The EU Hernia Trialists Collaboration 2000 en 2002). De richtlijn van de NVvH beveelt aan bij alle volwassen patiënten met een symptomatische liesbreuk een techniek met mesh te gebruiken (NVvH, 2003). Gebruik van Mesh wordt dus als belangrijk aspect van kwaliteit beschouwd en is door de zorgverlener te beïnvloeden.

### Betrouwbaarheid

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

### Discriminerend vermogen

De werkgroep is van mening dat de indicator veranderingen in de kwaliteit van zorg detecteert, bij gebruik van meer of minder meshes wordt dit direct weerspiegeld in de indicator.

### Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Er is gekozen voor een homogene patiëntengroep: leeftijd > 18 jaar; primaire unilaterale liesbreuken en alleen electieve ingrepen. Verdere controle voor verschillen in demografische en sociaal-economische of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep.

### Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Het gebruik van een mesh wordt geregistreerd in het OK-verslag en de patiëntenstatus. Het is geen aparte DBC-code. Het zal niet gemakkelijk zijn deze gegevens op uniforme wijze te verzamelen.

De werkgroep is daarnaast van mening dat om eventuele complicaties en bijwerkingen op lange termijn te kunnen analyseren en op de patiënt terug te kunnen traceren, er een landelijke database opgezet zou moeten worden conform databases in Scandinavië (Nilssen, 1998). Een dergelijke opzet vereist goede landelijke afspraken over beheer, onderhoud en financiering daarvan. Voor de te benaderen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

### Ongewenste effecten

Bij het nastreven van een maximaal percentage meshes bestaat het gevaar dat men te weinig oog heeft voor complicaties van matjes zoals migratie en/of chronische postoperatieve pijn.

## 2. Heroperaties binnen 48 uur

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Een heroperatie is een operatie die moet worden verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft gehad. Door heroperaties bij liesbreuk te registreren krijgt men beter inzicht in de omstandigheden die geleid hebben tot onvoldoende resultaat of complicaties van de operatie. Een nadere analyse hiervan kan leiden tot verbeteracties.
<b>Operationalisatie</b>	Percentage heroperaties binnen 48 uur per meetperiode
<b>Teller</b>	Aantal heroperaties gerelateerd aan primaire liesbreukoperatie binnen 48 uur per meetperiode
<b>Noemer</b>	Totaal aantal primaire liesbreukoperaties per meetperiode
<b>Definitie</b>	Heroperatie = Een operatie is een heroperatie als voorafgaand aan deze operatie (binnen 48 uur) in hetzelfde operatiegebied een operatie heeft plaatsgevonden.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusiecriteria: leeftijd > 18 jaar; electieve ingrepen; primaire unilaterale liesbreuken
<b>Bron teller</b>	Verrichtingenregistratie
<b>Bron noemer</b>	DBC registratie, verrichtingenregistratie, Ziekenhuis informatie systeem (ZIS)
<b>Meetfrequentie</b>	Continu bij patiënten die heroperatie ondergaan
<b>Meetperiode</b>	01-01-08 tot en met 31-12-08
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per meetperiode
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Meetniveau</b>	Patiënteniveau, rapportage op maatschapniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Heroperaties binnen 48 uur worden met name uitgevoerd vanwege nabloedingen en wondproblematiek. Het percentage heroperaties binnen 48 uur is naar schatting één tot twee procent (Mayagoitia, 2006). De variatie in het voorkomen van complicaties waarvoor heroperatie binnen 48 uur nodig is, is dus waarschijnlijk klein. Wel kunnen outliers geïdentificeerd worden.

### Mogelijkheden tot verbetering

Bij een (te) hoog percentage heroperaties moet het proces zorgvuldig worden geanalyseerd en zo nodig worden bijgesteld.

### Validiteit

Een heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft gehad. Daarmee is dit een indicator voor de kwaliteit van de verrichte ingreep. Deskundigen vinden een indicator over de postoperatieve fase waardevol.

### Betrouwbaarheid

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

12

13

### Discriminerend vermogen

Het percentage heroperaties binnen 48 uur is naar schatting één tot twee procent (Mayagoitia, 2006). Dit laat dus niet veel onderscheidend vermogen tussen instellingen zien, maar outliers zijn wel te identificeren. Binnen een instelling zijn bij outliers wel effecten te zien bij verbeteringen in kwaliteit van zorg, bij de overige instellingen is dit zeer gering.

### Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

De indicator heroperaties in de basisset van de IGZ (IGZ, 2004) kent geen tijdslijm en daarbij worden percentages tussen de 0,5 en 12% gevonden (IGZ, 2005). Deze indicator is echter gevoelig voor case-mix, bij relatief veel oudere patiënten met stollingsproblemen of aandoeningen zoals diabetes mellitus en obesitas zijn er mogelijk meer complicaties te verwachten. Daarom is gekozen voor heroperaties binnen 48 uur, wat beter vergelijkbaar is tussen instellingen. Daarnaast is er gekozen voor een homogene patiëntengroep: leeftijd > 18 jaar; primaire unilaterale liesbreuken en alleen electieve ingrepen. In toenemende mate wordt duidelijk dat de ASA-classificatie een relevante afspiegeling geeft van de case-mix. Dit vergt echter veel meer registratie.

### Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Her-OK binnen 24 uur wordt geregistreerd op OK-complex. Als personen in dagbehandeling worden geopereerd, dan wordt een eventuele heroperatie na ontslag niet in de complicatieregistratie opgenomen. Heroperaties kunnen niet uit ziekenhuisinformatiesystemen worden gehaald, het is geen aparte DBC-code. Bij het afsluiten van de DBC moeten eigenlijk de complicaties eraan gekoppeld worden, deze koppeling is in de meeste ziekenhuizen niet aanwezig. Ziekenhuizen kunnen tijdelijk gebruik maken van een zogenaamde 'alsof codering'. Er kan dan gekeken worden naar een tweede CTG code voor chirurgie, die binnen 48 uur na de eerste operatie plaatsvindt. Er zijn dus problemen met de registreerbaarheid, deze vergt een forse extra inspanning. Voor de te benaderen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

### Referenties

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004) Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2004, Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). Het resultaat telt. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag. Bereikbaar op: [https://webcollect.rivm.nl/deverbetermeter/achtergronddocumenten/Rapport\\_Het\\_resultaat\\_telt.pdf](https://webcollect.rivm.nl/deverbetermeter/achtergronddocumenten/Rapport_Het_resultaat_telt.pdf)
- Mayagoitia J.C., Prieto-Diaz Chavez, E., Suarez, D., Cisneros, H.A., Tene, C.E. Predictive factors comparison of complications and recurrences in three tension-free herniorraphy techniques. Hernia 2006 (Feb): 1-5.

### 3. Mogelijkheid lokale anesthesie

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Operatieve behandeling van liesbreuken kan goed onder lokale anesthesie plaatsvinden. Het is de veiligste methode, maar wordt nog weinig toegepast. Het is wenselijk dat de beste methode van anesthesie voor de individuele patiënt gekozen kan worden, waarbij gebruik van lokale anesthesie een optie moet zijn.
<b>Operationalisatie</b>	Heeft de patiënt de mogelijkheid om zelf te kiezen voor de wijze van anesthesie (locaal, epiduraal of algemeen)? ja/nee
<b>Teller</b>	ja/nee
<b>Noemer</b>	n.v.t.
<b>Definitie</b>	Geen aanvullende definities nodig
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen criteria geformuleerd
<b>Bron teller</b>	Protocol
<b>Bron noemer</b>	n.v.t.
<b>Meetfrequentie</b>	1x per meetperiode
<b>Meetperiode</b>	01-01-08 tot en met 31-12-08
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per meetperiode
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Meetniveau</b>	Maatschapniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid

#### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Operatieve behandeling van primaire reponibele liesbreuken onder lokale anesthesie is mogelijk. Ten opzichte van algehele anesthesie is de postoperatieve behoefte aan pijnstillers lager, blijft de longfunctie behouden en kunnen ADL-activiteiten sneller hervat worden (Nordin, 2003; Friemert, 2000; Godfrey, 1981; Song, 2000; Kawaij 1999; Makuria, 1979; Schmitz, 1997; Sultana, 1999; Teasdale, 1982; Tverskoy, 1990). Ook lijkt het aantal complicaties lager te zijn. De richtlijn beveelt aan lokale anesthesie bij alle patiënten te overwegen (NVvH, 2003).

