

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:

Postbus 16119
2500 BC Den Haag

Telefoon:

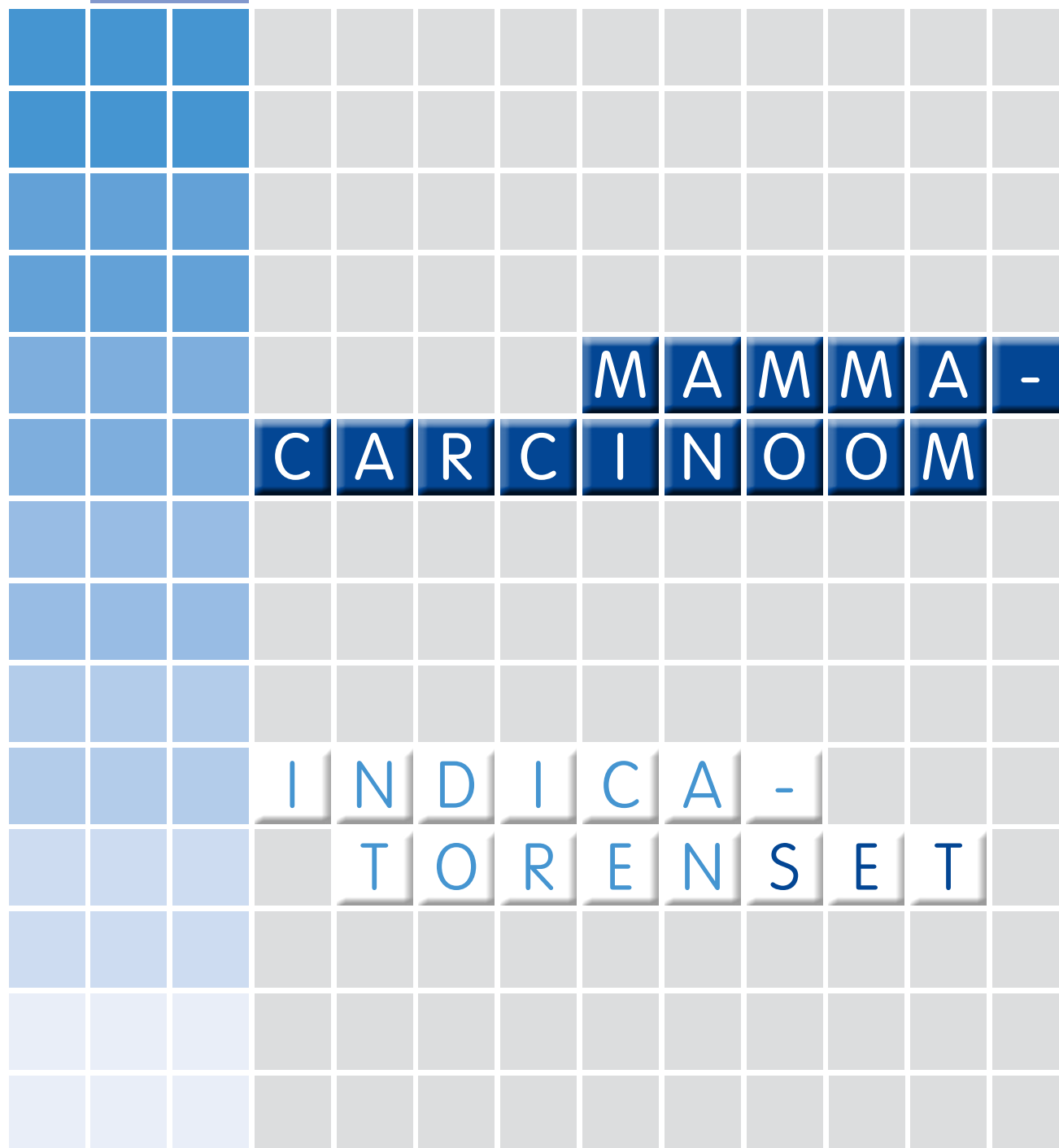
(070) 3407911

Telefax:

(070) 3405725

Internet:

www.zichtbarezorg.nl



MAMMA -
CARCINOM

INDICA -
TOR ENSET

Colofon

Internet: www.zichtbarezorg.nl

E-mail: info@zichtbarezorg.nl

Samenstelling werkgroep indicatorenset Mammacarcinoom

Drs. P.T.M. Appelman, *radioloog, Mesos Medisch Centrum, Utrecht*

Mw. Dr. J. Benraadt, *Integraal Kankercentrum, Amsterdam*

Dr. H. Bruins Slot, *medisch adviseur Delta Lloyd/Ohra, Zorgverzekeraars Nederland*

Mw. S. Claassen, *nurse-practitioner, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*

Dr. R.M.H. Roumen, *chirurg, Maxima Medisch Centrum, Veldhoven*

Dr. D.B.W. de Roy van Zuidewijn, *chirurg, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden*

Dr. E.J.Th. Rutgers, *chirurg, NKI/AvL, Amsterdam (voorzitter)*

Dr. J.R.M. van der Sijp, *chirurg, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag*

Mw. Drs. M. Smit-Winterink, *vertegenwoordiger BorstkankerVereniging Nederland, Utrecht*

Mw. Drs. C. Tutein Nolthenius-Puylaert, *patholoog, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond*

Dr. J.W.D. de Waard, *chirurg, Westfries Gasthuis, Hoorn*

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
- 1.4 Totstandkoming van indicatorensets
- 1.5 Leeswijzer

2 Overzicht indicatoren Mammacarcinoom pagina 8

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

3 Lijst te verzamelen variabelen pagina 32

- 3.1 Variabelenlijst

4 Instructies bij het bepalen van de indicatoren pagina 38

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

Bijlage 1: Afkortingenlijst pagina 42

Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren pagina 43

Bijlage 3: Verwerken commentaar consultatieronde pagina 48

Bijlage 4: Verwerking bevindingen Inlooperperiode 2008 pagina 57

Bijlage 5: Autorisatie wetenschappelijke vereniging pagina 58

1. Inleiding

Voor u ligt de set externe kwaliteitsindicatoren voor Mammacarcinoom. 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

De werkgroep voor de indicatorenset Mammacarcinoom bestaat uit de volgende personen:

Drs. P.T.M. Appelman, *radioloog, Mesos Medisch Centrum, Utrecht*

Mw. Dr. J. Benraadt, *Integraal Kankercentrum, Amsterdam*

Dr. H. Bruins Slot, *medisch adviseur Delta Lloyd/Ohra, Zorgverzekeraars Nederland*

Mw. S. Claassen, *nurse-practitioner, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*

Dr. R.M.H. Roumen, *chirurg, Maxima Medisch Centrum, Veldhoven*

Dr. D.B.W. de Roy van Zuidewijn, *chirurg, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden*

Dr. E.J.Th. Rutgers, *chirurg, NKI/AvL, Amsterdam (voorzitter)*

Dr. J.R.M. van der Sijp, *chirurg, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag*

Mw. Drs. M. Smit-Winterink, *vertegenwoordiger BorstkankerVereniging Nederland, Utrecht*

Mw. Drs. C. Tutein Nolthenius-Puylaert, *patholoog, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond*

Dr. J.W.D. de Waard, *chirurg, Westfries Gasthuis, Hoorn*

De indicatorenset Mammacarcinoom 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 Mammacarcinoom 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 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 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.

