

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:

Postbus 16119
2500 BC Den Haag

Telefoon:

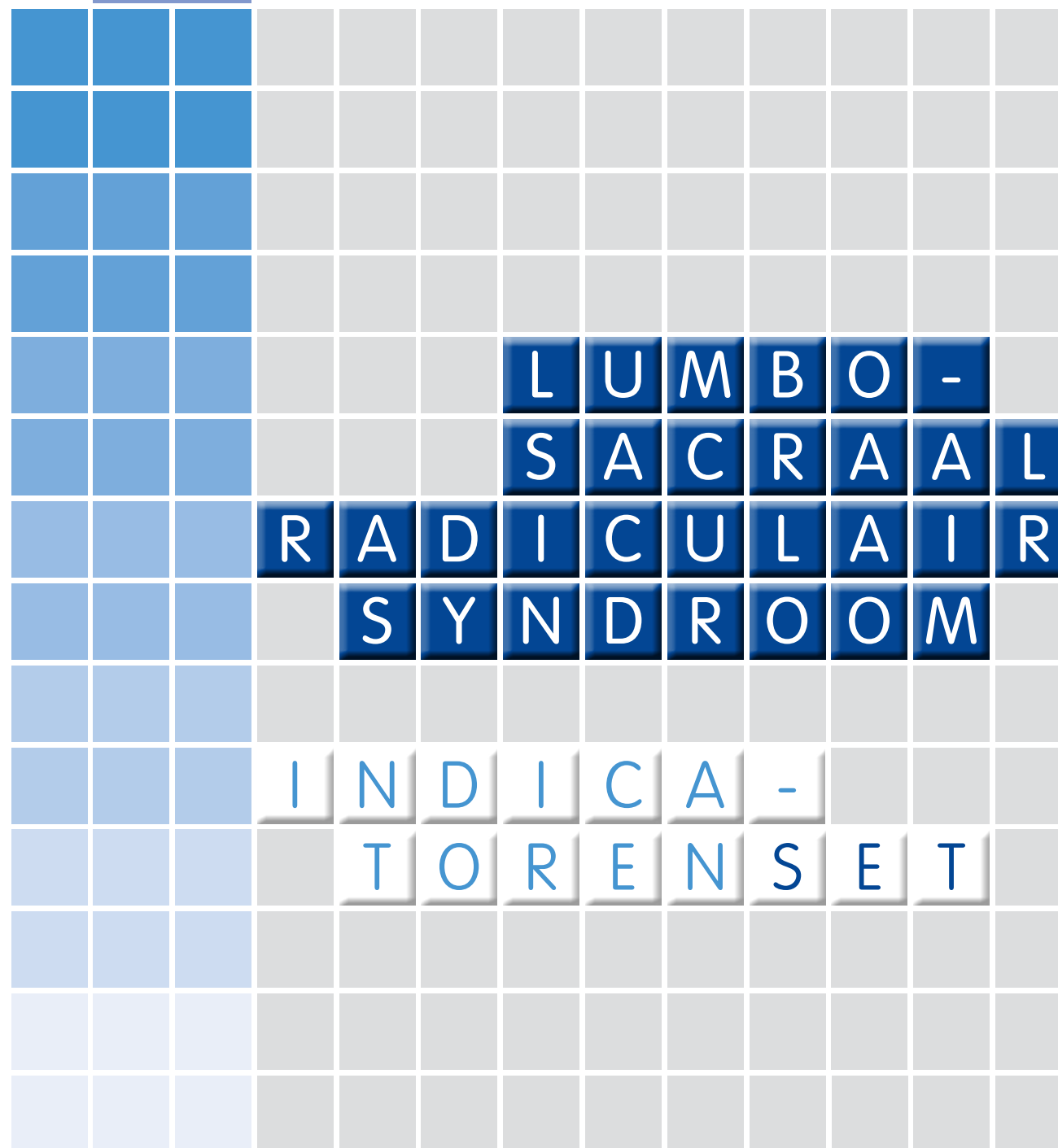
(070) 3407911

Telefax:

(070) 3405725

Internet:

www.zichtbarezorg.nl



LUMBO -
SACRAAL
RADICULAIR
SYNDROOM

INDICA -
TORENSET

Colofon

Internet: www.zichtbarezorg.nl

E-mail: info@zichtbarezorg.nl

Samenstelling werkgroep Lumbosacraal Radiculair Syndroom

Drs. K. Albrecht, *neurochirurg (NVvN)*

Drs. A.F.A. van Beurden, *orthopedisch chirurg (NOV)*

Mw. Drs. R.M.A. Geels, *arts Maatschappij en Gezondheid, MHA (ZN)*

Drs. J.L.M. van Hellenberg Hubar, *neuroloog (NVN)*

Dr. M. de Kleuver, *orthopedisch chirurg (NOV)*

Drs. W. C. Peul, *voorzitter/neurochirurg (NVvN)*

Mw. Drs. M.F. Roesdi, *neuroloog (NVN)*

L. Voogt, *patiëntenvertegenwoordiger namens Stichting Wervelkolom*

Drs. R. Walchenbach, *neurochirurg (NVvN)*

Dr. C.A.J. Vroomen, *vice-voorzitter/neuroloog (NVN)*

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 Indicatorenset Lumbosacraal Radiculair Syndroom
- 1.4 Totstandkoming van indicatorensets
- 1.5 Leeswijzer

2 Overzicht indicatoren Lumbosacraal Radiculair Syndroom pagina 8

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

3 Lijst te verzamelen variabelen pagina 24

- 3.1 Variabelenlijst

4 Instructies bij het bepalen van de indicatoren pagina 29

- 4.1 Algemene instructies
- 4.2 Populatiebepaling voor lumbosacraal radiculair syndroom
- 4.3 Bepaling van de indicatoren

Bijlage 1: Afkortingenlijst pagina 32

Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren pagina 33

Bijlage 3: Verwerken commentaar consultatieronde pagina 34

Bijlage 4: Verwerking bevindingen Inlooperperiode 2008 en Praktijktest pagina 36

Bijlage 5: RDQS vragenlijst pagina 39

Bijlage 6: Autorisatie wetenschappelijke verenigingen pagina 41

1. Inleiding

Voor u ligt de set externe kwaliteitsindicatoren voor Lumbosacraal Radiculair Syndroom. 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 partijen¹ 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.

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

4

5

1.3 Indicatorenset Lumbosacraal Radiculair Syndroom

De werkgroep voor de indicatorenset Lumbosacraal Radiculair Syndroom bestaat uit de volgende personen:

Drs. K. Albrecht, *neurochirurg (NVvN)*

Drs. A.F.A. van Beurden, *orthopedisch chirurg (NOV)*

Mw. Drs. R.M.A. Geels, *arts Maatschappij en Gezondheid, MHA (ZN)*

Drs. J.L.M. van Hellenberg Hubar, *neuroloog (NVN)*

Dr. M. de Kleuver, *orthopedisch chirurg (NOV)*

Drs. W. C. Peul, *voorzitter/neurochirurg (NVvN)*

Mw. Drs. M.F. Roesdi, *neuroloog (NVN)*

L. Voogt, *patiëntenvertegenwoordiger namens Stichting Wervelkolom*

Drs. R. Walchenbach, *neurochirurg (NVvN)*

Dr. C.A.J. Vroomen, *vice-voorzitter/neuroloog (NVN)*

De indicatorenset Lumbosacraal Radiculair Syndroom 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 meet-specificaties. De ervaringen van de ziekenhuizen vormen de grondstof voor een verdere optimalisering van de indicatorensets en de bijbehorende registratiegidsen.

De werkgroep externe indicatoren Lumbosacraal Radiculair Syndroom 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 (bijlage 3). De definitieve indicatorenset 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 Lumbosacraal Radiculair Syndroom kunt gebruiken.

Hoofdstuk twee begint met een overzicht van de indicatoren die voor Lumbosacraal Radiculair Syndroom 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 zorg rondom Lumbosacraal Radiculair Syndroom.

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.

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 Lumbosacraal Radiculair Syndroom

8

9

In dit hoofdstuk wordt de indicatorenset Lumbosacraal Radiculair Syndroom beschreven. Deze set bestaat uit vier 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 Lumbosacraal Radiculair Syndroom 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	
Relatie tot kwaliteit	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.
Operationalisatie	Hier wordt de indicator in één korte zin omschreven.
Teller	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.
Noemer	De noemer is het getal onder de streep van een breuk.
Definitie	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.
In-/exclusiecriteria	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.
Bron	Voor het verzamelen van de gegevens kunnen verschillende bronnen gebruikt worden. Bijvoorbeeld DBC-registratie, verrichtingenregistratie, poli(klinische) status, EPD.