In de richtlijn worden de voorlopige resultaten genoemd van een implementatietraject. Na telling in 88 ziekenhuizen bleek onder 3425 volwassenen in de periode januari tot en met maart 2001 dat het percentage liesbreukoperaties uitgevoerd onder lokale anesthesie 6% was (NVvH, 2003). Belangrijk is dat de methode van anesthesie bij de individuele patiënt gekozen kan worden op basis van goede voorlichting. Elke anesthesietechniek heeft zijn eigen specifieke indicaties, contra-indicaties, complicaties en risico's. Conform de WGBO moeten al deze zaken aan de orde komen, waarna de patiënt tot een afgewogen keuze kan komen. Overigens is het gebruik van lokale anesthesie bij oudere mensen goed uitvoerbaar (hogere pijndrempel), maar kan het bij jongere mensen pijnlijker zijn. Bij hen verhoogt aanvullende sedatie, toegediend door de anesthesioloog ('monitored anesthesia care'), de patiënttevredenheid aanzienlijk (Song, 2000; Kehlet, 2001).

14

15

#### Mogelijkheden tot verbetering

Instellingen moeten het mogelijk maken om (meer) liesbreukoperaties onder lokale anesthesie uit te voeren, zodat bij iedere patiënt lokale anesthesie overwogen kan worden. De werkgroep heeft ervoor gekozen geen streefnorm aan te geven, omdat het gaat om juist gebruik van lokale anesthesie en aanvullende sedatie.

#### Validiteit

De in de richtlijn opgenomen literatuur bevat twee gerandomiseerde studies, die de resultaten tussen lokale anesthesie en algehele/regionale anesthesie vergelijken. De grotere studie laat daarbij geen verschillen zien (O'Dwyer, 2003), en de kleinere studie een licht voordeel voor de lokale anesthesie, met een hogere patiëntensatisfactie, een iets sneller postoperatief ontslag, en iets lagere kosten (Song, 2000). Dit pleit niet tegen het gebruik van lokale anesthesie of voor het gebruik van andere vormen van anesthesie.

De richtlijn beveelt aan om lokale anesthesie bij alle patiënten te overwegen (NVvH, 2003). Om de juiste anesthesie passend bij de individuele patiënt te kunnen geven, moet het voor iedere patiënt tot de mogelijkheden behoren om onder lokale anesthesie geopereerd te kunnen worden. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie geeft aan te twifelen aan de overtuigendheid van het bewijs voor de lokale anesthesie.

In de praktijk is lokale anesthesie niet bij iedereen haalbaar en wenselijk, enerzijds omdat de patiënt het liever niet wil, anderzijds omdat de chirurg beperkte ervaring heeft met de techniek. Een relatief lage score betekent dus niet dat de zorg van slechtere kwaliteit is. De beste indicator is ook niet een uitkomstindicator of een streefnorm of range, maar een procesindicator waarin is aangegeven hoeveel patiënten de mogelijkheid hebben gehad om te kiezen tussen algehele, spinale en lokale anesthesie en daaraan toegevoegd het aantal patiënten dat voor het een of ander heeft gekozen. Op den duur leidt dit vanzelf tot een soort streefniveau en kan de huidige structuurindicator omgezet worden in een procesindicator.

#### Betrouwbaarheid

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

#### Discriminerend vermogen

Op dit moment wordt lokale anesthesie bij de operatieve behandeling van liesbreuk weinig toegepast. Niet alle instellingen kunnen liesbreukoperaties onder lokale anesthesie uitvoeren. Zodra ze wel operaties onder lokale anesthesie uitvoeren, laat de indicator dit zien.

#### Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

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

### Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Deze structuurindicator heeft een lage registratielast. Met Consumer assessment of Health plans (CAHPS) vragenlijsten kan door verzekeraars bij patiënten nagevraagd worden of de patiënt de mogelijkheid tot keuze voor lokale anesthesie heeft gehad. Voor de te benaderen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

### Referenties

- Friemert, B., Faual, J., Holldobler, G., Becker, H.P., Lampl, L., Gerngross, H. A prospective randomised study on inguinal hernia repair according to the Shouldice technique. Benefits of local anesthesia. *Chirurg* 2000; 71: 52-57.
- Godfrey, P.J., Greenan, J., Ranasinghe, D.D., Shabestray, S.M., Pollock, A.V. Ventilatory capacity after three methods of anaesthesia for inguinal hernia repair: a randomized controlled trial. *Br J Surg* 1981; 68: 587-9.
- Kawaj, R., Feichter, A., Fuchsjaeger, N., Kux, M. Postoperative pain and return activity after five different types of inguinal herniorrhaphy. *Hernia* 1999; 3: 31-35.
- Kehlet, H., White, P., Optimizing anesthesia for inguinal herniorrhaphy: general, regional or local anesthesia? *Editorial Anesth Analg* 2001; 93: 1367-69.
- Makura, T., Alexander-Williams, J., Keighley, M.R. Comparison between general and local anesthesia for repair of groin hernias. *Ann R Coll Surg Engl* 1979; 61: 291-4.
- O'Dwyer P.J., Serpell M.G., Millar, K., Paterson, C., Young, D., Hair A., Courtney, C.A., Horgan, P., Kumar, S., Walker, I. Local or general anesthesia for open hernia repair: a randomized trial. *Ann Surg* 2003; 237: 574-9.
- Nordin, P., Zetterstrom, H., Gunnarsson, U., Nilsson E., Local, regional or general anaesthesia in groin hernia repair: multicentre randomised trial. *Lancet* 2003; 362: 853-858.
- Richtlijn Behandeling van de liesbreuk. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde NVvH, 2003 ([www.heelkunde.nl](http://www.heelkunde.nl)).
- Schmitz, R., Shah, S., Treckmann, J., Schneider, K. Extraperitoneal, 'tension free' inguinal hernia repair with local anesthesia – a contribution to effectiveness and economy. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 1997; 114: 1135-8.
- Song, D., Greilich, N.B., White, P.F., Watcha, M.F., Tongier, W.K. Recovery profiles and costs of anesthesia for outpatient unilateral inguinal herniorrhaphy. *Anesth Analg* 2000; 91: 876-81.
- Sultana, A., Jagdish, S., Pai, D., Rajendiran, K.M. Inguinal herniorrhaphy under local anesthesia and spinal anaesthesia – a comparative study. *J Indian Med Assoc* 1999; 97: 169-70, 175.
- Taesdale C., McCrum A.M., Williams N.B., Horton R.E. A randomised controlled trial to compare local with general anesthesia for short-stay inguinal hernia repair. *Ann R Coll* 1982; 64: 38-42.
- Tverskoy, M., Cozakov C., Ayache, M., Bradley E.L., Jr., Kissin, I. Postoperative pain after inguinal herniorrhaphy with different types of anesthesia. *Anesth Analg* 1990; 70: 29-35.