6

7

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.

1.5 Leeswijzer

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

Hoofdstuk twee begint met een overzicht van de indicatoren die voor de Mammacarcinoomset 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 voor Mammacarcinoom 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.

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
- Verwerkingen bevindingen inlooperperiode 2008
- Autorisatie door wetenschappelijke vereniging
- Overige bijlagen

2. Overzicht indicatoren Mammacarcinoom

In dit hoofdstuk wordt de indicatorenset Mammacarcinoom beschreven. Deze set bestaat uit zeven indicatoren en dertien aanvullende vragen. Deze aanvullende vragen verschaffen structuurinformatie over het aanbod van de zorg rondom de betreffende aandoening. De zorginhoudelijke indicatoren worden in paragraaf 2.1 beschreven aan de hand van factsheets. In paragraaf 2.2 volgen de aanvullende vragen.

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 structuurindicatoren). 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.

8

9

Meetperiode	De gegevens worden opgevraagd over een zogenaamde meetperiode. Afspraken over deze meetperiode worden landelijk gemaakt.
Rapportagefrequentie	Afspraken over de rapportagefrequentie worden landelijk gemaakt. Bijvoorbeeld 1 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 over 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
- Bependingen bij gebruik en interpretatie
- Validiteit
- Betrouwbaarheid
- Discriminerend vermogen
- Minimale bias/beschrijving relevante case-mix
- Registerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering
- Referenties

² Deze onderwerpen kunnen om inhoudelijke reden variëren per indicator

1. Gesprek met mammacare verpleegkundige	
Relatie tot kwaliteit	Een gesprek met een mammacare-verpleegkundige draagt bij aan de continuïteit van zorg. De mammacare-verpleegkundige geeft de patiënt bij het stellen van de diagnose mammacarcinoom, naast de chirurg, voorlichting, steun en begeleiding bij het nemen van een weloverwogen beslissing over de behandeling (bijvoorbeeld keuze borstsparende chirurgie versus borstamputatie).
Operationalisatie	Percentage patiënten met de diagnose mammacarcinoom dat preoperatief een gesprek heeft gehad met een mammacare-verpleegkundige.
Teller	Aantal patiënten met een mammacarcinoom dat minstens één preoperatief gesprek heeft gehad met een mammacare-verpleegkundige.
Noemer	Totaal aantal patiënten met een primaire operatie voor een mammacarcinoom. Bestand beschikbaar vanuit de kankerregistratie met recordnummers aanleveren aan ziekenhuis.
Definitie(s)	Mammacarcinoom: Maligne mammatumor cytologisch of histologisch bevestigd en waarvan PA uitslag is. Primair mammacarcinoom: Incident mammacarcinoom (dus niet recidief of metastase). Mammacare verpleegkundige: Een mammacareverpleegkundige, nurse practitioner of verpleegkundig specialist oncologie die de opleiding 'oncologieverpleegkundige' of 'mammacare-verpleegkundige' met succes heeft afgerond óf meer dan 50% werkzaam is op polikliniek met eigen spreekuur óf een verpleegkundige met minstens 5 jaar ervaring in de mammazorg.
In/exclusiecriteria	Voor deze indicator zijn geen in- en exclusiecriteria te benoemen
Bron teller	Klinische status, eventuele lokale databases
Bron noemer	Kankerregistratie, klinische status
Meetfrequentie	1x per kalenderjaar
Meetperiode	01-07-2007 tot en met 30-06-2008 (afwijkende periode ten opzichte van de andere indicatorensets i.v.m. opvraag data kankerregistratie)
Rapportage frequentie	1x per kalenderjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid en doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De mammacare-verpleegkundige is mede verantwoordelijk voor de begeleiding en psychosociale zorg van de patiënten met een mammacarcinoom en is hiervoor de aangewezen persoon vanwege de laagdrempeligheid en bereikbaarheid voor de patiënten. Een mammacare-verpleegkundige kan opvang en voorlichting bieden bij het bespreken van de diagnose en behandelopties, de diagnostiek coördineren, periodieke patiëntenbesprekingen organiseren, communicatie met aanvragers (met name de huisarts) verzorgen en een rol vervullen in de registratie en evaluatie van het functioneren van het mammateam.

10

11

Variatie in kwaliteit van zorg: niet ieder ziekenhuis in Nederland heeft de beschikking over een mammacare-verpleegkundige. In ziekenhuizen waar een mammacare-verpleegkundige aanwezig is, krijgt niet elke patiënt een gesprek. Bij de start van het Doorbraakproject mammacarcinoom 1 (twaalf ziekenhuizen) kreeg gemiddeld 40% van de patiënten preoperatief een gesprek met een mammacare-verpleegkundige. De spreiding was zeer groot: in één ziekenhuis kreeg 100% van de patiënten een gesprek, in één ander ziekenhuis kreeg geen enkele patiënt een gesprek.

Mogelijkheden tot verbetering

In het Doorbraakproject (twaalf ziekenhuizen) verdubbelde het totale percentage gesprekken met de mammacare-verpleegkundigen van 40% naar 80% (gegevens Doorbraak-project mammacarcinoom 1, 2004-2005). Als deze gegevens te generaliseren zijn naar de overige ziekenhuizen in Nederland dan is er ruimte voor verbetering.

Validiteit

Haward en collega's (2003) concludeerden in hun onderzoek bij 72 multidisciplinaire mammateams dat het aantal mammacare-verpleegkundigen in een team een voorspeller was voor 'clinical performance'. Mammacare-verpleegkundigen verbeterden de kwaliteit van de klinische zorg en hadden een positieve invloed op het team. Goodwin en collega's (2003) onderzochten de invloed van case management door verpleegkundigen op de behandeling van oudere patiënten (>65 jaar) met borstkanker. Casemanagement door verpleegkundigen resulteerde in meer borstsparende operaties (28,6% versus 18,7%) en radiotherapie (35% versus 19%). Vrouwen die borstsparend werden geopereerd in de 'case-management' groep kregen vaker adjuvante radiotherapie (78% versus 44,8%).

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht 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.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Volgens de werkgroep zijn verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling, of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen nauwelijks van invloed op de indicator. Correctie voor case-mix wordt daarom niet nodig geacht.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Eindrapportage Doorbraakproject mammacarcinoom 1, CBO en VIKC, april 2004 - juni 2005.

- Goodwin, J.S., Satish, S., Anderson, E.T., Nattinger, A.B., Freeman, J.L. Effect of nurse case management on the treatment of older women with breast cancer. J Am Geriatr Soc. 2003 Sep;51(9):1252-9.
- Haward, R., Amir, Z., Borrill, C., Dawson, J., Scully, J., West, M., Sainsbury, R. Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. Br J Cancer. 2003;89(1):15-22.