Meetfrequentie	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.
Meetperiode	De gegevens worden opgevraagd over een zogenaamde meetperiode. Afspraken over deze meetperiode zijn landelijk gemaakt.
Rapportagefrequentie	Afspraken over de rapportagefrequentie worden landelijk gemaakt. Bijvoorbeeld één keer per jaar.
Type indicator	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.
Meetniveau	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.
Kwaliteitsdomein	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, bijvoorbeeld²:

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

² Deze onderwerpen kunnen om inhoudelijke redenen variëren per indicator

1. Aantal dagen tussen operatie-indicatie door operateur en operatie	
Relatie tot kwaliteit	Wanneer de operateur de operatie-indicatie stelt, dient de OK binnen zeven weken plaats te vinden (Treenorm). De werkgroep acht een termijn van vier weken wenselijk tussen het stellen van de operatie-indicatie door de operateur en het uitvoeren van een operatie (mediaan), om onnodige pijn, onnodig ziekteverzuim en invaliditeit bij de patiënt te voorkomen. Een relatief lange periode tussen een operatie-indicatie en de operatie kan duiden op een inefficiënte organisatie binnen de instelling.
Operationalisatie	<i>Per patiënt:</i> Datum uitgevoerde lumbale HNP operatie minus datum OK-indicatiestelling door operateur. Van alle patiënten in deze groep zijn gemiddelde, mediaan en spreiding nodig van de wachttijd tot OK om een oordeel te kunnen geven over consistentie van gemeten waarden. <i>Per instelling weergeven:</i> Gemiddelde: dagen Mediaan: dagen Spreiding: dagen
Definitie (s)	Wachttijd tot OK: Het aantal dagen tussen indicatiestelling voor operatie door de operateur en operatie. Datum OK-indicatiestelling: Datum van opname op de OK-wachttijd. Mediaan: De middelste waarde uit een reeks.
In-/exclusiecriteria	Inclusie: alle patiënten (inclusief spoed) die een lumbale HNP-OK wensen en waarbij de operateur de indicatie voor OK heeft gesteld. Het gaat om 'afgeronde' patiënten in het registratiejaar: d.w.z. patiënten die daadwerkelijk een operatie hebben ondergaan.
Bron teller	CTG verrichtingen administratie, OK-wachttijd (opnameplanning), digitale wachttijdregistratie
Bron noemer	DBC registratie
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1x per meetperiode
Rapportagefrequentie	1x per meetperiode
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiënteniveau; rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid, patiëntgerichtheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De Treenorm voor operatie na indicatiestelling door operateur is zeven weken. De vraag is of dit een acceptabele gemiddelde wachttijd is, omdat de indicatie voor verwijzing naar de tweede lijn c.q. indicatie voor verwijzing door neuroloog naar operateur voor deze groep patiënten meestal / bij voorkeur pas na zes tot acht weken klachten wordt gesteld. De werkgroep acht een termijn van vier weken wenselijk

10

11

tussen het stellen van de operatie-indicatie door de operateur en het uitvoeren van een operatie (mediaan). Cijfers over deze wachttijd en variatie tussen instellingen in Nederland zijn niet bekend. Waarschijnlijk is er sprake van forse spreiding.

Mogelijkheden tot verbetering

Professionals zijn niet alleen aanspreekbaar op de kwaliteit van het technisch handelen, maar ook op de organisatie van de praktijkvoering (logistiek bedrijfsvoering). De professional kan zelf de organisatie verbeteren, dan wel de ziekenhuisorganisatie hiertoe aanzetten.

Validiteit

De werkgroep realiseert zich dat de indicator betrekking heeft op een deeltraject binnen de totale doorlooptijd van eerste consult in de tweede lijn tot en met operatie. Het deeltraject van eerste consult tweede lijn tot indicatiestelling OK kan op meerdere wijzen worden doorlopen (bijvoorbeeld van neuroloog naar neurochirurg of orthopedisch chirurg-operateur; of orthopedisch chirurg als uitvoerder van zowel eerste consult tweede lijn als operatie en daarmee ook indicatiesteller voor OK; of van orthopedisch chirurg-niet-operateur al dan niet via neuroloog naar neurochirurg/orthopedisch chirurg; tevens binnen één dan wel binnen meerdere instellingen). Dit levert moeilijk vergelijkbare situaties, en daarmee ook moeilijk vergelijkbare tijdspannes voor het deeltraject eerste consult tweede lijn tot operatie-indicatie door operateur. Een waardeoordeel is daarmee voor deze multidisciplinaire werkgroep moeilijker te geven. Daarom is er voor gekozen dit eerste deeltraject van de doorlooptijd buiten beschouwing te laten. Mogelijk geeft de evidence-based richtlijn die momenteel in ontwikkeling is, na gereedkomen, nieuwe aanknopingspunten.

Neurochirurgen en orthopedisch chirurgen opereren soms in meerdere instellingen. De indicatiestelling kan in de ene instelling plaatsvinden, de operatie in een andere instelling. De wachttijd wordt geregistreerd zodra de operateur de indicatie tot operatie heeft gesteld en bijgevolg de patiënt op de operatielijst heeft geplaatst.

Het gaat om 'afgeronde' patiënten in het registratiejaar: dat wil zeggen, patiënten die daadwerkelijk de operatie hebben ondergaan. Dit in verband met overloop van december naar januari. Patiënten die aan het einde van het jaar op de wachttijd staan, maar nog niet zijn geopereerd, worden in de registratie van het volgend jaar meegenomen. Alle patiënten die aan het begin van het jaar zijn geopereerd, worden geïncludeerd, ook als ze voorgaande jaar op de wachttijd zijn geplaatst.

De werkgroep vraagt aandacht voor een recent geconstateerde trend in de zorg rond de HNP patiënten: soms wordt een geplande operatie afgezegd omdat de ervaren wachttijd voor betrokken patiënt te lang is. Door zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar wordt deze patiënt dan elders geopereerd. De mediane wachttijd is niet te beoordelen zonder gegevens over patiënten die door zorgbemiddeling elders worden geopereerd.

Betrouwbaarheid

De werkgroep is van mening dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden vergelijkbare resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De werkgroep is van mening dat deze indicator waarschijnlijk veranderingen in de kwaliteit van zorg detecteert. Variatie tussen ziekenhuizen zal naar verwachting aangetoond kunnen worden. Of er daadwerkelijk variatie is, zal moeten blijken.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Voor deze indicator is het van belang alle patiënten te includeren, ook de spoedindicaties (caudasyndroom en progressieve spierkrachtuitval). Op deze wijze worden patiënten meegenomen die op de wachtlijst staan en alsnog een spoedindicatie krijgen. Controle voor verschillen in demografische en sociaaleconomische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep. Op deze indicator zijn mogelijk patiënten van invloed die na een operatie-indicatie de wens uitspreken op een langere termijn geopereerd te willen worden of de operatie afzeggen. Naar verwachting zal dit niet veel verschillen tussen de instellingen.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3. Deze indicator stelt eisen aan de administratie als structurelement ('schoenendoos met gegevens' bij de operateur versus een geautomatiseerde wachtlijst voor ingreep in operatie-complex). Indien een instelling dit wenst, kan de wachttijd in een lijngrafiek per instelling worden weergegeven:

x-as: opeenvolgende patiënten op basis van datum HNP OK (patiëntnummer)

y-as: totaal aantal dagen tussen indicatiestelling voor OK en het moment van operatie (dagen)

Trends zijn op deze wijze makkelijker zichtbaar te maken.

Referenties

Geen.