16

17

### 4. Dagbehandeling

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Operatieve behandeling van liesbreuk kan vaak in dagbehandeling worden uitgevoerd. Het percentage operaties in dagbehandeling geeft een goede indicatie van de kwaliteit van de logistiek van een instelling.
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten in dagbehandeling
<b>Teller</b>	Aantal liesbreukoperaties uitgevoerd in dagbehandeling in een meetperiode
<b>Noemer</b>	Totaal aantal liesbreukoperaties in een meetperiode
<b>Definitie</b>	Dagbehandeling wordt gedefinieerd als opname en ontslag op dezelfde dag.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusiecriteria: leeftijd > 18 jaar; electieve ingrepen; primaire unilaterale liesbreuken
<b>Bron teller</b>	DBC-registratie
<b>Bron noemer</b>	DBC registratie, verrichtingenregistratie, Ziekenhuis informatie systeem (ZIS)
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	01-01-08 tot en met 31-12-08
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per meetperiode
<b>Type indicator</b>	Proces indicator
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau; Rapportage op maatschappijniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, doelmatigheid, patiëntgerichtheid

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Er is bewijs dat dagbehandeling even veilig en effectief is als klinische opname, daarnaast is het goedkoper (Pineault, 1985; Prescott, 1978; Ruckley, 1978). De richtlijn van de NVvH geeft aan voor elke patiënt een operatie in dagbehandeling te overwegen (NVvH, 2003). De meeste patiënten prefereren dagbehandeling boven opname, maar dat geldt niet voor iedereen. Voor oudere patiënten die geen goede opvang thuis hebben, zal het eerder andersom zijn. Daarbij geldt ook de NEN-norm voor dagbehandeling, waarin o.a. staat dat de volgende zaken geregeld moeten zijn: preoperatieve beoordeling door anesthesioloog, thuis adequate opvang en vervoer naar huis. Het percentage in dagbehandeling hoeft daarom niet 100% te zijn. In de richtlijn worden de voorlopige resultaten genoemd van een implementatietraject. Na telling in 88 ziekenhuizen bleek onder 3425 volwassenen in de periode januari-maart 2001 dat het percentage patiënten geopereerd in dagbehandeling 38% was. De landelijke LMR-informatie (Prismant) laat zien dat in 2004 44,5% van de liesbreukoperaties in dagbehandeling heeft plaatsgevonden. Op basis van data van Prismant is de verhouding acuut/niet acuut niet te onderscheiden. Ook is onduidelijk wie daadwerkelijk in aanmerking kwamen voor dagbehandeling. Op basis van ruwe data lijkt er dus variatie te zijn tussen ziekenhuizen voor deze indicator.

### Mogelijkheden tot verbetering

Zorg in instelling zodanig organiseren dat meer operaties in dagbehandeling kunnen worden uitgevoerd.

### Validiteit

Er is bewijs dat dagbehandeling even veilig en effectief is als klinische opname, daarnaast is het goedkoper (Pineault, 1985; Prescott, 1978; Ruckley, 1978).

De richtlijn van de NVvH geeft aan voor elke patiënt een operatie in dagbehandeling te overwegen (NVvH, 2003). De meeste patiënten zullen dagbehandeling prefereren boven opname, maar dat geldt niet voor iedereen. Voor oudere patiënten die geen goede opvang thuis hebben zal het eerder andersom zijn. Daarbij geldt ook de NEN-norm voor dagbehandeling, waarin o.a. staat dat de volgende zaken geregeld moeten zijn: preoperatieve beoordeling door anesthesioloog, thuis adequate opvang en vervoer naar huis. Het percentage in dagbehandeling hoeft daarom niet 100% te zijn. Uit kostenoverwegingen geldt hoe hoger dit percentage, des te beter. Uit kwaliteitsoverwegingen kan geen norm worden gesteld voor het percentage dagbehandelingen ten opzichte van klinische opnames. De benchmark zal op termijn een norm laten zien.

### Betrouwbaarheid

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

### Discriminerend vermogen

Op dit moment wordt dagbehandeling nog lang niet overal als standaardprocedure bij de operatieve behandeling van liesbreuk toegepast. De indicator is gevoelig voor veranderingen in kwaliteit van zorg, bij relatief minder of meer dagbehandelingen wordt dit direct weerspiegeld in de uitkomsten van de indicator. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er wel wat case-mix kan zijn (zie hieronder).

### Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

De indicator is gevoelig voor case-mix; relatief veel oudere patiënten met co-morbiditeit komen minder vaak voor dagbehandeling in aanmerking. Zoals bij validiteit vermeldt, hoeft het percentage dagbehandeling dan ook niet 100% te zijn.

### Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Liesbreukoperatie in dagbehandeling is een aparte DBC-code. Dus geen extra registratielast. Met Consumer Assessment of Health Plans (CAHPS) vragenlijsten kan bij patiënten door de verzekeraar nagevraagd worden of de patiënt de mogelijkheid tot keuze voor dagbehandeling heeft gehad. Voor de te benaderen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

### Referenties

- Pineault, R., Contrandriopoulos, A.P., Valois, M., Bastian, M.L., Lance, J.M. Randomized clinical trial of one-day surgery. Patient satisfaction, clinical outcomes, and costs. *Med Care* 1985; 23: 171-82.
- Prescott, R.J., Cuthbertson, C., Fenwick, N., Garraway, W.M., Ruckley, C.V.. Economic aspects of day care operations for hernia or varicose veins. *J Epidemiol Community Health* 1978; 32: 222-5.
- Richtlijn Behandeling van de liesbreuk. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde NVvH, 2003 ([www.heelkunde.nl](http://www.heelkunde.nl))
- Ruckley, C.V., Cuthbertson, C., Fenwick, N., Prescott, R.J., Garraway, W.M. Day care operations for hernia or varicose veins: a controlled trial. *Br J Surg* 1978; 65: 456-9.

18

19

## 5. Patiëntenfolder

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Na een liesbreukoperatie kan een blauwe verkleuring in het wondgebied ontstaan, die uitzakt naar de basis van de penis en de balzak bij de man en naar de grote schaamlip bij de vrouw. Patiënten maken zich hier zorgen over. Deze zorg kan voor een deel weggenomen worden door het verstrekken van informatie door middel van een patiëntenfolder.
<b>Operationalisatie</b>	Aanwezigheid patiëntenfolder
<b>Teller</b>	ja/nee
<b>Noemer</b>	n.v.t.
<b>Definitie</b>	Geen aanvullende definities nodig
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen criteria geformuleerd
<b>Bron teller</b>	Patiëntenfolder
<b>Bron noemer</b>	n.v.t.
<b>Meetfrequentie</b>	1x per meetperiode
<b>Meetperiode</b>	01-01-08 tot en met 31-12-08
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per meetperiode
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Meetniveau</b>	Maatschapniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een bloeduitstorting (hematoom) na een liesbreukoperatie is in feite vrij normaal, want de holte die voordien werd gevuld door de hernia wordt nu opgevuld door een ophoping van wondvocht en bloed. Deze ophoping in de lies kan zich ook onmiddellijk voordoen na de ingreep. In de meeste gevallen wordt ook hier het bloed spontaan geresorbeerd. Verstrekken van duidelijke informatie is zeer belangrijk en kan veel onnodige ongerustheid wegnemen.

Een patiëntenfolder kan hierbij een rol vervullen, in aanvulling op mondeling gegeven informatie. Een voorbeeld van een patiëntenfolder is in de richtlijn opgenomen (NVvH, 2003). Te verwachten is dat op dit moment niet alle instellingen een patiëntenfolder aan de patiënt verstrekken en er dus waarschijnlijk voldoende variatie is.

### Mogelijkheden tot verbetering

Folder ontwikkelen en aan iedere patiënt, die een operatieve behandeling van de liesbreuk ondergaat, uitdelen.

### Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De aanwezigheid van een patiëntenfolder hoeft niet te betekenen dat deze ook daadwerkelijk aan iedere patiënt, die een operatieve behandeling ondergaat, wordt verstrekt. En andersom betekent het uitreiken van een folder niet dat men daarmee goede informatie verschaft. Een folder komt niet in de plaats van de mondeling gegeven informatie, maar is een aanvulling daarop. De intentie is om op termijn deze indicator te formuleren als procesindicator (percentage patiënten aan wie folder uitgereikt is).

## Validiteit

Goede informatievoorziening kan onnodige onrust bij patiënten wegnemen. Een patiëntenfolder kan hierbij een rol vervullen, in aanvulling op mondeling gegeven informatie. In de richtlijn van de NVvH is een voorbeeld van een patiëntenfolder opgenomen (NVvH, 2003).

## Betrouwbaarheid

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

## Discriminerend vermogen

Niet alle instellingen hebben een patiëntenfolder met betrekking tot operatieve behandeling van liesbreuk. Zodra ze er wel een hebben, laat de indicator dit zien.

## Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

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

## Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Geen registratielast. Ter controle kan verzekeraar dit opnemen in Consumer Assessment of Health plans (CAHPS) vragenlijsten voor patiënten of kan patiëntenfederatie overwegen om steekproefsgewijs te controleren. Voor de te benaderen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

## Referenties

- Richtlijn Behandeling van de liesbreuk. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde NVvH, 2003 ([www.heelkunde.nl](http://www.heelkunde.nl))

## 2.2 Structuurinformatie over het aanbod van de zorg

Bij de indicatorenset Liesbreuk zijn geen aanvullende vragen opgesteld die ingaan op de structuur van het aanbod van de zorg rondom deze aandoening.

20

21

# 3. Lijst te verzamelen variabelen

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

## 3.1 Variabelenlijst

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd. Op de volgende pagina's worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set liesbreuk. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

**Variabele nummer:** Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator.

**Naam:** Naam/beschrijving van de variabele

**Vast te leggen waarde:** De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een behandelas van een DBC zijn, ja/nee of een datum.

**Bron:** De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data-element) te vereenvoudigen. Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam, op een andere plaats of in een ander systeem wordt vastgelegd.

**Instructie:** Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven.

**Nodig voor indicator:** Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt.

Voor sommige variabelen is het niet mogelijk om direct uit de data de waarde van de variabele te bepalen. Leeftijd is hierbij het meest duidelijke voorbeeld. Om de leeftijd te kunnen bepalen is een peildatum en een geboortedatum nodig. Deze eerste twee gegevens zijn opgenomen bij de variabelen. Vervolgens zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen.

Een voorbeeld is: peildatum – geboortedatum = leeftijd.

Voor de meetperiode 2009 (registratie 01-01-08 tot en met 31-12-08) dienen in ieder geval de variabelen te worden aangeleverd die uit digitale bronbestanden gehaald kunnen worden. De beschikbaarheid hiervan kan van ziekenhuis tot ziekenhuis verschillen. Van de variabelen waarvoor het noodzakelijk is om de gegevens handmatig te verzamelen, of waarvoor verschillende koppelingen gemaakt dienen te worden, wordt verzocht deze zo veel als mogelijk aan te leveren<sup>3</sup>. In de webenquête kan er vervolgens bij alle indicatoren aangegeven worden waar gegevens vandaan gehaald zijn (ZIS, DBC, enz.) en met welke methode.

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

22

23

Tabel 2: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
L1	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken.	1, 2, 4
L2	Diagnose Primaire Unilaterale Liesbreuk	11..121.201 11..121.202 11..121.203 11..121.206 11..121.301 11..121.302 11..121.303 11..121.306	DBC Registratie	De patiënten van wie een DBC met de onderstaande codering openstaat of is afgesloten en gevalideerd in de meetperiode, dienen geselecteerd te worden.	1, 2, 4
L3	Operatie Unilaterale liesbreuk	35700 Hernia inguinalis, per 1-7-2004 alleen open procedure 35710 endoscopische operatie hernia inguinalis	Verrichtingen registratie	Aan de DBC moet minimaal een van de onderstaande verrichtingen gekoppeld zijn: 35700 35710 Deze twee codes dekken de lading van de variabele. Er zijn namelijk aparte codes voor bekleemde liesbreuk, recidieve liesbreuk en dubbelzijdige liesbreuk.	1, 2, 4
L4	Datum operatie Primaire Unilaterale Liesbreuk	dd-mm-jjjj	Verrichtingen registratie	Hiervoor wordt de datum van <b>uitvoering</b> van L3 vastgelegd.	1, 2, 4
L5	Geboortedatum	dd-mm-jjjj	ZIS	Nodig om leeftijd te bepalen	1, 2, 4
L6	Mesh	1= ja 2= nee	Via (poli)klinische status of EPD of OK verslag of LMR?	Deze variabele wordt idealiter op patiëntniveau vastgelegd en bijvoorbeeld niet via inkoopadministratie. LMR codering: 5.531**, 5.532**, 5.533**	1
L7	Heroperatie	Het betreft hier zogenaamde 'alsof' coderingen	Verrichtingen registratie	Heroperatie voor liesbreuk vindt meestal plaats t.g.v. een nabloeding. Vaak maken ziekenhuizen hiervoor een zogenaamde 'alsof codering' aan. Hier bestaat geen uniforme codering voor.	2

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
L8	Datum heroperatie	dd-mm-jjjj	Verrichtingen registratie	Hiervoor wordt de datum van uitvoering van L7 vastgelegd.	2
L9	Dagbehandeling	Het betreffen de patiënten met een DBCcode die eindigt met een behandelas xx2.	DBC-registratie		4

24

25

Tabel 3: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Te berekenen gegeven	Variabele	Formule	Formule	Validatie regels	Benodigd voor	Toelichting
Leeftijd	L10	Datum van ingreep – geboortedatum	L4-L5	>18 jaar	1, 2, 4	
Heroperatie binnen 48 uur	L11	Datum heroperatie – datum van ingreep	L8-L4	<2	2	

# 4. Instructies bij het bepalen van de indicatoren

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

## 4.1 Algemene instructies

### Meerdere locaties/vestigingen

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

### Koppeling van registratiesystemen

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

## 4.2 Populatiebepaling

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

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

- Patiënten waarbij één van de onderstaande DBC's in de meetperiode openstaat of is afgesloten en gevalideerd.
  - 11..121.201
  - 11..121.202
  - 11..121.203
  - 11..121.206
  - 11..121.301

26

27

- 11..121.302
- 11..121.303

Het kan dus zijn dat de DBC is geopend voor de meetperiode is begonnen.

- Gedurende de meetperiode moet de onderstaande verrichting zijn uitgevoerd:
  - 35700 Hernia inguinalis, per 1-7-2004 alleen open procedure
  - 35710 endoscopische operatie hernia inguinalis
- Parallele DBC's worden meegenomen.
- Uitsluitend patiënten selecteren die >18 jaar oud zijn.