12

13

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het is aannemelijk dat diagnostiek (en behandeling) binnen een mammateam overlevingsvoordeel geeft (Richtlijn behandeling mammacarcinoom, 2005; NABON-nota, 1999). Een belangrijk doel van het multidisciplinair overleg (MDO) is het opstellen van een zo goed mogelijk behandelplan en harmonisatie van de begeleiding van de patiënt. Daarnaast worden in het MDO ook patiënten besproken die niet worden geopereerd. Een tweede doel van het MDO is dan ook het met grote zekerheid kunnen concluderen dat de patiënt geen maligne afwijking heeft (+/- 80% van de vrouwen die binnenkomen op de mammapoli blijken achteraf een benigne afwijking te hebben). Beide doelen hebben tot gevolg dat onnodige operatie wordt voorkomen.

Het multidisciplinair overleg voorafgaand aan enige behandeling dient minimaal te bestaan uit: chirurg, patholoog, mammacare-verpleegkundige en radioloog. De eigenlijke invulling en taakverdeling van de leden van het multidisciplinaire team kunnen van instituut tot instituut verschillen. Eenieder geeft een bijdrage vanuit zijn eigen professionele verantwoordelijkheid.

De beperking is dat deze indicator niet meet of ook vrouwen met (moeilijke) benigne afwijkingen besproken worden in het MDO. De werkgroep verwacht echter dat als er een goed functionerend MDO bestaat voor patiënten met maligne aandoeningen dat hier ook de patiënten met benigne afwijkingen worden besproken. De werkgroep heeft echter vanuit pragmatische oogpunt gekozen om de indicator alleen toe te spitsen op patiënten met maligne afwijkingen.

Uit de gegevens van het Doorbraakproject mammacarcinoom 1, 2004-2005 blijkt dat er een grote spreiding is in Nederland ten aanzien het percentage patiënten dat preoperatief wordt besproken in het multidisciplinair overleg.

In een onderzoek van Blauwgeers et al., (2005) blijkt dat in de IKW-regio 96% van de patiënten wordt gezien op een gespecialiseerde mammapoli, maar dat lang niet alle patiënten met een maligne tumor preoperatief besproken worden in het MDO (74%). Echter, mogelijk is hier sprake van selectiebias aangezien niet alle ziekenhuizen deelnamen aan dit onderzoek.

Mogelijkheden tot verbetering

Uit de gegevens van het Doorbraakproject mammacarcinoom (2004-2005) blijkt dat er in Nederland een grote spreiding is ten aanzien van het preoperatief bespreken van patiënten in het MDO. Bij de start van het Doorbraakproject Mammacarcinoom 1 was in twee van de twaalf ziekenhuizen geen MDO aanwezig, in twee andere ziekenhuizen werd 80% van de patiënten preoperatief besproken in het MDO. Als deze gegevens generaliseerbaar zijn naar de andere ziekenhuizen in Nederland dan is er ruimte voor verbetering.

Validiteit

In een Amerikaans onderzoek was consultatie van een radioloog sterk geassocieerd met het meer uitvoeren van borstsparende therapie met bestraling (Baldwin, 2004). Uit een onderzoek van Chang (2001) bleek dat het multidisciplinaire team bij 43% van de patiënten tot een ander behandelingsadvies kwam dan de individuele specialist.

2. Patiënten met mammacarcinoom besproken in het multidisciplinaire overleg voor aanvang van de behandeling

Relatie tot kwaliteit	Het multidisciplinair overleg (MDO) draagt in veel opzichten bij aan de kwaliteit van het proces rond de patiënt met een mammacarcinoom. Het doel van het MDO voor aanvang van de behandeling is patiënten terecht als benigne te diagnosticeren en voor patiënten met een maligne tumor een zo goed mogelijk behandelplan op te stellen. Hiermee worden onnodige operaties voorkomen en in geval van benigniteit onnodige controles.
Operationalisatie	Percentage patiënten met een mammacarcinoom dat voor aanvang van enige behandeling is besproken in het multidisciplinair overleg.
Teller	Aantal patiënten met een mammacarcinoom dat gedocumenteerd is besproken in het multidisciplinair overleg voor aanvang van enige behandeling.
Noemer	Totaal aantal patiënten gediagnosticeerd met een mammacarcinoom. Bestand beschikbaar vanuit de kankerregistratie met recordnummers aanleveren aan ziekenhuis.
Definitie	<p>Mammacarcinoom: Maligne mammatumor cytologisch of histologisch bevestigd en waarvan PA uitslag is.</p> <p>Primair mammacarcinoom: Incident mammacarcinoom (dus niet recidief of metastase).</p> <p>Multidisciplinair overleg: Het multidisciplinair overleg voorafgaand aan enige behandeling dient minimaal te bestaan uit: chirurg, patholoog, mammacare-verpleegkundige, radioloog, internist en radiotherapeut (evt. op consultatiebasis).</p> <p>Gedocumenteerd besproken: MDO vastgelegd in klinische status.</p>
In/exclusiecriteria	Voor deze indicator zijn geen in- en exclusiecriteria te benoemen
Bron teller	Patiëntendossier
Bron noemer	Kankerregistratie
Meetfrequentie	1x per kalenderjaar
Meetperiode	01-07-2007 tot en met 30-06-2008 (afwijkende periode ten opzichte van de andere indicatorensets i.v.m. opvraag data kankerregistratie)
Rapportagefrequentie	1x per kalenderjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiënt; rapportage op ziekenhuis niveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit en doelmatigheid

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht 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.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Volgens de werkgroep zijn verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling, of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen nauwelijks van invloed op de indicator. Correctie voor case-mix wordt daarom niet nodig geacht.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Baldwin, L.M., Taplin, S.H., Friedman, H., Moe, R. Access to multidisciplinary cancer care: is it linked to the use of breast-conserving surgery with radiation for early-stage breast carcinoma? *Cancer*. 2004 Feb 15; 100(4): 701-9.
- Blaauwgeers, H.G., Tollenaar, R.A., Beelen, M.L., Bergman, L., Boutkan, H., Dam, G., van Vries, B.C., de Steup, W.H. Normen voor mammazorg. *Medisch Contact*, 18 november 2005; 60 (46): 1828-31
- Chang, J.H., Vines, E., Bertsch, H., Fraker, D.L., Czerniecki, B.J., Rosato, E.F., et al. The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recommendations for patient management: the University of Pennsylvania experience. *Cancer* 2001;91:1231-7.
- Eindrapportage Doorbraakproject mammacarcinoom 1, CBO en VIKC, april 2004 - juni 2005.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Vereniging van Integrale Kankercentra. EBRO Richtlijn behandeling van het mammacarcinoom. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications;2005.
- Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON)-nota. De organisatie van diagnostiek en behandeling van het mammapathologie in Nederland, 1999