12

13

2. Lumbale heroperaties binnen 30 dagen (na te gaan door zorginstellingen en zorgverzekeraars)

Relatie tot kwaliteit	Een heroperatie kan worden verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet de gewenste resultaten heeft opgeleverd. Complicaties kunnen altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale operatietechniek bij de primaire operatie, suboptimale peri-operatieve zorg, suboptimale indicatiestelling) (IGZ 2006).
Operationalisatie	Percentage heroperaties op lumbaal niveau binnen 30 dagen na een herniaoperatie in meetperiode.
Teller	<i>Na te gaan door zorginstellingen:</i> Aantal lumbale heroperaties <30 dagen na een herniaoperatie in dezelfde kliniek in meetperiode. <i>Na te gaan door zorgverzekeraars:</i> Aantal lumbale heroperaties <30 dagen na een herniaoperatie in een andere instelling dan primaire behandelcentrum in meetperiode.
Noemer	Totaal aantal primaire hernia-operaties in meetperiode.
Definitie(s)	Postoperatieve complicaties: na een hernia operatie zijn: nabloeding, liquorlekkage, infectie, operatie op verkeerd niveau en een 'vroeg' recidief hernia. Ernstige complicaties leiden mogelijk tot heroperatie. Heroperaties: een operatie is een heroperatie als voorafgaand aan deze operatie (binnen 30 dagen) in hetzelfde operatiegebied een operatie heeft plaatsgevonden. De heroperatie zal niet altijd plaatsvinden in hetzelfde ziekenhuis of behandelcentrum waar de primaire operatie heeft plaatsgevonden. Op dit moment vindt geen instellingsoverstijgende registratie plaats. Aangezien de zorgverzekeraar de verzekeringsnemer wel instellingsoverstijgend kan volgen, kan deze heroperaties in een andere instelling dan het primaire behandelcentrum analyseren.
In-/exclusiecriteria	Inclusiecriteria: leeftijd 18 tot 70 jaar, primaire electieve hernia-operaties.
Bron teller	Verrichtingen registratie
Bron noemer	DBC registratie, CTG verrichtingen registratie, ZIS
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1x per meetperiode
Rapportage	1x per meetperiode
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Patiëntniveau; rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, veiligheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een heroperatie wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft gehad. Heroperaties zijn vanuit patiëntenperspectief ongewenst en zorgen daarnaast voor hoge kosten (IGZ, 2006). Postoperatieve complicaties van een hernia-operatie zijn: nabloeding, liquorlekkage, infectie, operatie op verkeerd niveau en een 'vroeg' recidief hernia. Deze complicaties leiden bijna altijd tot langduriger opname of heropname, zeer zelden tot neurologische uitval of invaliditeit. Ernstige complicaties leiden mogelijk tot een heroperatie. De werkgroep acht individuele meting van het vóórkomen van alle complicaties in een kliniek niet haalbaar.

Cijfers over heroperatie voor HNP in Nederland zijn niet bekend. Incidenties zijn naar verwachting niet hoog. De werkgroep verwacht wel dat er sprake is van variatie tussen instellingen. Uitzonderingen (outliers) kunnen worden geïdentificeerd.

De heroperatie zal niet altijd plaatsvinden in hetzelfde ziekenhuis of behandelcentrum waar de primaire operatie heeft plaatsgevonden. Op dit moment vindt geen instellingsoverstijgende registratie plaats, waardoor ziekenhuizen onvoldoende zicht hebben op de heroperaties die elders worden uitgevoerd. Daarom wordt voorgesteld dat de zorginstellingen de heroperaties in de eigen instelling registreren. Aangezien de verzekeraar de verzekeringssnemer wel instellingsoverstijgend kan volgen, is de verzekeraar de aangewezen partij voor de analyse van heroperaties in een andere instelling dan het primaire behandelcentrum.

Mogelijkheden tot verbetering

Inzicht hoe vaak heroperaties voorkomen, kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Het registreren van heroperaties helpt bij het leren van gemaakte fouten en het ondernemen van actie om vermijdbare complicaties te voorkomen (IGZ, 2006). 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. Bewijs dat het optreden van bovenstaande complicaties de uitkomst op de lange duur negatief beïnvloedt ontbreekt, maar de indicator kan wel als een aspect van kwaliteit van behandelen gezien worden en het is voor een groot deel door de zorgverlener(s) te beïnvloeden.

De werkgroep vraagt aandacht voor het feit dat de twee meest voorkomende complicaties, liquorlekkage en infectie, lang niet altijd leiden tot een re-operatie. Deze complicaties worden bij de registratie van uitsluitend heroperaties naar schatting in respectievelijk ongeveer 50 en 80% van de gevallen gemist.

Betrouwbaarheid

Wanneer de meetcondities gelijk blijven mag worden verwacht dat bij herhaling van de meting de resultaten (min of meer) gelijk blijven. De werkgroep is van mening dat de betrouwbaarheid zeer hoog is bij juiste telling.

Discriminerend vermogen

De werkgroep is van mening dat de indicator waarschijnlijk veranderingen in de kwaliteit van zorg detecteert. Hoewel de indicator het optreden van een infectie of een liquorlek slechts deels meet, zullen deze complicaties, gezien het grotere aandeel in het totaal aantal complicaties, de indicator toch voldoende beïnvloeden. Doordat de indicator cumulatief het optreden van de belangrijkste complicaties meet en daarnaast op zichzelf een negatief kwaliteitskenmerk heeft, is het discriminerend vermogen hoogstwaarschijnlijk voldoende.

14

15

De werkgroep heeft er voor gekozen een termijn van 30 dagen te hanteren. Frequenties van heroperaties < 48 uur zijn hoogstwaarschijnlijk te laag. En bij een langer termijn (bijvoorbeeld: heroperaties < 3 maanden) wordt de kans op een niet-operatieve complicatie groter (zoals een recidief hernia). Bovendien zullen de complicaties en heroperaties na 30 dagen verhoudingsgewijs klein zijn. Het aantal geplande vervolgooperaties binnen 30 dagen zijn naar verwachting eveneens minimaal.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Een indicator over heroperatie is waarschijnlijk gevoelig voor case-mix. Bij relatief veel oudere patiënten met stollingsproblemen en/of comorbiditeit zijn er mogelijk meer complicaties te verwachten. Gegevens kunnen wellicht meer vergelijkbaar worden gemaakt door op voor hand te kiezen voor homogene patiëntengroepen. De gekozen leeftijdsrestricties beperken de case-mix enigszins. Co-morbiditeit speelt een rol bij de complicaties nabloedingen en infecties, maar dit zal naar verwachting niet sterk variëren tussen verschillende centra.

Hoewel complicaties vaker optreden bij recidief hernia operaties zijn deze bewust geëxcludeerd, omdat deze operaties in een aantal klinieken vaker gedaan worden door expertise daarin.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3. Wanneer de heroperatie plaatsvindt binnen de looptijd van de (initiële) DBC, dan wordt er geen nieuwe DBC geopend. In principe moeten heroperaties met behulp van de CTG-code geregistreerd kunnen worden.

In theorie kunnen ten onrechte patiënten meegeteld die bijvoorbeeld een laaglumbaal recidief en een hooglumbale nieuwe hernia hebben, waarbij gekozen is voor een behandeling in twee tempi. Dit is echter extreem zeldzaam.

Ongewenste effecten

Het gebruik van deze indicator kan ten eerste het niet registreren van de tweede DBC tot gevolg hebben, ten tweede dat heroperaties worden uitgesteld tot na één maand.

Referenties

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Prestatie-indicatoren ziekenhuizen Basisset 2006. Utrecht, augustus 2006
- Perez-Cruet MJ, Foley KT, Isaacs RE, Rice-Wyllie L, Wellington R, Smith MM, Fessler RG. Microendoscopic lumbar discectomy: technical note. Neurosurgery. 2002 Nov;51(5 Suppl):S129-36.
- Stolke D, Sollmann WP, Seigert V, Intra- and postoperative complications in lumbar disk surgery. Spine, 1989, jan; (4):56-9.

Vervolgindicatoren

Indicator 3 (ziektespecifieke functionaliteit) en indicator 4 (pijnmeting) zijn facultatieve vervolgindicatoren. Voor deze twee indicatoren is nog geen autorisatie afgegeven door de wetenschappelijke verenigingen aangezien de validiteit en haalbaarheid van

de RDQ- en VAS indicator eerst in kleiner verband getest dient te worden. In het kader van het wetenschappelijk belang wordt er verzocht, indien er gegevens aanwezig zijn, deze aan te leveren.

16

17

NB: Variabelen benodigd voor de bepaling van de vervolgindicatoren m.b.t. ziekte-specifieke functionaliteit (proces en uitkomstindicator) zijn vanwege nog bestaande discussie met betrekking tot de haalbaarheid niet uitgewerkt in deze registratiegids.