### In- en exclusie criteria

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

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor co-morbiditeit die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusie criteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

## 4.3 Bepaling van de indicatoren

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

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

Indicator 1	Gebruik mesh-techniek	Formule
<b>Teller</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ga uit van de populatie van de noemer</li><li>- Bepaal van deze patiëntengroep of er gebruik gemaakt is van de mesh-techniek</li></ul>	#L6
<b>Noemer</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Selecteer de patiënten van wie een DBC code voor primaire uni-laterale liesbreuk is geopend of afgesloten in de meetperiode (zie L2)</li><li>- Gedurende de meetperiode moet minimaal één verrichting hebben plaatsgevonden (L3)</li><li>- Patiënten die jonger zijn dan 18 jaar moeten geëxcludeerd worden (L10)</li></ul>	#(L2 & L3) - #(L10 ≤18)

Indicator 2	Heroperaties binnen 48 uur	Formule
<b>Teller</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ga uit van de populatie van de noemer</li> <li>- Bepaal van deze patiëntengroep of er sprake is geweest van een heroperatie binnen 48 uur (L11)</li> </ul>	#L11 < 2
<b>Noemer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zie noemer bij indicator 1</li> </ul>	#(L2 & L3) - #(L10 ≤ 18)

28

Indicator 3	Mogelijkheid lokale anesthesie
<p>In de concept indicatorenset heeft de Vereniging van Anesthesiologen (NVA) bezwaar gemaakt tegen de formulering van indicator 3. Na een overleg tussen leden van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en NVA heeft de NVA een voorstel voor deze indicator ingediend. Idealiter wordt de discussie tussen de twee verenigingen afgewacht, voordat verder wordt gegaan met indicator 3.</p>	

Indicator 4	Dagbehandeling	Formule
<b>Teller</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ga uit van de populatie van de noemer</li> <li>- Bepaal van deze patiëntengroep of er sprake is geweest van dagbehandeling (L9)</li> </ul>	# L9
<b>Noemer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zie noemer bij indicator 1</li> </ul>	#(L2 & L3) - #(L10 ≤ 18)

Indicator 5	Patiëntenfolder
<p>Beantwoording vraagstelling: Is er een patiëntenfolder aanwezig?</p>	

## Bijlage 1

## Afkortingenlijst

29

<b>AIRE</b>	Appraisal of Indicators, Research and Evaluation
<b>CBO</b>	Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
<b>CAPHS</b>	Consumer Assessment of Health Plans
<b>DBC's</b>	Diagnose Behandeling Combinaties
<b>EPD</b>	Elektronisch patiëntendossier
<b>IGZ</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze inspectie bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten.
<b>OMS</b>	Orde van Medisch Specialisten
<b>NIVEL</b>	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
<b>NFU</b>	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
<b>NPCF</b>	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
<b>NVvH</b>	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
<b>NVZ</b>	NVZ vereniging van ziekenhuizen is de organisatie van de branche ziekenhuizen
<b>RIVM</b>	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
<b>ZIS</b>	Ziekenhuis informatie systeem
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland
<b>ZonMw</b>	De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. ZonMw werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. In opdracht van o.a. het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Indicator	Kwaliteits-domein	Type	Bron	Reden van afwijzing
Adequate postoperatieve pijnprophylaxe/bestrijding (Wondinfiltratie met een lokaal langwerkend anestheticum, waardoor gebruik van orale analgetica beperkt kan blijven)	Effectiviteit	Proces	1	Pijnbestrijding is een belangrijk issue. Pijnbestrijding op korte termijn is opgenomen in de IGZ-basiset. Pijn op langere termijn wordt onderzocht in wetenschappelijke studies, en deze kennis is dus nog niet uitgekristalliseerd. Er wordt besloten de wetenschappelijke studies af te wachten alvorens hier een indicator voor te ontwikkelen.
Adequate indicatiestelling? Symptomatische breuk Wanneer bij asymptomatische breuk? (het is onzeker of het electief opereren van asymptomatische liesbreuken, met name bij oudere patiënten, enig voordeel biedt)	Effectiviteit	Proces	1	Indicatiestelling is subjectief, daarmee is deze indicator niet uitvoerbaar.
Pre-operatieve beoordeling van belang voor dagbehandeling	Effectiviteit, veiligheid	Proces	1	Algemene indicator, eventueel bruikbaar als er geen specifieke indicatoren overblijven.
Gebruik van open Mesh-techniek (eerste keus Lichtenstein), bij enkelzijdige primaire liesbreuk	Effectiviteit	Proces	1	Ongeveer 10% van de liesbreukoperaties wordt op dit moment endoscopisch uitgevoerd. Er is te weinig ervaring om deze techniek nationaal aan te bevelen. Als de endoscopische techniek wordt beheerst, is het niet fout om te doen. De open methode is een even goede en veilige methode.
Recidiefpercentage	Effectiviteit	Uitkomst	1	Moeilijk tot niet registreerbaar, behalve in de vorm van heroperaties.
Heroperaties	Effectiviteit	Uitkomst	4, 5	Heroperaties: binnen 48 uur her-OK (meestal door nabloeding) is uitgewerkt. Na 14 dagen zie je infecties, na 3 maanden niet goed uitgevoerde operaties. Deze zijn nu nog niet uit registraties te halen. Daarbij komt dat recidieven niet altijd bij dezelfde behandelaar terug komen, waardoor dit getal niet veel zegt; ook de zorgverzekeraar zal deze gegevens niet kunnen aanleveren, omdat patiënten op dit moment nog veel switchen.
Heropname binnen 30 dagen	Effectiviteit	Uitkomst	3	Deze indicator is lastig te meten en gevoelig voor case-mix. Ook kan de verzekeraar het aantal heropnames niet bepalen, omdat heropname binnen dezelfde DBC kan plaatsvinden en er geen operatiedatum bekend is. Alleen de sluitingsdatum van de DBC is bekend. Ook kan de verzekeraar geen onderscheid maken of het bij een tweede liesbreukoperatie binnen 30 dagen (waarbij wel een tweede DBC is geopend), het een heroperatie betreft of een operatie aan de contralaterale zijde.

30

31

Indicator	Kwaliteits-domein	Type	Bron	Reden van afwijzing
Verdwijnen van de oorspronkelijke klachten: pijn, last/ongemak, cosmetische bezwaren	Effectiviteit	Uitkomst	3	Moeilijk te objectiveren. Bovendien alleen uit te voeren als een surveillance wordt opgezet.
Tijd tot werkhervatting	Effectiviteit	Uitkomst	3	Moeilijk te objectiveren. Bovendien alleen uit te voeren als een surveillance wordt opgezet.
Pijnklachten > 3 maanden	Effectiviteit	Uitkomst	3	Moeilijk te objectiveren. Bovendien alleen uit te voeren als een surveillance wordt opgezet. (Overigens wel een belangrijk issue!)
Gebruik endoscopische techniek	Effectiviteit	Proces	1	Bij primaire liesbreuken is de winst van endoscopische tov open techniek klein, kosten zijn hoger. -> Indicator aanpassen: gebruik endoscopische techniek bij recidiefoperatie
Gebruik endoscopische techniek bij recidiefoperatie	Effectiviteit	Proces	3	Ongeveer 10% van de liesbreukoperaties wordt op dit moment endoscopisch uitgevoerd. Er is te weinig ervaring om deze techniek nationaal aan te bevelen.
Aanbevolen gebruik bij recidief-liesbreuk na anterieure benadering een preperitoneale mesh, bij voorkeur dmv TEP	Effectiviteit	Proces	1	Erg specifiek. Relatie met kwaliteit is niet hard.
Aanbevolen bij recidief-liesbreuk na posterieure benadering te kiezen voor een anterieure benadering.	Effectiviteit	Proces	1	Erg specifiek. Relatie met kwaliteit is niet hard.
Aantal endoscopische operaties per operateur (>50/jaar)	Effectiviteit	Structuur	2, 6	Er bestaat twijfel over de hardheid van de relatie tussen het aantal endoscopische ingrepen bij liesbreuk en de kwaliteit van zorg. Het streefaantal wat genoemd wordt, is niet wetenschappelijk onderbouwd. Deze wordt niet in de richtlijn genoemd en heeft geen draagvlak binnen de NVvH. De operationalisatie is per chirurg. Het gaat echter niet om de ervaring per chirurg, maar om de ervaring van het team. Tot chirurg herleidbare gegevens roept perverse reacties op en zegt niets over kwaliteit van zorg. Stratificatie naar type centrum (ZBC, opleiding, niet opleiding etc) is noodzakelijk.
Endoscopische operaties worden met regelmaat uitgevoerd door getrainde teams	Effectiviteit	Structuur/ proces	1	Niet te operationaliseren in een indicator.
Gestructureerde onderwijsaanpak voor alle technieken toegepast bij liesbreukchirurgie	Effectiviteit	Structuur/ proces	1	Is niet in getal uit te drukken volgens richtlijn en niet te operationaliseren in een indicator.
Alle open liesbreuk technieken komen in aanmerking voor lokale anesthesie. (veiligste methode)	Effectiviteit, veiligheid	Proces	1	Keuze voor lokale anesthesie hangt af van patiënt. Niet alle instellingen kunnen liesbreukoperaties onder lokale anesthesie uitvoeren. Deze indicator wordt daarom uitgewerkt als structuur-indicator.