14

15

3. Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling

Relatie tot kwaliteit	De NABON-nota geeft aan dat bij borstsparende therapie radicaliteit moet worden nagestreefd omdat dat de beste garantie geeft op goede lokale controle.
Operationalisatie	Percentage patiënten met irradicaliteit na eerste (borstsparende) excisie van een primair mammacarcinoom
Teller	Aantal patiënten met irradicaliteit na eerste borstsparende excisie van een primair mammacarcinoom.
Noemer	Aantal patiënten dat een eerste borstsparende excisie van een primair mammacarcinoom heeft ondergaan. Bestand beschikbaar vanuit de kankerregistratie met recordnummers aanleveren aan ziekenhuis.
Definitie	Maligne mammatumor: Mammatumor cytologisch of histologisch bevestigd en waarvan een PA uitslag is. Primair mammacarcinoom: Incident mammacarcinoom (dus niet recidief of metastase). Borstsparende behandeling/Mammasparende therapie (MST): Een ruime lokale excisie van de tumor, een okselstadiërende ingreep en radiotherapie van de mamma. Mamma-amputatie/Gemodificeerde Radicale Mastectomie (GRM): Ablatio mammae inclusief okselklierdissectie. Irradicaliteit van behandeling: Tumor in het snijvlak meer dan focaal (zie addendum pathologie in CBO richtlijn behandeling mammacarcinoom).
In/exclusiecriteria	Inclusie van zowel invasief als in situ carcinoom. Exclusie van patiënten met mamma-amputatie (ook ablatie of mastectomie).
Bron teller	Patiëntendossier
Bron noemer	Kankerregistratie
Meetfrequentie	1x per kalenderjaar
Meetperiode	01-07-2007 tot en met 30-06-2008 (afwijkende periode ten opzichte van de andere indicatorensets i.v.m. opvraag data kankerregistratie)
Rapportagefrequentie	1x per kalenderjaar
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Patiënt, rapportage op ziekenhuis niveau
Kwaliteitsdomein	Patiëntveiligheid, effectiviteit

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het doel van borstsparende therapie is het verwijderen van de tumor waarbij radicaliteit moet worden nagestreefd. Bovendien is het streven om een zo goed mogelijk cosmetisch resultaat te verkrijgen, en het aantal operaties zo laag mogelijk te houden.

Van den Hurk (2006) rapporteerde dat er bij 87% sprake was van radicaliteit bij ductaal carcinoom in situ (DCIS) (norm 90%), dit gegeven is echter gebaseerd op kleine aantallen. 83 tot 100% van de ziekenhuizen in de IKZ-regio voert maximaal 1 operatie uit bij mammasparende therapie. 7 van de 16 ziekenhuizen voldeden niet aan de NABON-norm van 90%, er is dus voldoende variatie tussen de ziekenhuizen.

Mogelijkheden tot verbetering

In een onderzoek van Landheer, et al., (2004) in twee opleidingsziekenhuizen wordt bij borstsparende therapie een percentage radicaliteit bij de eerste operatie gevonden van 64% respectievelijk 69%. De werkgroep is van mening dat in Nederland op deze indicator nog verbetering kan worden behaald.

Validiteit

De meeste recidieven na borstsparende therapie ontstaan door lokale uitgroei van resttumor. Uitbreiding in snijvlakken is een van de belangrijkste voorspellers van resttumor (Richtlijn Behandeling Mammacarcinoom 2005, Addendum Pathologie). De werkgroep is van mening dat deze indicator een belangrijke relatie heeft met de kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid

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

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat de indicator voldoende tussen de ziekenhuizen zal discrimineren.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Zowel in situ als invasief carcinoom includeren.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Vereniging van Integrale Kankercentra. EBRO Richtlijn behandeling van het mammacarcinoom. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2005.
- Landheer, M.L., Hoorntje, L.E., Klinkenbijn, J.H., Borel Rinkes, I.H. Chirurgische behandeling van patiënten met een niet-palpabel mammacarcinoom in een universitaire versus een perifere opleidingskliniek door assistent-geneeskundigen in opleiding en door chirurgen: vergelijkbare resultaten. Ned Tijdschr Geneeskd 2004; 148(35); 1724-7
- Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON)-nota. De organisatie van diagnostiek en behandeling van het mammapathologie in Nederland, 1999
- Van den Hurk, C.J. Van de Poll-Franse, L.V., Tutein Nolthenius-Puylaert, M.C., Roukema, J.A., Van der Sangen, M.J., Nieuwenhuijzen, G.A., Van den Eijnden- van Raaij, A.J., Coebergh, J.W. Naleving van mammacarcinoom-richtlijnen in de regio van het Integraal Kankercentrum Zuid, 2003/'04. Ned Tijdschr Geneeskd 2006; 150: 963-8

4. Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap heelkunde

Relatie tot kwaliteit	Er zijn aanwijzingen dat een hoger volume aan mammaoperaties per chirurg gerelateerd is aan betere kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld 5-jaarsoverleving).
Operationalisatie	Percentage leden van de maatschap heelkunde dat zich bezig houdt met de chirurgische behandeling van het mammacarcinoom.
Teller	Aantal chirurgen binnen de maatschap dat zich bezig houdt met de chirurgische behandeling van mammacarcinoom.
Noemer	Totaal aantal chirurgen in de maatschap.
Definities	De streefwaarde hierbij is dat minder dan 50% van de maatschapsleden zich bezighoudt met de behandeling van het mammacarcinoom, met een minimum van twee chirurgen.
In/exclusiecriteria	Voor deze indicator zijn geen in- en exclusiecriteria te benoemen.
Bron teller	Registratie maatschap
Bron noemer	Registratie maatschap
Meetfrequentie	1x per jaar
Meetperiode	01-07-2007 tot en met 30-06-2008 (afwijkende periode ten opzichte van de andere indicatorensets i.v.m. opvraag data kankerregistratie)
Rapportagefrequentie	1x per jaar
Type indicator	Structuurindicator
Meetniveau	Ziekenhuis/maatschap
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit en doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het effect van het volume van mammachirurgie wegens mammacarcinoom op de kwaliteit van de zorg is in een beperkt aantal studies onderzocht. Hierbij is vooral naar de relatie tussen volume en 5-jaars overleving gekeken.

Er is veel discussie over de vraag of er volumennormen gesteld moeten worden aan bepaalde chirurgische ingrepen, bijvoorbeeld mammaoperaties. Een chirurg die weinig mammaoperaties uitvoert, levert niet per definitie slechte zorg en een chirurg die veel operaties uitvoert levert niet per definitie goede zorg. De werkgroep wil dan ook niet het aantal operaties per chirurg opnemen als indicator. Zij geeft de voorkeur aan een differentiatie binnen de maatschap. De werkgroep is van mening dat er in Nederland ten aanzien van deze indicator nog veel variatie bestaat.

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep is van mening dat de mammazorg in Nederland nog niet overal zo is geregeld dat aan deze indicator wordt voldaan, er is dus nog ruimte voor verbetering.

Validiteit

Volume op niveau van ziekenhuis

De recente studie van Skinner et al., (2003) toonde een significant verband tussen het volume op ziekenhuisniveau en de 5-jaarsoverleving, waarbij het meest gunstige effect (7-9% mortaliteitsreductie) werd gezien bij meer dan 70 ingrepen per jaar (zie

onderstaande tabel A). De studie van Harcourt, et al., (2003) was kleinschaliger en toonde geen significante relatie.