Vervolgindicator 3. Ziektespecifieke functionaliteit				
Relatie tot kwaliteit	De Roland Disability Questionnaire for Sciatica (RDQS-23, zie bijlage 5) als meetinstrument op beperking- en handicapniveau geeft samen met de gemeten been- en rugpijn pijnintensiteit (VAS pijn als meetinstrument op stoornisniveau) weer hoe het effect is van behandeling in een patiëntenpopulatie met een radiculair syndroom ten gevolge van een discushernia. De werkgroep is van mening dat de gemeten Roland- en VAS scores (zie indicator 3) betrekking hebben op een belangrijk aspect van de kwaliteit van de keten van zorg. (Om redenen van presentatie worden indicator 3: Ziektespecifieke functionaliteit en indicator 4: Pijnintensiteit gescheiden weergegeven.)			
Omschrijving		1 ^e meting: tijdens 1 ^e consult in 2 ^e lijn	2 ^e meting: rond 8 weken na 1 ^e consult in 2 ^e lijn	3 ^e meting: na ± 24 weken na 1 ^e consult in 2 ^e lijn óf bij ontslag
	A	RDQS score (score 0-23)		
	B	Duur klachten (weken)		
	<p>Worden de ziektespecifieke functionaliteit (RDQS score) voor de drie meetmomenten gemeten? <i>Ja / Nee / N.v.t.*</i></p> <p>Wordt de duur van de klachten (tijdens eerste consult in de tweede lijn) gemeten? <i>Ja / Nee / N.v.t.*</i></p> <p><i>*Doorhalen wat niet van toepassing is.</i></p>			
Definitie(s)	<p>Ziektespecifieke functionaliteit (RDQS score): score bepaald met het RDQS meetinstrument. De score geeft de mate van (dys) functioneren weer van patiënten met een hernia.</p> <p>3 Meetmomenten: drie momenten waarop VAS been- en rugpijn gemeten dienen te worden zijn: de eerste meting is tijdens het eerste consult aan medisch specialist in de tweede lijn; de tweede meting is ongeveer acht weken na het eerste consult in de tweede lijn; de derde meting is na ongeveer 24 weken of bij ontslag.</p>			
In-/exclusiecriteria	Inclusie: Patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom ten gevolge van een discus hernia, welke gediagnosticeerd en (zowel conservatief als operatief) behandeld worden in de tweede lijn.			
Bron	EPD			
Meetfrequentie	Continu			
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08			
Rapportagefrequentie	1x per meetperiode			
Type indicator	Structuurindicator			
Meetniveau	Ziekenhuisniveau			
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid			

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De Roland Disability Questionnaire for Sciatica (RDQS-23) is ontwikkeld om patiënten met lage rugpijn te evalueren tijdens het diagnostisch eerstelijns en tweedelijns behandelingstraject, onafhankelijk van de invasiviteit van behandeling (Deyo, 2003). Later is deze aangepast voor de behandeling van patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom (Atlas 1996), vanwege een gebrek aan responsiviteit van deze schaal en vergelijkbare schalen zoals de Oswestry Disability Scale en de Quebec Low Back Pain Questionnaire. Momenteel wordt de schaal gebruikt in klinieken als een ziektespecifieke functioneringsschaal en in wetenschappelijk onderzoek om het effect van de (conservatieve dan wel operatieve) behandeling weer te geven. Kort gezegd geeft deze schaal de mate van (dys)functioneren weer van patiënten met een lumbosacrale hernia.

Meetmomenten

De schalen zijn alleen responsief indien ze in de follow-up langdurig gemeten worden. Er zijn minimaal drie meetmomenten: de eerste meting is tijdens het eerste consult aan de medisch specialist in de tweede lijn; de tweede meting is ongeveer acht weken na het eerste consult in de tweede lijn; de derde meting is ongeveer 24 weken na het eerste consult in de tweede lijn óf bij ontslag. De meetmomenten zijn arbitrair, maar terug te zien in wetenschappelijk onderzoek (o.a. Atlas, 1997). Frequentier uitgevoerde metingen in geval van tussentijdse controleafspraken bij de medisch specialist vormen geen belemmering.

De RDQS schaal betekent zonder kennis van de been- en/of rugpijn weinig (zie indicator 3).

Cijfers over variatie in Nederland zijn niet bekend. Te verwachten is dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen voor zowel de RDQS als de duur van klachten.

Groei-indicator:

Deze indicator wordt gezien als 'groei-indicator', waarbij in eerste instantie de structuurindicator wordt gebruikt. Na verloop van tijd kan de procesindicator worden ingezet en vervolgens de uitkomstindicator. Een belangrijk doel is het meten van de RDQS (en VAS scores) te stimuleren, aangezien dit niet overal structureel wordt gedaan. Sommige instellingen zullen dit al wel doen en kunnen uitkomsten weergeven.

Daarnaast is een samengestelde maat op basis van de RDQS score en de VAS scores het enige gereedschap waarmee de indicatiestelling voor diagnostiek en behandeling gemeten kan worden, mits gerelateerd aan de duur van klachten. Het streven is om voor indicatiestelling op termijn een separate indicator uit te werken, wanneer de evidence based richtlijn i.o. gereed is.

Mogelijkheden tot verbetering

Professionals kunnen zelf invloed hebben op de zorgprestaties, zoals het tijdstip van de invasieve behandeling, beleid met betrekking tot pijnstilling en het revalidatietraject. Daarnaast zijn er verbeteringen haalbaar met betrekking tot het gebruik van de RDQS, aangezien deze (nog) niet systematisch wordt gebruikt. De arts heeft het verbeteren van de dataregistratie zelf in de hand. De indicator kan aanleiding zijn om het proces zorgvuldig te analyseren en zo nodig bij te stellen.

Validiteit

Meerdere studies hebben de validiteit van RDQS onderzocht (Patrick, 1995) en men mag uitgaan van een valide ziekte specifieke functioneringschaal. Uit de literatuur blijkt dat de indicator RDQS betrekking heeft op een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg. Het is duidelijk dat deze maten een valide weergave zijn van het functioneren van een patiënt met een LSRS gedurende behandeling maar met name ook tijdens intake (Atlas, 1996).

De werkgroep is tevens van mening dat de 'duur klachten' (op moment van eerste consult in de tweede lijn) in relatie tot gemeten Roland- en VAS scores betrekking heeft op een belangrijk aspect van de kwaliteit van (de keten van) zorg.

Betrouwbaarheid

Uit de literatuur blijkt dat de RDQS onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert (Deyo, 2003). Hierbij geeft de RDQS ook goed weer hoe slecht of goed de patiënt functioneert direct tijdens de start van diagnostiek en behandeling. De standaard deviatie (SD) varieert tussen studies tussen vier en tien punten op een schaal van 0 (geen beperkingen) tot 23 (ernstige beperkingen).

Bij het beantwoorden van de RDQS door de patiënt kan wel zijn/haar attitude van invloed zijn. De patiënt kan bijvoorbeeld bewust een verkeerde indruk wekken om de door hem/haar gewenste behandeling te krijgen. Daarnaast kan recall-bias optreden, dat wil zeggen: de patiënt kan zich een belangrijk gegeven niet meer (goed) herinneren, waardoor het invullen van dezelfde vragenlijst over dezelfde periode maar op een ander tijdstip een ander beeld zou kunnen geven. Maar dit zou ook bij andere vragenlijsten het geval kunnen zijn. Dit geldt ook voor 'duur klachten', gebaseerd op anamnese van de patiënt.

Discriminerend vermogen

Een verbetering of verslechtering in functioneren wordt gezien na minimaal drie punten verschil op de RDQS. Herstel van het radiculair syndroom wordt gedefinieerd als elf punten verschil ten opzichte van baseline op populatie niveau eveneens op de RDQS. Dit moet men altijd beoordelen in relatie tot de duur van klachten. Er is echter binnen de Cochrane Back Review Group discussie omtrent het absolute verschil in punten ten opzichte van een baseline proportionele maat. De reden hiervan is dat de patiënt zich in de loop der tijd aanpast voor wat betreft het functioneren in het dagelijks leven, waardoor het discriminerend vermogen van het meetinstrument afneemt. Het toekennen van een normering aan uitkomsten van de RDQS is daarom (nog) niet mogelijk.

18

19

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in demografische en sociaaleconomische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep. Co-morbiditeit en leeftijd spelen een rol bij de uitkomsten, maar deze zullen naar verwachting niet sterk variëren tussen verschillende centra. Maar aandacht hiervoor in het implementatietraject (middels registratie) is gewenst.

De hoogte van de RDQS score is sterk afhankelijk van het tijdstip en de duur van klachten van de patiënt. Daarom dient de duur van de bestaande klachten ten gevolge van een lumbosacrale hernia te worden vastgelegd tijdens het eerste bezoek bij de medisch specialist in de tweede lijn.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Variabelen benodigd voor de bepaling van de vervolgindicatoren zijn vanwege nog bestaande discussie nog niet uitgewerkt.

Idealiter wordt in een grafiek de RDQS score (y-as) uitgezet tegen de tijd (x-as), waarbij de oppervlakte onder de curve inzicht geeft in het effect van de behandeling.

Periodieke analyse van deze grafiek vormt een hulpmiddel voor de medisch specialist om de optimale strategie (conservatief of operatief) te kiezen. Dit geeft momenteel nog interpretatie problematiek en registratielast. In het kader van het project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen wordt aan de instellingen vooralsnog slechts gemiddelde scores gevraagd. In de toekomst is het wel wenselijk om tot een eenvoudig interpreteerbare uitkomstmaat te komen.

De Nederlandse RDQS bestaat uit 23 vragen (zie bijlage 5). De invulling van zowel de RDQS, de duur van de klachten en VAS been- en rugpijn (indicator 3) neemt circa vijf tot zeven minuten voor de patiënt in beslag. Dit kan in de wacht- of spreekkamer plaatsvinden. De verpleegkundige / doktersassistente / baliemedewerker kan de documenten registreren. Momenteel wordt de RDQS geregistreerd in het patiëntendossier. Dit kan het meest efficiënt in een elektronisch patiëntendossier (EPD). Dat is momenteel vrijwel nergens het geval.