Indicator	Kwaliteits- domein	Type	Bron	Reden van afwijzing
P.oliikl. complicat. Registratie	Veiligheid	Structuur 3		Deze indicator is niet onderscheidend voor liesbreuk.
Hoe en hoe vaak worden complicaties besproken?	Veiligheid	Proces 3		Moeilijk te operationaliseren in een indicator.
Maatregelen op basis van complicatieregistratie	Veiligheid	Uitkomst 3		Moeilijk te operationaliseren in een indicator.
Postoperatieve wondinfecties	Veiligheid	Uitkomst 4, 5		De indicatorenset van de IGZ bevat deze indicator in het algemeen, specifiek voor liesbreuk voegt niets toe. Moeilijk uitvoerbaar.
Adequate profylactische antibiotica (Aanbevolen alleen op indicatie (bij patiënten met risicofactoren zoals recidief, hoge leeftijd, maligniteit, corticosteroid gebruik en weerstandverlagende aandoeningen) antibiotica-profylaxe te geven)	Veiligheid	Proces 1		Niet registreerbaar. Uitkomst is postoperatieve wondinfecties.
Bloedingen/hematomen	Veiligheid	Uitkomst 1, 5		Is opgenomen in indicator heroperaties binnen 48 uur.
Toediening van LMWM-tromboseprofylaxe in de arm of contralaterale dij	Veiligheid	Proces 1		Niet uitvoerbaar. Is afhankelijk van hoe je de patiënt opereert.
veroorzaakt minder wondhematomen dan toediening in de buikwand				
Testisatrofie/orchitis	Veiligheid	Uitkomst 1		Zeer zeldzame complicatie; heeft geen zin.
Mortaliteit	Veiligheid	Uitkomst 1		Zeer zeldzame complicatie; heeft geen zin.
Pijn, zenuwletsel en neuralgie	Veiligheid	Uitkomst 1		Zenuwletsel en neuralgie zijn zeer zeldzame complicaties.
Darmletsel	Veiligheid	Uitkomst 1		Pijn, zie indicator pijnklachten > 3 maanden.
Ileus	Veiligheid	Uitkomst 1		Zeer zeldzame complicatie; heeft geen zin.
DVT/LE	Veiligheid	Uitkomst 1		Zeer zeldzame complicatie; heeft geen zin.
Adequate tromboseprofylaxe bij patiënten met risicofactoren (profylaxe bij patiënten met gemiddeld/intermediair en hoog risico met LMWH)	Veiligheid	Proces 1		Niet registreerbaar, uitkomst is DVT/LE.
Patiënten zonder risicofactoren die in dagbehandeling geopereerd worden	Veiligheid	Proces 1		Niet zinvol; het gaat juist om de mensen die wel profylaxe hebben geen tromboseprofylaxe nodig
Geen tromboseprofylaxe bij lokale anesthesie	Veiligheid	Proces 1		Niet zinvol; het gaat juist om de mensen die wel profylaxe moeten krijgen.
Postoperatieve pijn	Effectiviteit	Uitkomst 1		Niet zinvol; het gaat juist om de mensen die wel profylaxe moeten krijgen.
Urineretentie en blaasletsel	Veiligheid	Uitkomst 1		Kun je meten met VAS, is niet uitvoerbaar.
Voorkomen van urineretentie	Veiligheid	Proces 3		Blaasletsel zeer zeldzame complicatie; heeft geen zin.
ASA I en II overweeg altijd dagbehandeling	Effectiviteit/ doelmatigheid	Structuur 1		Urineretentie: komt veel voor, heb je niet bij lokale anesthesie. -> Indicator aanpassen: wat doe je om urineretentie te voorkomen.
ASA III en IV overweeg dagbehandeling	Effectiviteit/ doelmatigheid	Structuur 1		Indicator is lastig te operationaliseren.
Percentage dagbehandeling > 80%	Effectiviteit/ doelmatigheid	Structuur 6		Dit is een operationalisatie van de indicator dagbehandeling.

32

33

Indicator	Kwaliteits- domein	Type	Bron	Reden van afwijzing
Wachtljst	Patiënt- gerichtheid/ Doelmatigheid	Structuur 3		Wachtljst voor liesbreukoperaties is al aan het opdrogen. Bovendien lok je wellicht pervers gedrag uit als voorrang wordt gegeven aan liesbreukoperaties boven andere operaties voor bijv. oncologie. Dit is niet wenselijk.
Gemiddelde verpleegduur van opgenomen patiënten	Doelmatigheid	Proces 2		Vanuit doelmatigheidsoogpunt zou de indicator interessant kunnen zijn. Echter waarschijnlijk weinig informatieve indicator, vanwege gering discriminerend vermogen.
Gesprek met patiënt bij ontslag	Patiënt- gerichtheid	Proces 3		Niet adequaat te meten; eventueel vanuit verzekeraar te verwezenlijken via enquête.
Onderzoek bij patiënt bij ontslag	Effectiviteit	Proces 3		Niet adequaat te meten; eventueel vanuit verzekeraar te verwezenlijken via enquête.
Patiënt ontvangt instructies voor na het ontslag (niet nodig een tijdelijk til, sport of werkverbod op te leggen)	Patiënt- gerichtheid	Proces 1		Indicator aanpassen: Patiëntenfolder, waarin zaken als pijn/hematoom etc. vermeld worden.
<p><i>Oorsprong van de indicatoren:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Richtlijn Behandeling van de liesbreuk. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde NVvH, 2003 (<a href="http://www.heelkunde.nl">www.heelkunde.nl</a>).</li> <li>2. Voorgestelde indicatoren door ZN voor zorginkoop 2006.</li> <li>3. Werkgroep (inhoudelijk experts).</li> <li>4. IGZ (2005) Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2004, Den Haag.</li> <li>5. BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2004. Modul 03/1: Leistenhernie, Qualitätsindikatoren.</li> <li>6. Kwaliteitsindicatoren segment B. Kenniscentrum DBC - Zorgverkeers Nederland, 2004.</li> </ol>				