Tabel A Overzicht van studies naar mammachirurgie bij mammacarcinoom op ziekenhuisniveau

Referentie	Land	Aantal patiënten/ ziekenhuizen	Uitkomst	Aantal ingrepen per jaar	Resultaten
Harcourt, 2003	VS	2409/9	% 5-jaars overleving	< 25 > 25	NS
Skinner, 2003	VS	29666/127	% 5-jaars overleving/ relatief risico (95% BI)	1 - 35* 36 - 70 71 - 125 > 125	75 / 1 78 / 0,92 (0,85-0,99) 82 / 0,78 (0,72-0,85) 84 / 0,77 (0,70-0,84)

* Referentiecategorie

Volume op niveau van arts

Drie studies hebben specifiek gekeken naar het effect van volume op niveau van de arts/chirurg (tabel B). Hierin werd een significante relatie gevonden tussen het volume en de 5-jaars overleving. De overlevingsverschillen tussen de hoog- en laag-volumechirurgen varieerden tussen de 8 en 11%. Een Franse review van het l'Institut National du Cancer stelde op basis van vijf studies een drempel vast van 20 ingrepen per jaar.

Tabel B Overzicht van studies naar mammachirurgie bij mammacarcinoom op artsniveau

Referentie	Land	Aantal patiënten/ ziekenhuizen	Uitkomst	Aantal ingrepen per jaar	Resultaten
Mikeljevic, 2003	Eng	11329/NG	% 5-jaars overleving	< 10 > 49	60 68
Ingram, 2005	Aus	2203/NG	% 5-jaars overleving	< 20 > 20	79 90
Skinner, 2003	VS	29666/1800	% 5-jaars overleving/ relatief risico (95% BI)	1 - 5* 6 - 10 11 - 15 > 15	75 / 1 80 / 0,95 (0,88-1,02) 82 / 0,90 (0,83-0,98) 84 / 0,84 (0,77-0,92)

* Referentiecategorie

18

19

Betrouwbaarheid

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

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat de indicator voldoende tussen de ziekenhuizen zal discrimineren.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Niet van toepassing. Het gaat hier om de artsen en niet om de patiënten.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Harcourt, K.F., and Hicks, K.L. Is there a relationship between case volume and survival in breast cancer? Am J Surg 2003; 185: 407-410.
- Ingram, D.M., McEvoy SP, Byrne MJ, Fritschi L, Joseph DJ, Jamrozik K. Surgical caseload and outcomes for women with invasive breast cancer treated in Western Australia. Breast 2005;14(1):11.
- l'Institut National du Cancer. L'influence du volume d'activité et de la formation des chirurgiens en matière de chirurgie des cancers. Revue systématique de la littérature. Oktober 2005
- Mikeljevic, J.S., Haward, R.A., Johnston, C., Sainsbury, R., Forman, D. Surgeon workload and survival from breast cancer. Br J Cancer 2003;89(3):487-91.
- Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON)-nota. De organisatie van diagnostiek en behandeling van het mammopathologie in Nederland, 1999.
- Skinner, K.A., Helsper, J.T., Deapen, D., Ye W, Sposto R. Breast cancer: do specialists make a difference? Ann Surg Oncol 2003;10(6):606-15.

5. Percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag geopereerd zijn

Relatie tot kwaliteit	Tussen diagnose en therapeutische operatie is een wachttijd nodig om de patiënt bedenktijd te geven om de voor haar goede beslissing voor behandeling te nemen. De wachttijd tot operatie moet echter ook niet te lang duren. In navolging van de INABON nota wordt hier vier weken aangehouden.
Operationalisatie	Percentage patiënten dat binnen 4 weken na de definitieve PA-uitslag (van cytologisch punctaat dan wel histologisch dikke naaldbiopsie) geopereerd zijn.
Teller	Aantal patiënten met nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom dat (4 weken na de PA-uitslag) geopereerd is.
Noemer	Totaal aantal patiënten met een primaire operatie voor een mammacarcinoom.
In/exclusiecriteria	Patiënten die primair voor een andere behandeling dan operatie in aanmerking komen, bijvoorbeeld neoadjuvant behandelde patiënten.
Definitie	Datum PA-uitslag: Hier wordt bedoeld de datum van de PA-uitslag en niet de datum van mededeling van de PA-uitslag aan de patiënt.
Bron teller	Kankerregistratie
Bron noemer	Kankerregistratie
Meetfrequentie	1x per kalenderjaar
Meetperiode	01-07-2007 tot en met 30-06-2008 (afwijkende periode ten opzichte van de andere indicatorensets i.v.m. opvraag data kankerregistratie)
Rapportage frequentie	1x per kalenderjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In de tijd tussen PA-uitslag en operatie wordt onder andere de uitslag meegedeeld aan de patiënt, wordt de patiënt besproken in het MDO en moet de patiënt in de gelegenheid worden gesteld om een gesprek te voeren met de mammacare-verpleegkundige. Daarnaast is er voor patiënte tussen het ontvangen van de diagnose en de operatie enige bedenktijd nodig om de voor haar goede beslissing voor behandeling te nemen. De wachttijd tot operatie moet echter ook niet te lang duren. De Borstkankervereniging Nederland acht operatie binnen 15 werkdagen na het mededelen van de PA-uitslag aan de patiënt wenselijk (BVN, 2003).

De NABON-nota streeft naar twee tot vier weken na uitslag van de diagnose. In de praktijk zal het nauwelijks voorkomen dat patiënten direct geopereerd worden dus hier wordt volstaan met een periode van (\leq 4 weken gerekend vanaf de datum van de PA-uitslag (van cytologisch punctaat dan wel histologisch dikke naaldbiopsie). Hier wordt bedoeld de datum van de PA-uitslag en niet de datum van mededeling van de PA-uitslag aan de patiënt. Dit is gedaan vanuit het oogpunt van registreerbaarheid; de datum waarop de PA-uitslag wordt medegedeeld aan de patiënt wordt veelal niet als zodanig geregistreerd.

20

21

Mogelijkheden tot verbetering

Uit een recent onderzoek (Van den Hurk, 2006) blijkt dat 62% van de 581 mammacarcinoom patiënten in de regio Noord-Brabant en Noord Limburg binnen drie weken nadat zij op de hoogte waren gesteld van de noodzaak van een chirurgische ingreep waren geopereerd. De streefnorm uit de NABON-nota is 90%. Er is dus nog voldoende verbetering mogelijk.

Uit een rapportage van Blauwgeers et al., (2005) gebaseerd op het 'kwaliteits-informatiesysteem mammatumoren (KIM) blijkt dat de norm van '90% binnen 15 werkdagen chirurgie' voor de indicator interval tussen eerste polibezoek en chirurgie niet gehaald wordt in de IKW-regio. In 2004 haalde 54% van de 10 ziekenhuizen die meededen aan het onderzoek deze norm. Opgemerkt dient te worden dat in het onderzoek niet werd gemeten vanaf de PA-uitslag maar vanaf de datum van het eerste polibezoek. Waardoor de resultaten slechter lijken dan dat ze in werkelijkheid zijn.

Validiteit

De werkgroep is van mening dat dit een belangrijke indicator is op het kwaliteitsdomein tijdigheid.

Betrouwbaarheid

Het gaat om het interval tussen de PA-uitslag en registratie van de datum waarop de operatie uitgevoerd is. Naar verwachting kunnen deze gegevens betrouwbaar worden geregistreerd.