De instelling waar het eerste consult plaats vindt, is verantwoordelijk voor de metingen na ongeveer 8 en 24 weken.

In de duur van invoer, controle en analyse moet worden voorzien. Zonder onderbrenging van kosten onder bijvoorbeeld de DBC is registratie niet goed mogelijk en dientengevolge onbetrouwbaar. De werkgroep is daarnaast van mening dat om op lange termijn te kunnen analyseren, er een landelijke database opgezet zou moeten worden. Een dergelijke opzet vereist goede landelijke afspraken over beheer, onderhoud en financiering daarvan. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Atlas SJ, Deyo RA, Keller RB et al. The Maine Lumbar Spine Study, Part II. 1-year outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica. Spine 1996;21:1777-86.
- Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ et al. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. Spine 1998;23:2003-13.
- Patrick DL, Deyo RA, Atlas SJ, Singer DE, Chapin A, and Keller RB. Assessing health-related quality of life in patients with sciatica. Spine 1995;20:1899-908

Vervolgindicator 4. Pijnintensiteit				
Relatie tot kwaliteit	<p>Een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) wordt gekenmerkt door in de bil en/of het been uitstralende pijn, vergezeld van één of meerdere symptomen of verschijnselen die een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel suggereren. Een discushernia is een anatomische afwijking van de tussenwervelschijf waarbij deze lokaal uitpuilt. Deze afwijking leidt meestal niet tot symptomen, is in enkele gevallen de oorzaak van een LRS, en leidt waarschijnlijk ook soms tot rugpijn.</p> <p>Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen o.h.a. leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor effectieve pijnbestrijding (IGZ, 2006).</p> <p>Voor het meten van de intensiteit van pijn zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld. Dit zijn over het algemeen schalen waarop men kan aangeven hoeveel pijn men in een bepaalde periode heeft gehad. De voorkeur van de werkgroep gaat uit naar de hantering van de VAS schaal om zowel VAS beenpijn, als VAS rugpijn te meten (Collins,1997).</p> <p>De werkgroep is van mening dat de gemeten VAS- en Roland scores (zie indicator 2) betrekking hebben op een belangrijk aspect van de kwaliteit van (de keten van) zorg. (Om redenen van presentatie worden indicator 3: Ziektespecifieke functionaliteit en indicator 4: Pijnintensiteit gescheiden weergegeven.)</p>			
Omschrijving		1 ^e meting: tijdens 1 ^e consult in 2 ^e lijn	2 ^e meting: rond 8 weken na 1 ^e consult in 2 ^e lijn	3 ^e meting: na ± 24 weken na 1 ^e consult in 2 ^e lijn óf bij ontslag
	A	VAS beenpijn		
	B	VAS rugpijn (0-100mm)		
	<p>Metingen per patiënt:</p> <p>Wordt de VAS beenpijn voor de drie meetmomenten gemeten? Ja / Nee / N.v.t.*</p> <p>Wordt de VAS rugpijn voor de drie meetmomenten gemeten? Ja / Nee / N.v.t.*</p> <p>*Doorhalen wat niet van toepassing is.</p>			
Definitie(s)	<p>3 Meetmomenten: drie momenten waarop VAS been- en rugpijn gemeten dienen te worden zijn: de eerste meting is tijdens het eerste consult aan medisch specialist in de tweede lijn; de tweede meting is ongeveer acht weken na het eerste consult in de tweede lijn; de derde meting is na ongeveer 24 weken of bij ontslag. Frequentier uitgevoerde metingen in geval van tussentijdse controleafspraken bij de medisch specialist vormen geen belemmering.</p> <p>VAS-score: gevalideerde maat om pijn te meten. Idealiter wordt gebruik gemaakt van een meetinstrument als Analogue chromatic continuous pain scale zoals gebruikt door anesthesiologen bij postoperatieve pijnmeting.</p>			
In-/exclusiecriteria	<p>Inclusie: patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom ten gevolge van een discus hernia, welke gediagnosticeerd en behandeld worden in de tweede lijn.</p>			
Bron	<p>Protocollen/afspraken, EPD, pijnmeting-systeem (eigen systeem)</p>			

20

21

Meetfrequentie	Continu
Rapportagefrequentie	1x per meetperiode
Type indicator	Structuurindicator
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid

NB: Variabelen benodigd voor de bepaling vervolgindicatoren met betrekking tot ziektespecifieke functionaliteit (proces en uitkomstindicator) zijn vanwege nog bestaande discussie met betrekking tot de haalbaarheid nog niet uitgewerkt.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het structureel meten van pijnintensiteit van rug- en beenpijn kan met een Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) of Verbal Rating Scale (VRS). De voorkeur van de werkgroep gaat uit naar de hantering van de VAS schaal. De VAS been- en rugpijn (Collins 1997) zijn als schaal uitgebreid besproken in het kader van pijnbehandelingen en de auteurs verwijzen graag naar deze voor andere vakgebieden gevalideerde maat (zoals de anesthesiologie: Dolin, 2002; NVA, 2003). Voor het radiculair syndroom wordt deze schaal gebruikt in pijnklinieken en wetenschappelijk onderzoek, maar m.b.t. de kwaliteit van diagnostiek en behandeling is (nog) weinig bekend. De schaal betekent zonder kennis van de been- en/of rugpijn weinig. Drie momenten waarop VAS been- en rugpijn minimaal gemeten dienen te worden zijn: de eerste meting is tijdens het eerste consult aan medisch specialist in de tweede lijn, de tweede meting is ongeveer acht weken na het eerste consult in de tweede lijn; de derde meting is na ongeveer 24 weken óf bij ontslag. De meetmomenten zijn arbitrair, maar terug te zien in wetenschappelijk onderzoek (o.a. Atlas, 1997). Frequentier uitgevoerde metingen in geval van tussentijdse controleafspraken bij de medisch specialist vormen geen belemmering. Cijfers over variatie in Nederland zijn niet bekend. Te verwachten is dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen voor zowel de VAS been- en rugpijn.

Groei-indicator

Deze indicator wordt gezien als 'groei-indicator', waarbij in eerste instantie de structuurindicator wordt gebruikt. Na verloop van tijd kan de procesindicator worden ingezet en vervolgens de uitkomstindicator. Een belangrijk doel is het meten van de VAS scores te stimuleren, aangezien dit niet overal structureel wordt gedaan. Sommige instellingen zullen dit al wel doen en kunnen uitkomsten weergeven. Daarnaast is een samengestelde maat op basis van de RDQS score (zie indicator 2) en de VAS scores het enige gereedschap waarmee de indicatiestelling voor diagnostiek en behandeling gemeten kan worden, mits gerelateerd aan de duur van klachten. Het streven is om voor indicatiestelling op termijn een separate indicator uit te werken, wanneer de evidence based richtlijn i.o. gereed is.

Mogelijkheden tot verbetering

Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen over het algemeen leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor effectieve pijnbestrijding (IGZ, 2006). Professionals kunnen zelf invloed hebben op de zorgprestaties, zoals het tijdstip van

de invasieve behandeling, beleid met betrekking tot pijnstilling en het revalidatietraject. De arts kan invloed uitoefenen op het verbeteren van de dataregistratie. De indicator kan aanleiding zijn om het proces zorgvuldig te analyseren en zo nodig bij te stellen.

Validiteit

De werkgroep is van mening dat de VAS been- en rugpijn betrekking hebben op een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg. De VAS been- en rugpijn (Collins,1997) zijn als schaal uitgebreid besproken in het kader van pijnbehandelingen. Voor het radiculair syndroom wordt deze schaal gebruikt in pijnklinieken en wetenschappelijk onderzoek, maar met betrekking tot de kwaliteit van diagnostiek en behandeling is (nog) weinig bekend.

Betrouwbaarheid

De werkgroep is van mening dat de VAS score onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert. Gezien de horizontale lijn van de VAS precies 100 mm dient te zijn, wordt sterk afgeraden met (kopieën van) papieren versies te werken. Idealiter wordt gebruik gemaakt van een meetinstrument als de Analogue chromatic continuous pain scale zoals gebruikt door anesthesiologen bij postoperatieve pijnmeting (Dolin, 2002; NVA 2003).

Discriminerend vermogen

Het discriminerend vermogen van deze indicator wordt nader bekeken in het implementatietraject. Of er daadwerkelijk onderscheid is tussen instellingen, zal moeten blijken.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

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

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Variabelen benodigd voor de bepaling van de vervolgindicatoren zijn vanwege nog bestaande discussie nog niet uitgewerkt. De invulling van zowel de VAS been- en rugpijn, de RDQS en de duur van de klachten neemt circa vijf tot zeven minuten voor de patiënt in beslag. Dit kan in de wacht- of spreekkamer plaatsvinden. De verpleegkundige / doktersassistente / baliemedewerker kan de documenten registreren. Momenteel worden gegevens geregistreerd in het patiëntendossier. Dit kan het meest efficiënt in een elektronisch patiëntendossier (EPD). Dat is momenteel vrijwel nergens het geval.