1. Gebruik mesh-techniek	Vereniging/organisatie	Verwerkt/niet verwerkt	Toelichting
<b>Commentaar*</b>			
Prima indicator Goede procesindicator. Zoals aangegeven bestaat het gevaar op complicaties (migratie/chronische pijnklachten). Zodoende kan niet 100% gescoord worden. Zeker bij pte. die opnieuw, maar dan aan de andere lies worden geopereerd en deze complicaties hebben ondervonden, zal de operateur conservatief te werk gaan. Voor de kiezende zorggebruiker zegt deze indicator op zichzelf niet veel. Wat betekent immers dit percentage voor zijn (of haar) individuele behandeling? Patiënt wil graag weten welke behandelopties het ziekenhuis hen had kunnen bieden, nu is de focus gelegd op mesh-techniek. Deze indicator kan patiënten keuze-informatie bieden, wanneer dit element is opgenomen in een overzicht van verschillende behandelmethoden die het ziekenhuis liesbreukpatiënten kan bieden, met de voor- en nadelen. In een dergelijke weergave geeft een percentage gebruikt mesh techniek patiënten meer achtergrondinformatie.	ZN IGZ	nvt Niet verwerkt	Het gaat bij deze indicator met name om het toetsen in hoeverre de richtlijn voor liesbreukbehandeling van de NVvH gevolgd wordt. De richtlijn is geen voorschrift. In de factsheet en de leeswijzer wordt vermeld dat patiënten aan de hand van deze indicator kunnen zien in welke mate artsen de richtlijn volgen. De patiënt kan op basis van deze indicator ook aan arts vragen of hij/zij een operatie met gebruik van mesh krijgt.
<b>2. Heroperaties binnen 48 uur</b>			
<b>Commentaar*</b>			
Prima indicator Een verbeterde versie van onze eigen indicator. Hier is een duidelijke tijdslimiet weergegeven. Daarmee vang je weliswaar nabloedingen en wondproblematiek, maar niet de recidief breuken! Moeilijk te registreren.	ZN IGZ	nvt Niet verwerkt	Staat al in de tekst: De indicator heroperaties in de basisset van de IGZ (IGZ, 2004) kent geen tijdslimiet en daarbij worden percentages tussen de 0,5 en 12% gevonden (IGZ, 2005). Deze indicator is echter gevoelig voor case-mix, bij relatief veel oudere patiënten met stollingsproblemen of aandoeningen zoals diabetes mellitus en obesitas zijn er mogelijk meer complicaties te verwachten. Daarom is gekozen voor heroperaties binnen 48 uur, wat beter vergelijkbaar is tussen instellingen. Daarbij komen recidieven komen niet altijd bij dezelfde behandelbaar terug waardoor dit getal niet veel zegt;

34

35

2. Heroperaties binnen 48 uur	Vereniging/organisatie	Verwerkt/niet verwerkt	Toelichting
<b>Commentaar*</b>			
De kans op het risico dat de operatie niet in een keer lukt, sluit aan bij de mening van de ondervraagde patiënten met een liesbreuk. Patiënten willen over het algemeen graag de slagingskans en de risico's van een behandeling weten.	NPCF	nvt	ook de zorgverzekeraar zal deze gegevens niet kunnen aanleveren omdat patiënten op dit moment nog veel switchen. De opmerking over de lastige registratie wordt gedeeld: de registreerbaarheid van deze indicator vergt een forse extra inspanning.
<b>3. Mogelijkheid lokale anesthesie</b>			
<b>Commentaar*</b>			
Een sociaal wenselijk antwoord ligt voor de hand. Handhaving is moeilijk. Een stempel in de status? Beter alternatief is het percentage pte. die locoregionale anesthesie heeft gekregen. Indien geen verschil kan worden aangetoond van de ene methode van anesthesie boven de andere (in de literatuur en in de kliniek) kan de keuze geheel aan de patiënt worden overgelaten. In de richtlijn van de NVvH wordt de uitgangsvraag wat de beste vorm van anesthesie is niet behandeld. Op blz 48 wordt de vraag of lokaal anesthesie voor de liesbreuk operatie even veilig is als andere anesthesietechnieken niet beantwoord. De aangehaalde artikelen tonen dat ook niet aan. Toch wordt geadviseerd lokaal anesthesie te overwegen. Het comfort en de veiligheid van de patiënt en de operatiecondities voor de chirurg zijn met een andere vorm van anesthesie beter gediend. De NVA ondersteunt deze indicator dan ook niet als externe indicator.	IGZ NVA	Niet verwerkt Niet verwerkt	Het gaat niet om het aantal patiënten dat locoregionale anesthesie heeft gekregen, maar om het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor deze vorm van anesthesie en die voor locoregionale anesthesie hebben kunnen kiezen. Het doel van deze indicator is dat patiënten de mogelijkheid moeten hebben om in overleg met de arts de vorm van anesthesie te bepalen. Locale anesthesie moet daarbij een optie kunnen zijn. Het geeft openheid richting patiënten of zij er in een instelling naar kunnen vragen: is het er of is het er niet. In andere Angelsaksische landen wordt de lokale techniek succesvol gebruikt, in Nederland is het uitvoeren van liesbreukoperaties onder locale anesthesie nog niet algemeen toegepast. Het doel van de richtlijn is ook om deze techniek meer onder de aandacht te brengen. De in de richtlijn opgenomen literatuur bevat 2 gerandomiseerde studies, die de resultaten tussen lokale

3. Mogelijkheid lokale anesthesie	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
<b>Commentaar*</b>			<p>anesthesie en algehele/regionale anesthesie vergelijken. De grotere studie laat daarbij geen verschillen zien (O'Dwyer, 2003), en de kleinere studie een licht voordeel voor de lokale anesthesie, met een hogere patiëntensatisfactie, een iets sneller postoperatief ontslag, en iets lagere kosten (Song, 2000). Dit pleit niet tegen het gebruik van lokale anesthesie of voor het gebruik van andere vormen van anesthesie. De werkgroep is ook niet bekend dat is aangetoond dat de nieuwere technieken beter zijn ten opzichte van lokale anesthesie bij liesbreukoperaties.</p> <p>De werkgroep wil de indicator handhaven. Het doel van de set indicatoren is patiënten en zorginkopers keuze-informatie te bieden voor liesbreukoperaties. Uit een patiëntenfocusgroep, gehouden door de NPCF ten behoeve van het opstellen van indicatoren voor liesbreukoperaties, komt naar voren dat de mogelijkheid voor lokale anesthesie zeer gewaardeerd wordt. De patiënt wil worden geïnformeerd over alle opties van anesthesie en op basis daarvan een keuze kunnen maken. De indicator is dan ook geoperationaliseerd als: Heeft de patiënt de mogelijkheid om zelf te kiezen voor de wijze van anesthesie (locaal, epiduraal of algemeen)?</p> <p>De NVvH zal op korte termijn in overleg hierover gaan met de NVA. Mocht blijken dat deze indicator niet zinnig is, dan kan deze alsnog verwijderd worden.</p> <p>O'Dwyer PJ, Serpell MG, Millar K, Paterson C, Young D, Hair A, Courtney CA, Horgan P, Kumar S, Walker I. Local or general anesthesia for open hernia repair: a randomized trial. Ann Surg 2003;237(4):574-9.</p> <p>Song D, Greilich NB, White PF, Watcha MF, Tongier WK. Recovery profiles and costs of anesthesia for outpatient unilateral inguinal herniorrhaphy. Anesth Analg 2000;91(4):876-81.</p>

36

37

3. Mogelijkheid lokale anesthesie	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
<b>Commentaar*</b>	ZN NPCF	nvt Niet verwerkt	Staat in de leeswijzer.
Goede indicator			
Evenals de verschillende mogelijkheden voor operatieve behandelingen geven ondervraagde patiënten aan ook de verschillende opties voor anesthesie graag inzichtelijk te willen zien, zodat deze bespreekbaar zijn voor de eigen situatie. De mogelijkheid voor lokale anesthesie wordt door patiënten in ieder geval gewaardeerd, maar de informatiewens voor het maken van een keuze ligt in principe breder dan slechts de optie lokale anesthesie. In de definitie en operationalisatie van deze indicator is dit perfect meegenomen. Wanneer er een verband bestaat tussen het gebruik van de mesh-techniek en de mogelijkheid lokale anesthesie, omdat dit veiliger zou zijn, is het wenselijk hier in de voorlichting aandacht te besteden.			
4. Dagbehandeling	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
<b>Commentaar*</b>	IGZ ZN NPCF	Niet verwerkt nvt nvt	Norm hoeft ook niet 100% te zijn. Wel goed dat patiënten de keuze kunnen hebben voor operatie in dagbehandeling.
Uit kostenoverweging een goede indicator. Of de kwaliteit van zorg hiermee gediend is, is de vraag. (zie opmerking over case-mix)			
Goede indicator			
Uit gesprekken met patiënten is gebleken dat de mogelijkheid een liesbreuk-behandeling in dagbehandeling te ondergaan, de keuze voor een bepaald ziekenhuis kan bepalen.			