Discriminerend vermogen

De ziekenhuizen zijn naar verwachting goed te onderscheiden met deze indicator.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Volgens de werkgroep zijn verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling, of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen nauwelijks van invloed op de indicator. Correctie voor case-mix wordt daarom niet nodig geacht.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Blauwgeers, H.G., Tollenaar, R.A., Beelen, M.L., Bergman, L., Boutkan, H., Dam, G., van Vries, B.C., de Steup, W.H. Normen voor mammazorg. Medisch Contact, 18 november 2005; 60 (46): 1828-31
- Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief voor onderzoek en behandeling van vrouwen en mannen met borstkanker (een uitgave van de Borstkanker Vereniging Nederland, augustus 2003).
- Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON)-nota. De organisatie van diagnostiek en behandeling van het mammapathologie in Nederland, 1999

- Van den Hurk, C.J., Van de Poll-Franse, L.V., Tutein Nolthenius-Puylaert, M.C., Roukema, J.A., Van der Sangen, M.J., Nieuwenhuijzen, G.A., Van den Eijnden- van Raaij, A.J., Coebergh, J.W. Naleving van mammacarcinoom-richtlijnen in de regio van het Integraal Kankercentrum Zuid, 2003/'04. Ned Tijdschr Geneesk 2006; 150: 963-8

6. Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende en ablatieve therapie.	
Relatie tot kwaliteit	Een goede kwaliteit van een borstsparende behandeling (inclusief bestraling) vertaalt zich in een percentage lokale recidieven en overlevingskans vergelijkbaar met die na gemodificeerde radicale mastectomie.
Operationalisatie 6a	Percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende chirurgie.
Teller 6a	Aantal patiënten met lokaal recidief binnen 5 jaar na borstsparende therapie. Primair behandeld in het eigen centrum.
Noemer 6a	Totaal aantal patiënten dat borstsparende chirurgie heeft ondergaan, primair behandeld in eigen centrum.
Operationalisatie 6b	Percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie.
Teller 6b	Aantal patiënten met lokaal recidief binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie. Primair behandeld in het eigen centrum.
Noemer 6b	Totaal aantal patiënten dat ablatieve chirurgie heeft ondergaan, primair behandeld in eigen centrum.
Definitie	Borstsparende behandeling/Mammasporende therapie (MST): Een ruime lokale excisie van de tumor, een okselstadiërende ingreep en radiotherapie van de mamma. Mamma-amputatie/Gemodificeerde Radicale Mastectomie (GRM): Ablatio mammae inclusief okselklierdissectie.
In/exclusiecriteria	Exclusie: recidieven binnen een half jaar na de operatie. Inclusie: alleen operaties voor primair mammacarcinoom.
Bron teller	Kankerregistratie (kan in 2009 aangeleverd worden voor diagnosejaar 2003)
Bron noemer	Kankerregistratie (kan in 2009 aangeleverd worden voor diagnosejaar 2003)
Meetfrequentie	1x per kalenderjaar
Meetperiode	Diagnosejaar 2003
Rapportagefrequentie	1x per kalenderjaar
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Veiligheid en doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De belangrijkste overwegingen voor de keuze tussen de lokale behandelingsmogelijkheden van het operabel mammacarcinoom zijn: de kans op een lokaal recidief en het te verwachten cosmetisch resultaat (specifiek voor borstsparende therapie). Een goede kwaliteit van een borstsparende behandeling (inclusief bestraling) vertaalt zich in het percentage lokale recidieven en een overlevingskans vergelijkbaar met die na gemodificeerde radicale mastectomie.

22

23

Mogelijkheden tot verbetering

Algemeen wordt gesteld dat een kans op een lokaal recidief van maximaal 1% per jaar (cumulatief) acceptabel is voor mammasporende therapie (Rutgers, 2001). Verschillende series tonen na vijf tot tien jaar follow-up recidiefpercentages van 2% tot 8% bij tumorvrije snijvlakken en van 9% tot 27% bij tumorpositieve snijvlakken (Parc, et al., 2000). De werkgroep verwacht dat op deze indicator nog voldoende verbetering is te behalen.

Validiteit

Een laag percentage lokale recidieven reflecteert een geslaagde borstsparende of ablatieve therapie.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht 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.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Voor het registreren van het aantal recidieven bij borstsparende therapie is het van belang te weten hoeveel borstsparende operaties zijn uitgevoerd in relatie tot het aantal ablatio's. De werkgroep heeft er daarom voor gekozen om de indicator in twee elementen te verdelen: aantal recidieven bij borstsparende therapie en aantal recidieven bij ablatieve chirurgie.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Park, C., Mitsumori, M., Noxon, A., Recht, A., Connolly, J., Gelman, R., et al. Outcome at 8 years after breast conserving surgery and radiation therapy for invasive carcinoma: influence of margins and systemic adjuvant therapy. J Clin Oncol 2000;18:1668-775.
- Rutgers, E.J. Quality control in the locoregional treatment of breast cancer. Eur J Cancer 2001; 37: 447-53.

7. Patiënten postoperatief besproken in het multidisciplinair overleg	
Relatie tot kwaliteit	Het postoperatief multidisciplinair overleg (MDO) draagt bij aan het opstellen van een behandelplan betreffende aanvullende behandelingen als radiotherapie en adjuvante systemische therapie.
Operationalisatie	Percentage patiënten met een mammacarcinoom dat gedocumenteerd postoperatief besproken is in het multidisciplinair overleg.
Teller	Aantal patiënten met een mammacarcinoom dat gedocumenteerd postoperatief besproken is in het multidisciplinair overleg.
Noemer	Totaal aantal patiënten die geopereerd zijn voor een mammacarcinoom. Bestand beschikbaar vanuit de kankerregistratie met recordnummers aanleveren aan ziekenhuis.
Definitie	Postoperatief besproken in multidisciplinair overleg: De patiënt is besproken in een postoperatief multidisciplinair overleg waarbij minimaal een chirurg, patholoog, radiotherapeut en internist-oncoloog aanwezig zijn. Gedocumenteerd besproken: MDO vastgelegd in klinische status.
In/exclusiecriteria	Voor deze indicator zijn geen in- en exclusiecriteria te benoemen.
Bron teller	Patiëntendossier, mammacare-formulier
Bron noemer	Kankerregistratie
Meetfrequentie	1x per kalenderjaar
Meetperiode	01-07-2007 tot en met 30-06-2008 (afwijkende periode ten opzichte van de andere indicatorensets i.v.m. opvraag data kankerregistratie)
Rapportage frequentie	1x per kalenderjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit en doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het doel van het postoperatief multidisciplinair overleg is het uitvoeren van een finale controle op de diagnose en therapeutische aanpak tot dan toe. Tevens wordt het verdere aanvullende behandelplan geformuleerd en getoetst aan de vigerende richtlijnen, c.q. de redenen waarom daarvan afgeweken wordt nader toegelicht. Het multidisciplinair overleg dient postoperatief minimaal te bestaan uit een chirurg, patholoog, radiotherapeut en internist-oncoloog.

Mogelijkheden tot verbetering

Gegevens van de VIKC laten zien dat er in Nederland veel variatie is betreffende het bespreken van patiënten in het postoperatief MDO. (persoonlijke mededeling T. Benraadt)

De werkgroep verwacht dat op deze indicator in Nederland verbetering van zorg kan worden behaald gezien de toenemende complexiteit van de zorg.