De instelling waar het eerste consult plaats vindt, is verantwoordelijk voor de metingen na ongeveer 8 en 24 weken. In de duur van invoer, controle en analyse moet worden voorzien. Zonder onderbrenging van kosten onder bijvoorbeeld de DBC is registratie niet goed mogelijk en dientengevolge onbetrouwbaar. De werkgroep is daarnaast van mening dat om op lange termijn te kunnen analyseren, er een landelijke database opgezet zou moeten worden. Een dergelijke opzet vereist goede landelijke afspraken over beheer, onderhoud en financiering daarvan. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

22

23

Referenties

- Collins SL, Moore RA, and McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? Pain 1997;72:95-7.
- Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: Evidence from published data. Br. J. of An. 2002; 89(3): 409-423
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Prestatie-indicatoren ziekenhuizen Basisset 2006. Utrecht, augustus 2006
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Richtlijn postoperatieve pijnbehandeling, NVA 2003

2.2 Structuurinformatie over het aanbod van de zorg

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

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 lumbosacraal radiculair syndroom. 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.

24

25

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 aangeleverd te worden die uit digitale bronbestanden gehaald kunnen worden. Dit kan van ziekenhuis tot ziekenhuis verschillen. Van de variabelen waarbij dit niet het geval is, wordt verzocht deze aan te leveren, mits dit in verhouding staat tot de totale registratielast. In de webenquête kan er vervolgens bij alle indicatoren aangegeven worden waar gegevens vandaan gehaald zijn (ZIS, DBC, enz.) en met welke methode.

Tabel 2: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
R0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken.	1,2
R1	DBC: HNP operatie (Neurochirurgie)	DBC-codes : 8.11.2550.21 8.11.2550.23 8.21.2550.21 8.21.2550.23 8.11.2555.21 8.11.2555.23 8.21.2555.21 8.21.2555.23 8.11.2560.21 8.21.2560.26 8.21.2560.22 8.21.2560.26	DBC-registratie	Vooralsnog wordt uitgegaan van de HNP producten zoals deze opgenomen zijn in het B-Segment. De DBC kan daarbij zowel gesloten zijn in de periode als gestart. Voorwaarde is wel dat de operatie in de meetperiode heeft plaatsgevonden.	1,2
R2	DBC: HNP operatie (Orthopedie)	DBC codes : 5.11.1360.212 5.11.1360.216 5.21.1360.213	DBC-registratie	In geval van operatie door neurochirurg niet van toepassing. Zie hierboven codering voor neurochirurgie. Voor de Orthopedie wordt uitgegaan van de populatie patiënten die in de looptijd van de registratieperiode een openstaande DBC heeft (gehad). Daarnaast moet in de meetperiode ook de operatieve herniaoperatie hebben plaatsgevonden.	1,2
R3	Datum van stellen operatie indicatie	dd-mm-jiii	OK opnameplanning of de datum van invoeren op de digitale wachtlijst.	Datum van opname op de OK wachtlijst in instelling waar operatie plaatsvindt. Dit kan vallen in een kalenderjaar voorgaand aan het jaar van rapportage.	1
R4	Verrichting: HNP operatie	30301 LAMINECTOMIE GEEN EXTRADURALE TUMOR 38441 OK-BEH. HERNIA LUMBALIS	Verrichtingen-registratie	Afhankelijk van lokale situatie digitaal beschikbaar. Verrichting behorende bij DBC gedefinieerd in R1 en R2.	1,2

26

27

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
R5	Datum HNP Operatie	dd-mm-jiii	Verrichtingen-registratie	Datum behorende bij R4.	1,2
R6	Geboortedatum	dd-mm-jiii	ZIS	Nodig om leeftijd te bepalen.	2
R7	Lumbale heroperatie	Verrichting uit zorgprofielklasse '5. Operatieve ingrepen' uitgevoerd door de orthopeed en/of neurochirurg.	Verrichtingen-registratie	Verrichting uit zorgprofielklasse '5. Operatieve ingrepen' uitgevoerd door de orthopeed en/of neurochirurg. Verrichting moet op een andere dag dan de eerste OK (R5) hebben plaatsgevonden. Kan echter zowel bij orthopeed als neurochirurg plaatsvinden.	2
R8	Datum heroperatie	dd-mm-jiii	Verrichtingen-registratie	Hiervoor wordt de datum van uitvoering van R7 vastgelegd.	2

Tabel 3: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Te berekenen gegevens	Variabele	Formule	Formule	Validatie regels	Nodig voor indicator	Toelichting
Dagen tussen indicatie en ingreep	R9	Datum van ingreep - indicatiedatum	R5-R3	> 0	1	Berekening van het aantal dagen tussen ok-indicatie en daadwerkelijk plaatsvinden van operatie.
Leeftijd	R10	Datum van primaire ingreep - geboortedatum	R5-R6	=>18 jaar < 70 jaar	3	Nodig voor inclusiecriteria. Ja = leeftijd 18 tot 70 Nee = jonger dan 18, ouder dan 70
Tijd tussen heroperatie en OK	R11	Datum lumbale heroperatie - datum van ingreep	R8-R5	>0 dagen <30 dagen	3	Ja= heroperatie tussen 1 en 30 dagen Nee: geen heroperatie

28

29

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 Lumbosacraal Radiculair Syndroom.

4.1 Algemene instructies

Meerdere locaties/ vestigingen

Als uw ziekenhuis verschillende locaties/vestigingen heeft waar patiënten voor hun lumbosacraal radiculair syndroom 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 voor lumbosacraal radiculair syndroom

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 patiënten worden geselecteerd waarbij een van de onderstaande DBC's in de meetperiode openstaat of is afgesloten en gevalideerd.

8.11.2550.21	8.11.2550.22	8.11.2550.23	8.11.2550.26
8.21.2550.21	8.21.2550.22	8.21.2550.23	8.21.2550.26
8.11.2555.21	8.11.2555.22	8.11.2555.23	8.11.2555.26
8.21.2555.21	8.21.2555.22	8.21.2555.23	8.21.2555.26
8.11.2560.21	8.11.2560.22	8.11.2560.26	8.21.2560.21
8.21.2560.22	8.21.2560.23	8.21.2560.26	5.11.1360.212
5.11.1360.213	5.11.1360.216	5.21.1360.212	5.21.1360.213

Het kan dus zijn dat de DBC is geopend voor de begindatum van de meetperiode. Gedurende de meetperiode moet de onderstaande verrichting zijn uitgevoerd:

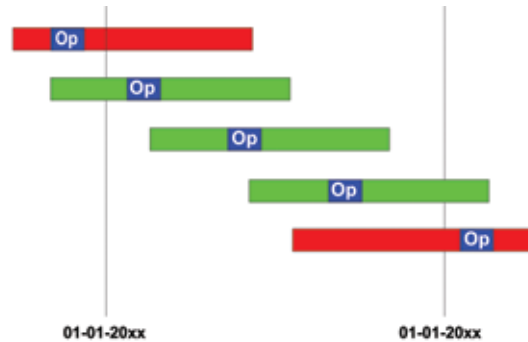
30301 LAMINECTOMIE GEEN EXTRADURALE TUMOR
38441 OK-BEH. HERNIA LUMBALIS

Parallele DBC's worden meegenomen. Wel wordt gekeken naar alle verrichtingen die aangevraagd en/of uitgevoerd zijn door de Orthopeed of Neurochirurg in de looptijd van de DBC aangezien verrichtingen aan de verkeerde DBC gekoppeld kunnen zijn.

Voor DBC codes en instructies: zie hoofdstuk 3 (variabelenlijsten).

In de onderstaande figuur staat grafisch weergegeven wat bovenstaande populatiebepaling betekent.

Figuur 1. Populatiebepaling lumbosacraal radiculair syndroom



Op = operatie / zorgactiviteit

Bij het meten van de heroperaties en heropnamen als gevolg van een nabloeding moet in sommige gevallen voorbij de registratieperiode gekeken worden. In dit geval maximaal 30 dagen.

In- en exclusiecriteria

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

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

30

31

Binnen de set van HNP wordt bij de één indicator gebruik gemaakt van een exclusie-criterium (leeftijd). Deze wordt alleen toegepast bij indicator 2 'het percentage heroperaties binnen 30 dagen'. Alleen patiënten met een leeftijd tussen de 18 en 70 jaar worden meegenomen. Uitgangspunt voor de leeftijdsbepaling is de leeftijd op het moment van de eerste operatie.