5. Patiëntenfolder	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
<b>Commentaar*</b>			
Bespreken informatie/vragen naar aanleiding van folder zou nog beter zijn dan enkel aanwezigheid.	ZN	Niet verwerkt	In principe mee eens, maar moeilijk te operationaliseren
Weinig zeggende structuurindicator	IGZ	Niet verwerkt	In de WGB0 staat vermeld dat de zorgverleners verplicht zijn alle opties uit te leggen aan de patiënt. De patiëntenfolder is hier een aanvulling op.
De aanwezigheid en het kunnen doornemen van de informatie van een patiëntenfolder is belangrijk voor de patiënt die een liesbreuk operatie zal of heeft ondergaan. Vooral nog is gekozen als definitie en operationalisatie bij deze indicator: aanwezigheid patiëntenfolder. Een kanttekening of gevaar hierbij is, dat de aanwezigheid van een folder in de kliniek nog niet automatisch betekent dat deze meegegeven/meegenomen en gelezen wordt. Geadviseerd wordt om bij deze indicator ook aandacht te besteden aan de implementatie. Naast de informatie dmv een folder, blijft mondelinge informatie door de behandelaar noodzakelijk. Gepleit wordt om in de (gestandaardiseerde) patiëntenfolder aandacht te besteden aan de overige indicatoren uit de set 'liesbreuk'.	NPCF	Verwerkt	Het pleidooi om in de (gestandaardiseerde) patiëntenfolder aandacht te besteden aan de overige indicatoren uit de set, lijkt een zinvolle aanvulling. Dit wordt doorgegeven aan de commissie patiënten-voorlichting van de NVVH.
<i>* Indien mogelijk/nodig is het commentaar samengevat</i>			

38

39

### Verwerking bevindingen Inlooperperiode

Commentaar	Consequentie	Toelichting
<b>LOGBOEK / OPMERKINGEN WEBENQUÊTE EN INTERVIEW</b>		
1 Niet geheel duidelijk is hoe de variabele L7, heroperatie, verzameld moet worden. In praktijk blijkt geen uniforme codering voor deze variabele gebruikt te worden. Heroperaties vinden meestal plaats ten gevolge van een nabloeding. Vaak wordt in de ziekenhuizen een zogenaamde 'alsof codering' gebruikt. Er kan dan gekeken worden naar een tweede CTG code voor chirurgie, die binnen 48 uur na de eerste operatie plaatsvindt.	Opmerking in tekst toegevoegd	<b>Indicator 2: Heroperaties binnen 48 uur</b> In registratiegids staat ook "Heroperatie voor liesbreuk vindt meestal plaats t.g.v. een nabloeding. Vaak maken ziekenhuizen hiervoor een zogenaamd "alsof codering" aan. Hier bestaat geen uniforme codering voor."
2 Heroperatie-code op basis van een aparte code blijkt moeilijk traceerbaar. De instructie lijkt onvoldoende duidelijk welke operaties gerelateerd zijn aan de primaire operatie	Geen wijziging	<b>Indicator 2: Heroperaties binnen 48 uur</b>
3 Ten aanzien van de structuurindicator 'eigen keuze voor anesthesie' is het in de praktijk vaak zo dat de patiënt zijn wens bekend kan maken en dat daar rekening mee gehouden wordt. Op basis van het intakegesprek wordt besloten wat het beste is voor de patiënt.	Geen wijziging	<b>Indicator 3: Mogelijkheid lokale anesthesie</b> Als patiënt kan kiezen dan kan er 'Ja' worden geantwoord bij deze indicator.
4 Niet duidelijk is de exclusie van de bekleemde recidive of dubbelzijdige hernia weergegeven, deze wordt in de webenquête tekst geïntroduceerd.	Geen wijziging	In de registratiegids/rapportage worden inclusiecriteria gebruikt: 'Inclusiecriteria: leeftijd > 18 jaar; electieve ingrepen; primaire unilaterale liesbreuken'
5 De leeftijaanduïding 'ouder dan 18 jaar' lijkt niet te kloppen. Vallen 18-jarigen daar nu wel of niet onder?	Gewijzigd in > 18 jaar / ouder dan 18 jaar opnemen.	In het hoofdstuk procesbeschrijving wordt onder paragraaf 1.7 gesproken over $\geq 18$ , maar in de rest van de rapportage staat er bij de inclusie criteria >18.
6 De mesh-techniek wordt in meerdere ziekenhuizen protocollair toegepast. Daardoor is het volgens de ziekenhuizen niet interessant om hier een aparte registratie voor in te bouwen, omdat dit niet bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg.	Is de meeste ziekenhuizen > 95%? Voorlopig geen wijziging	<b>Indicator 1: Gebruik mesh-techniek</b> Indicator vraagt naar het percentage liesbreukoperaties waarbij mesh gebruikt is.
7 In de teller van de eerste indicator wordt gebruikgemaakt van CVV code reeksen. Vervolgens worden t.b.v de bijbehorende noemer CTG codes gehanteerd. Daarom worden er twee codes uit verschillende stelsels gebruikt?	Geen wijziging	<b>Indicator 1: Gebruik mesh-techniek</b>
<i>* indien mogelijk/nodig samengevat</i>		

Commentaar	Consequentie	Toelichting
<p>8 Bij L3 staat bij de instructie de codering 25710. Bij vast te leggen waarde staat 35710. Dit is per abuis ontstaan, het moet zijn code 35710.</p>	<p>25710 is gewijzigd 35710</p>	<p><i>* indien mogelijk/nodig samengevat</i></p>

40

41

Verwerking bevindingen uit de Praktijktest (uitgevoerd eind 2006, begin 2007)

Er waren geen bevindingen naar aanleiding van de Praktijktest.

Nederlandse  
Vereniging  
voor Heelkunde

Kwaliteitsinstituut CBO	
Datum	29-1-07
Volgnummer	020
Archiefcode	
Projectnummer	
Actie door	
Kopie naar	WB, MW, MJ, J

Orde van Medisch Specialisten  
Prof. dr. P.A.M. Vierhout, voorzitter  
Postbus 20057  
3502 LB UTRECHT

Onze ref.: 20060016970Br

Utrecht, 24-01-2007

re: Prestatie-indicatoren

Hoogeleerde heer, beste Pieter,

namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) kan ik je mededelen dat de

Kwaliteit van Zorg in de Etalage Indicatorset liesbreuk en

Kwaliteit van Zorg in de Etalage Indicatorset mammacarcinoom

in de algemene bestuursveragdering van 4 december jongstleden zijn goedgekeurd en vastgesteld. Inmiddels staan beide indicatoren op het ledengedeelte van de website van de NVvH.

Met vriendelijke groet,  
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HEELKUNDE



Dr. R. Vree  
Secretaris Kwaliteit

C.c.: J. van Everdingen, CBO