Validiteit

Om te zorgen dat patiënten de optimale behandelingsstrategie krijgen aangeboden, is het nodig ze in het postoperatief MDO te bespreken. Tevens is deze indicator een finale controle op indicatoren 2, 3 en 6.

24

25

Betrouwbaarheid

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

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat de indicator veranderingen in de kwaliteit van zorg detecteert.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

Volgens de werkgroep zijn verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling, of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen nauwelijks van invloed op de indicator. Correctie voor case-mix wordt daarom niet nodig geacht.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

Geen.

2.2 Structuurinformatie over het aanbod van de zorg

De volgende vragen gaan in op de structuur van het aanbod van de zorg rond Mammacarcinoom. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. Bij elke vraag worden definities beschreven en de technische haalbaarheid toegelicht.

Vraag 1	Hoeveel patiënten zijn er de afgelopen meetperiode gediagnosticeerd met mammacarcinoom in uw ziekenhuislocatie?
	Aantal:
Definities/toelichting	De meetperiode loopt van 01-07-2007 tot en met 30-06-2008.
Technische haalbaarheid	Gegevens beschikbaar vanuit de kankerregistratie.

Vraag 2	Is er een mammapoli op uw ziekenhuislocatie?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
	Wordt er op uw ziekenhuislocatie gewerkt met een multidisciplinair mammateam (MDMT)?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

	Met welke (andere) disciplines bestaan vaste afspraken – binnen dan wel buiten het ziekenhuis?		
	Disciplines	Vaste afspraken?	
		Ja	Nee
	Chirurgen (algemeen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Chirurgen met aandachtsgebied mammapathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Radiologen (algemeen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Radiologen met aandachtsgebied mammapathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Radiotherapeuten (algemeen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Radiotherapeuten met aandachtsgebied mammapathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Radiodiagnostisch laboranten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Radiotherapeutisch laboranten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Internisten/oncologen (algemeen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Internisten/oncologen met aandachtsgebied mammapathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pathologen (algemeen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pathologen met aandachtsgebied mammapathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Plastisch chirurgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Psychiaters	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Psychologen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fysiotherapeuten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Oedeemtherapeuten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Klinisch genetici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nucleair geneeskundigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nurse practitioners met een specialisatie mammacare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mammacareverpleegkundigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Oncologieverpleegkundigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Anders, namelijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definities/toelichting	<p>- Mammapoli: nauwe samenwerking van een multidisciplinair team van zorgverleners met kennis van en ervaring met borstkanker. Belangrijke kenmerken zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De zorg is afgestemd op de behoefte van de patiënt, wordt op tijd geleverd en de informatie aan de patiënt is helder. - Er vindt optimale communicatie over de diagnostiek en behandeling plaats, zowel intern als extern. - Er vindt structureel (wekelijks) multidisciplinair overleg (MDO) plaats tussen de betrokken zorgverleners. <p>- Onder een MDMT wordt verstaan: een in borstkanker gespecialiseerd, vast team van multidisciplinaire samenstelling.</p>		
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.		

Vraag 3	Hoeveel mammaoperaties in het kader van (verdenking op) borstkanker (zowel benigne als maligne) zijn er in de meetperiode op uw ziekenhuislocatie door de chirurgen uitgevoerd?
	Totaal aantal:
	Wilt u hieronder ook aangeven: het minimum en het maximum aantal operaties dat op uw locatie is uitgevoerd door chirurgen.
	Het aantal operaties van de chirurg die de minste operaties op uw locatie heeft uitgevoerd:
	Het aantal operaties van de chirurg die de meeste operaties op uw locatie heeft uitgevoerd:
Definities/toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - De meetperiode loopt van 01-07-2007 tot en met 30-06-2008. - Benigne mammaoperatie: dit betreft zowel het verwijderen van benigne afwijkingen (zoals cystes) als operaties in het kader van aanvullende diagnostiek bij verdenking op mammacarcinoom. - Maligne mammaoperatie: verwijderen van de maligne mammatumor (borstsparend of borstamputatie).
Technische haalbaarheid	- Het betreft mammaoperaties in het kader van (verdenking op) borstkanker door de chirurgen van uw ziekenhuislocatie (zie tabel 4 CBM1).
Vraag 4	Hoeveel mammogrammen in het kader van (verdenking op) borstkanker zijn in de meetperiode op uw ziekenhuislocatie door de radiologen beoordeeld?
	Totaal aantal:
	Wilt u hieronder ook aangeven: het minimum en het maximum aantal mammogrammen dat op uw ziekenhuislocatie is beoordeeld door radiologen?
	Het aantal mammogrammen van de radioloog die op uw locatie de minste mammogrammen heeft beoordeeld bedraagt:
	Het aantal mammogrammen van de radioloog die op uw locatie de meeste mammogrammen heeft beoordeeld bedraagt:
Definities/toelichting	<ul style="list-style-type: none"> - De meetperiode loopt van 01-07-2007 tot en met 30-06-2008. - Exclusie: mammogrammen die in het kader van bevolkingsonderzoek worden beoordeeld
Technische haalbaarheid	- Het gaat om het aantal mammogrammen dat door radiologen wordt beoordeeld bij patiënten met (verdenking op) borstkanker. (zie tabel 4 CBM2).

Vraag 5	Wilt u in ondertaande tabel aankruisen welke voorzieningen op uw ziekenhuislocatie voor mammacare aanwezig zijn?			
	Aanwezig	Afwezig	Gebruik faciliteiten elders	
Mammografie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Echografie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cito cytologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Histologische biopsie (echogeleide)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Stereotactische biopsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mamma-MRI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hormoonreceptortest als routine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
HER2-neu test als routine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sentinelnode procedure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vriescoupe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Nucleaire geneeskunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Radiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Definities/toelichting	- Met gebruik faciliteiten anders kan ook een andere locatie van het ziekenhuis bedoeld worden.			
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.			

Vraag 6	Wilt u in onderstaande tabellen aangeven welke diagnostische onderzoeken op de eerste dag plaatsvinden en of de uitslag van deze onderzoeken ook standaard op de eerste dag aan de patiënt medegedeeld worden?				
	Uitvoering op eerste dag		Altijd op dezelfde dag aan de patiënt medegedeeld		
Lichamelijk onderzoek	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
Mammogram	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
Echo	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
Cytologische punctie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
Wilt u in onderstaande tabellen aangeven welke diagnostische onderzoeken op de eerste dag plaatsvinden en of de uitslag van deze onderzoeken ook standaard op de eerste dag dan wel binnen vijf werkdagen aan de patiënt medegedeeld worden?					
	Uitvoering op eerste dag		Altijd op dezelfde dag aan de patiënt medegedeeld		Binnen vijf werkdagen aan de patiënt medegedeeld
Histologische punctie (echogeleide)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Stereotactische biopsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

28

29

Definities/toelichting	Geen bijzonderheden.
Technische haalbaarheid	Met eerste dag wordt bedoeld de dag dat de patiënt voor het eerst op de ziekenhuislocatie komt met verdenking op borstkanker.