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. Wanneer 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 indicator uitkomst bepaald kan worden.

Indicator 1	Aantal dagen tussen operatie-indicatie door operateur en operatie. Berekening gemiddelde	Formule
Teller	Bij iedere patiënt wordt berekend hoeveel dagen er tussen de indicatie OK en de operatie zitten.	Som van het aantal dagen R9 voor alle patiënten uit noemer
Noemer	Het aantal patiënten dat een operatieve hernia DBC heeft gehad (zie populatiebepaling).	Aantal patiënten verzameld onder R1 en R2

Indicator 1	Aantal dagen tussen operatie-indicatie door operateur en operatie. Berekening mediaan en spreiding
Mediaan	Van de rij van waarnemingen wordt de middelste waarneming weergegeven. Indien er geen middelste waarneming is (bij een even aantal waarnemingen) dan wordt het gemiddelde van de twee omliggende waarnemingen weergegeven.
Spreiding	Kan op basis van de cijferreeks geautomatiseerd berekend worden door programma's als Excel en SPSS. Zie de bijlage voor formules en een voorbeeld.

Indicator 2	Lumbale heroperaties binnen 30 dagen	Formule
Teller	Tel van de in de noemer geselecteerde patiënten het aantal patiënten die binnen 30 dagen een heroperatie hebben gehad.	Aantal patiënten noemer waarbij R11=ja
Noemer	Selecteer de operatieve patiënten met hernia (zie populatiebepaling) en waarvan de leeftijd op het moment van de OK tussen de 18 en 70 jaar bedroeg.	Aantal patiënten verzameld onder R1 en R2 en bij wie geldt R10=ja

ADL	Activiteiten Dagelijks Leven
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIRE	Appraisal of Indicators, Research and Evaluation
CBO	Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CTG-code	College Tarieven Gezondheidszorg
DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
EPD	Elektronisch patiëntendossier
HNP	Hernia Nucleus Pulposus
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg.
LRS	Lumbosacraal Radiculair Syndroom
OMS	Orde van Medisch Specialisten
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen is de organisatie van de branche ziekenhuizen
MRI	Magnetische Resonantie Scan
NRS	Numerical Rating Scale
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVvN	Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
RDQS	Roland Disability for Sciatica
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
SD	Standaard Deviatie
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
UVA	Universiteit van Amsterdam
VAS	Visual Analogue Scale
VRS	Verbal Rating Scale
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst
WV	Wetenschappelijke Vereniging
ZIS	Ziekenhuis Informatie Systeem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Alle indicatoren zijn geaccepteerd.

Algemeen

Voorstel n.a.v. commentaar van de NVN, NOV, NVvN

Alle drie de betrokken verenigingen hebben uitvoerig gereageerd op de conceptset indicatoren radiculair syndroom.

Samengevat zien zowel de NOV als NVvN geen belangrijke (inhoudelijke) bezwaren tegen de geformuleerde set van vier indicatoren. De NVN kan zich in twee van de voorgelegde indicatoren goed vinden: het interval tussen indicatie en daadwerkelijke operatie (1) en het aantal heroperaties < 30 dgn (2). Maar heeft inhoudelijke bezwaren tegen de indicatoren met betrekking tot VAS en Roland Disability Questionnaire (RDQ). Alle drie de betrokken wetenschappelijke verenigingen (NVN, NOV, NVvN) zien problemen m.b.t. de implementatie dan wel logistiek.

De reactie van de werkgroep met betrekking tot de inhoudelijke bezwaren van de NVN: Om tegemoet te komen aan de bezwaren van de NVN is binnen de multidisciplinaire richtlijncommissie Lumbosacraal radiculair syndroom toegezegd om de onderbouwing voor zowel ziektespecifiek functioneren (Roland score) als de meting van de pijnintensiteit (VAS score) nader uit te werken. Deze richtlijn zal in 2007 gereed zijn. De geformuleerde indicatoren kunnen daarna worden bijgesteld, indien nodig geacht. De NVvN en NOV zien geen belangrijke inhoudelijke bezwaren en achten deze twee indicatoren zeer belangrijk. Zij willen van start gaan met deze indicatoren (onder voorwaarde van een implementatieplan, zie verder): de RDQ en VAS zal dan voorlopig gebruikt gaan worden bij patiënten die door de neurochirurgen en orthopeden behandeld worden, al dan niet geopereerd.

De reactie van de werkgroep m.b.t. de bedenkingen omtrent implementatie en logistiek: De werkgroep erkent het belang van een duidelijk implementatieplan en -traject. Dit valt buiten de opdracht van de werkgroep. Desalniettemin is een aanzet gedaan voor een implementatieplan en deze zal bij de rapportage worden opgeleverd. Tevens is de projectleiding (Orde / CBO) graag bereid dit te agenderen bij de begeleidingscommissie van ZonMw en relevante partijen hiervoor bij elkaar te brengen.

Tevens bestaan er zorgen over de wijze waarop de diverse parameters moeten worden geregistreerd en vooral wie daarvoor verantwoordelijk is:

De opdracht van ZonMw aan de Orde van Medisch Specialisten en het CBO in het project 'Kwaliteit van zorg in de etalage' betrof de ontwikkeling van indicatoren inclusief leeswijzers. Vanuit dat project was niet voorzien in financiering van het ontwikkelen van de specificaties bij de indicatoren en het uitproberen van de indicatorensets in de praktijk. Aangezien reeds voor de eerste indicatorsets in tranche 1 de angst bestond dat de huidige sets nog onvoldoende gespecificeerd waren, is er een praktijktest gedaan naar haalbaarheid en registratielast. Dit alles met als doel om te voorkomen dat de formulering van specificaties wordt overgelaten aan 'de markt', want dan bestaat er gerede kans dat de gegevens die gegenereerd worden niet valide en niet vergelijkbaar zullen zijn en zal de administratieve lastendruk alleen maar toenemen. Uitkomsten uit deze praktijktest zijn nog niet beschikbaar voor deze werkgroep.

34

35

Wel heeft de projectleiding (Orde / CBO) een voorzet gemaakt voor specificaties bij de indicatoren Lumbosacraal radiculair syndroom en zal deze met de werkgroep afstemmen.

Ook geeft de NVvN duidelijk aan dat registratie niet mag leiden tot toename in administratieve last bij medisch specialist. 'Het moet onomwonden duidelijk zijn dat de partijen die het meest baat hebben bij deze 'inkoop indicatoren', namelijk de ziekenhuizen en zorgverzekeraars, ook degenen zijn die de last van de registratie voor hun rekening nemen. Het spreekt vanzelf dat de financiering daarvan uit de kostencomponent van de DBC zal moeten komen.' De werkgroep onderstreept het belang om hiervoor op centraal niveau afspraken te maken, mede om een uniforme implementatie te realiseren.

Het kenniscentrum DBC's van Zorgverzekeraars Nederland heeft laten weten positief verheugd te zijn met de voorliggende indicatorenset, en wil kijken hoe zij ondersteunend kan zijn voor wat betreft de logistieke vraagstukken. Uitkomstindicatoren vinden zij van groot belang, en daarom is het belang van opname van de Roland Disability Schaal in de set evident: Met de RDS is het effect van de behandeling conservatief dan wel operatief weer te geven. De schaal geeft de mate van (dis) functioneren weer van patiënten met een lumbosacrale hernia. De VAS scores zijn noodzakelijk omdat het tot nu toe het enige gereedschap is waarmee de indicatiestelling voor diagnostiek en behandeling gemeten kan worden, mits gerelateerd aan de duur van de klachten. Hier zal nog wel verder aangesleuteld moeten worden. Maar het is zeer van belang dat we daar een aanvang mee nemen, aldus het kenniscentrum DBC's van ZN. Zij geven verder aan dat de naar voren gebrachte bezwaren m.b.t. logistiek weliswaar een punt zijn, maar die zijn er om opgelost te worden immers als een bepaald onderzoek nodig is voor betere patiëntenzorg komt dat er ook. Ze kunnen wel begrip opbrengen voor de implementatieproblemen van een dergelijk logistiek proces. De (on)mogelijkheden rond implementatie zijn een onderdeel van het AIRE-instrument (Item 19), maar bij zo'n belangrijk onderdeel als de RDS dient men zich niet bij voorbaat door mogelijke problemen en te verwachten inspanning laten tegenhouden. Wat hen betreft dient de werkgroep deze indicator dan ook te handhaven.

Uiteindelijke voorstel van de werkgroep

In de laatste werkgroepvergadering in maart 2007 werd afgesproken dat de werkgroep de set van vier indicatoren zal aanbieden aan ZonMw. Autorisatie door de verenigingen zal plaatsvinden op basis van de resultaten van het voorziene implementatietraject. Onderdeel hierin is een pilotstudie, waarin zowel de validiteit als haalbaarheid van de RDQ- en VAS-indicatoren nader getest zal worden.

Bevinding inlooperperiode	Consequentie	Toelichting
ERRATUM		
1 Onduidelijk is welke code gebruikt moet worden voor de heroperatie (variabele 7). De variabele dient als oranje te worden beschouwd.	Registratiegids aangepast	Aangepast conform de omschrijving als bij de externe indicatorenset voor ZAT. Vast te leggen waarde: Operatieve verrichtingencodes uitgevoerd door de orthopeed of neurochirurg. Instructie: Verrichting uit zorgprofielklasse '5. Operatieve ingrepen' uitgevoerd door de orthopeed en/of neurochirurg (toegevoegd). De coderingen 8.11.2556.23 en 5.12.1360.216 zijn komen te vervallen.
2 Een aantal codes is gecorrigeerd, - R1 was 8.11.2556.23, wordt 8.112560.23 - R2 was 5.12.1360.216 wordt 5.21.1360.216	Registratiegids aangepast	
3 De interpretatie van de leeftijd is niet expliciet beschreven. De validatie regel komt niet overeen met de toelichting. Deze moet zijn 'validatieregel' => 18. Bij toelichting moet staan: ja = leeftijd 18 tot 70 jaar.	Registratiegids aangepast	De validatieregel voor R10 is aangepast: =>18 jaar < 70 jaar en de toelichting is aangepast (Ja = leeftijd 18 tot 70).
LOGBOEK / OPMERKINGEN WEBENQUÊTE EN INTERVIEW		
4 Datum van indicatiestellen vindt plaats in het papieren dossier en is daarom niet digitaal uitvraagbaar.	Indicator aangepast Registratiegids aangepast	Aan de bron van indicator 1 toegevoegd dat voor deze variabele (var R7) ook de datum van invoeren op de digitale wachtlijst gebruikt kan worden.
5 Soms worden de operaties door de neurochirurg / orthopeed elders uitgevoerd.	Geen wijziging	
6 Opvragen van de gegevens over tijdsverloop kostte veel tijd; daarom niet opgeleverd.	Geen wijziging	
INDICATOR 1: AANTAL DAGEN TUSSEN OPERATIE-INDICATIE DOOR OPERATEUR EN OPERATIE		
7 Bij de formule aanduiding is het niet goed duidelijk of de standaarddeviatie nu bijgeteld of afgetrokken moest worden bij het bepalen van de waarde van indicator 1.	Geen wijziging	De spreiding wordt afzonderlijk van het gemiddelde en mediaan weergegeven

36

37

Verwerking bevindingen Inlooperperiode

Bevinding inlooperperiode	Consequentie	Toelichting
INDICATOR 2: LUMBALE HEROPERATIES BINNEN 30 DAGEN		
8 Ten aanzien van de heroperatie binnen 30 dagen wordt gemeld dat het effect van de behandeling veelal pas na 3 maanden duidelijk is.	Geen wijziging	
9 Heroperaties worden uitgevoerd in een ander ziekenhuis. Hierover kan niet gerapporteerd worden.	Geen wijziging	
VERVOLGINDICATOR 3: ZIEKTESPECIFIEKE FUNCTIONALITEIT		
10 De Rolandschaal is niet bij alle ziekenhuizen bekend, cq in gebruik.	Geen wijziging	Deze indicator is als vervolgindicator opgenomen.
VERVOLGINDICATOR 4: PIJNINTENSITEIT		
11 Geen specifieke opmerkingen.	N.v.t.	Deze indicator is als vervolgindicator opgenomen.

Bevindingen praktijktest	Consequentie	Toelichting
12	Geen wijziging	Punt van aandacht is dat bij de huidige indicatoren de gegevens van de orthopeden en neurochirurgen bij elkaar gevoegd worden.
13	Geen wijziging	De indicator betreffende aantal dagen tussen operatie-indicatie door operateur en operatie zou voorlopig meetbaar gemaakt kunnen worden door uit te gaan van de landelijke wachtlijstregistratie. Daar worden wachttijden aangeleverd en vergeleken met de Treeknorm. Mediaan, spreiding en gemiddelde zijn hieruit te bepalen. Het is aan te bevelen met de werkgroep te overleggen of bovengenoemde wijze van gegevensverzameling recht doet aan de intentie die zij voor ogen had met de indicator en daarmee de gegevensverzameling die plaatsvindt in het kader van de Treeknorm gebruikt kan worden bij de bepaling van deze indicator. Dit zal de registratielast verlagen. Dezelfde gegevens worden dan meerdere malen ingezet.
14	Geen wijziging	De heroperaties van andere ziekenhuizen zijn niet zichtbaar voor de zorgverzekeraars, aangezien deze alleen de DBC factuur krijgen. Zij beschikken daarmee niet over de verrichtingen of tijdstippen van OK. Het is voor de zorgverkeers derhalve niet mogelijk om te controleren of het een heroperatie in het kader van een complicatie betreft of een latere operatie in verband met een recidief. Als deze voorwaarde wordt losgelaten en gekeken kan worden naar nieuwe OK-zittingen, dan is bepaling van de indicator op basis van de bestaande registraties mogelijk en zelfs uit het DIS (Diagnosebehandelcombinatie Informatiesysteem) opvraagbaar.

38

39

Bijlage 5: RDQS vragenlijst

Vragenlijst Roland

Nummer patiënt: □□□ : □□□□□□

Datum: - 200 ...

Week: Afspraak:

Uw rug- en beenklachten kunnen u belemmeren bij normale dagelijkse bezigheden.

Deze vragenlijst bevat een aantal uitspraken waarmee mensen met rug- en beenklachten zichzelf en hun situatie beschrijven. Lees onderstaande zinnen aandachtig door en kruis 'ja' aan als de uitspraak vandaag op u van toepassing is. Is de uitspraak niet op u van toepassing kruis dan 'nee' aan.

Belangrijk is dus dat u uitgaat van de situatie zoals u die vandaag ervaart.

- Ik blijf meestal thuis vanwege mijn rug- of beenpijn. 0 nee 1 ja
- Ik verander vaak van positie om te proberen minder pijn te hebben in mijn rug of been. 0 nee 1 ja
- Ik loop langzamer vanwege mijn rug- of beenpijn. 0 nee 1 ja
- Vanwege mijn rugprobleem kan ik de dingen die ik normaal doe rondom het huis, niet meer doen. 0 nee 1 ja
- Ik gebruik de trapleuning vanwege mijn rugprobleem. 0 nee 1 ja
- Ik moet me ergens aan vasthouden om uit een stoel te komen vanwege mijn rugprobleem. 0 nee 1 ja
- Ik kleeft me langzamer dan gewoonlijk aan vanwege mijn rug of beenpijn. 0 nee 1 ja
- Ik kan slechts korte perioden achter elkaar staan vanwege mijn rug- of beenpijn. 0 nee 1 ja
- Vanwege mijn rugprobleem probeer ik niet te buigen of neer te knielen. 0 nee 1 ja
- Ik vind het moeilijk om me om te draaien in mijn bed vanwege mijn rug- of beenpijn. 0 nee 1 ja
- Mijn rug of been is altijd pijnlijk. 0 nee 1 ja

- | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| 12. Ik vind het moeilijk om uit een stoel te komen vanwege mijn rug en/of beenpijn. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 13. Ik loop slechts kleine stukjes vanwege mijn rug- en/of beenpijn. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 14. Ik eet minder goed vanwege mijn rug en/of beenpijn. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 15. Ik slaap minder goed vanwege mijn rug- of beenpijn. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 16. Ik vermijd zwaar werk rondom en in het huis vanwege mijn rug- of beenpijn. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 17. Ik ben meer geïrriteerd en slechter gehumeurd vanwege mijn rugprobleem. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 18. Ik ga minder snel de trap op dan gewoonlijk vanwege mijn rugprobleem. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 19. Ik blijf het merendeel van de tijd in bed vanwege mijn rug of beenpijn. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 20. Mijn seksuele activiteiten zijn verminderd door mijn rug- of beenpijn. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 21. Ik blijf gebieden die pijn doen op mijn lichaam wrijven en vasthouden. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 22. Vanwege mijn rugprobleem doe ik thuis minder dagelijks werk dan ik gewend ben. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |
| 23. Ik maak aan andere mensen kenbaar dat ik me zorgen maak over mijn gezondheid. | <input type="radio"/> 0 nee | <input type="radio"/> 1 ja |

40

41

Er is voor de totale set geen autorisatie afgegeven door de wetenschappelijke verenigingen aangezien de validiteit en haalbaarheid van de RDQ- en VAS indicator eerst in kleiner verband getest dient te worden.

Einde vragenlijst.

Hartelijk dank voor het invullen.