Vraag 7	Is binnen uw ziekenhuislocatie de coördinatie en afstemming tussen verschillende behandelaars geregeld via een mammacareverpleegkundige?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Definities/toelichting	Mammacareverpleegkundige: een mammacareverpleegkundige, nurse practitioner, of verpleegkundig specialist oncologie, die de opleiding 'oncologieverpleegkundige' of 'mammacare-verpleegkundige' met succes heeft afgerond of meer dan 50% werkzaam is op polikliniek met eigen spreekuur of een verpleegkundige met minstens vijf jaar ervaring in de mammazorg.
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.

Vraag 8	Bestaat er op uw ziekenhuislocatie de mogelijkheid om aan klinische trials op het gebied van mammacarcinoom mee te doen?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Definities/toelichting	Geen bijzonderheden.
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.

Vraag 9	Worden patiënten op uw ziekenhuislocatie in de volgende situaties door een mammacare verpleegkundige begeleid?
	<input type="radio"/> Alleen preoperatief <input type="radio"/> Alleen postoperatief <input type="radio"/> Zowel preoperatief als postoperatief <input type="radio"/> Wel begeleiding, maar niet door een mammacareverpleegkundige
Definities/toelichting	Mammacareverpleegkundige: een mammacareverpleegkundige, nurse practitioner, of verpleegkundig specialist oncologie, die de opleiding 'oncologieverpleegkundige' of 'mammacare-verpleegkundige' met succes heeft afgerond of meer dan 50% werkzaam is op polikliniek met eigen spreekuur of een verpleegkundige met minstens vijf jaar ervaring in de mammazorg.
Technische haalbaarheid	Geen bijzonderheden.

Vraag 10 **Is er op uw ziekenhuislocatie voor patiënten altijd één duidelijk aanspreekpunt tijdens de behandeling?**

Ja
 Nee

Zo ja, wie is dit aanspreekpunt?

Een arts/behandelaar
 Een mammacare verpleegkundige
 Een verpleegkundige
 Anders, namelijk

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

Via een spreekuur ... uur per dag/week
 Via een telefonisch spreekuur ... uur per dag/week
 Telefonische bereikbaarheid tijdens kantooruren
 Via e-mail

Definitie/toelichting

- Onder aanspreekpunt wordt verstaan: een persoon waar je terecht kunt voor inhoudelijke vragen en die kan doorverwijzen naar de juiste hulpverlener.
- Mammacareverpleegkundige: een mammacareverpleegkundige, nurse practitioner of verpleegkundig specialist oncologie, die de opleiding 'oncologieverpleegkundige' of 'mammacare-verpleegkundige' met succes heeft afgerond of meer dan 50% werkzaam is op polikliniek met eigen spreekuur of een verpleegkundige met minstens vijf jaar ervaring in de mammazorg.

Technische haalbaarheid Geen bijzonderheden.

30

31

Vraag 11 **Biedt uw ziekenhuislocatie hulpprogramma's aan die gericht zijn op de volgende klachten? Wilt u hierbij aangeven of deze hulpprogramma's op de ziekenhuislocatie zelf aanwezig zijn of dat u werkt met vaste verwijfsadressen en er sprake is van externe samenwerking? (u kunt meerdere hokjes invullen).**

	Aanwezig op ziekenhuislocatie	Vaste verwijfsadressen/samenwerking
Vermoeidheid	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Zenuwpijn	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Lymfoedeem	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Nee, de ziekenhuislocatie biedt geen hulpprogramma's aan.

Definitie/toelichting Geen bijzonderheden.

Technische haalbaarheid Geen bijzonderheden.

Vraag 12 **Heeft uw ziekenhuislocatie voorzieningen waar patiënten direct terecht kunnen voor onderstaande zaken? Wilt u hierbij aangeven of deze op de ziekenhuislocatie zelf aanwezig zijn of dat u werkt met vaste verwijfsadressen en er sprake is van externe samenwerking? (u kunt meerdere hokjes invullen)**

	Aanwezig op ziekenhuislocatie	Vaste verwijfsadressen/samenwerking
Uitwendige prothesen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Een pruik	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Behandeling van lymfoedeem	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Nee, de ziekenhuislocatie biedt geen van deze voorzieningen aan.

Definitie/toelichting Geen bijzonderheden.

Technische haalbaarheid Geen bijzonderheden.

Vraag 13 **Biedt uw ziekenhuislocatie de mogelijkheid tot psychosociale ondersteuning?**

Ja, aan iedere patiënt
 Ja, op indicatie
 Nee

Zo ja, krijgt de patiënt een doorverwijzing voor een intake bij één van onderstaande hulpverleners (u kunt meerdere hokjes invullen)?

	Aanwezig op ziekenhuislocatie	Vaste verwijfsadressen/samenwerking
Maatschappelijk werker	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Psycholoog	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Psychiater	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Geestelijk verzorger	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Anders, namelijk:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Toelichting:

Definitie/toelichting Geestelijk verzorger: dominee, priester, imam, humanistisch raadsman e.d.

Technische haalbaarheid Geen bijzonderheden.

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 Mammacarcinoom. 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 of op een andere plaats/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.

32

33

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 (voor mammacarcinoom geldt een afwijkende meetperiode: **01-07-07 tot en met 30-06-08**) 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 leveren³. In de webenquête kan er vervolgens bij alle indicatoren aangegeven worden waar gegevens vandaan gehaald zijn (ZIS, DBC, enz.) en met welke methode.

³ *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.*

Tabel 2: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
M0	Patiëntnummer		ZIS	Dit patiëntnummer is nodig om koppeling te kunnen maken tussen verschillende systemen.	1, 2, 3, 4, 5, 6a, 6b, 7
M1	Totaal aantal patiënten gediagnosticeerd met een mammacarcinoom	Patiëntnummer	Kankerregistratie	Recordnummers en aantallen zijn op te vragen bij uw IKC contactpersoon.	2
M2	Totaal aantal patiënten met een primaire operatie voor een mammacarcinoom	Patiëntnummer	Kankerregistratie	Recordnummers en aantallen zijn op te vragen bij uw IKC contactpersoon.	1, 5
M3	Totaal aantal patiënten met een operatie voor het mammacarcinoom	Patiëntnummer	Kankerregistratie	Recordnummers en aantallen zijn op te vragen bij uw IKC contactpersoon.	7
M4	Diagnose primair mammacarcinoom, behandeling MST	Patiëntnummer	Kankerregistratie	Recordnummers en aantallen zijn op te vragen bij uw IKC contactpersoon.	3
M5	Aantal chirurgen binnen de maatschap	Aantal chirurgen binnen maatschap	Rechte telling		4
M6	Aantal chirurgen binnen de maatschap dat zich bezig houdt met de chirurgische met de chirurgische behandeling van mammacarcinoom	Aantal chirurgen binnen de maatschap dat zich bezig houdt met de chirurgische behandeling van mammacarcinoom	Rechte telling	Chirurgische behandeling = klinisch (operatie) als poliklinisch	4
M7	Preoperatief gesprek met mammacare-verpleegkundige	Ja/nee	Patiëntendossier	Ja = indien de patiënt preoperatief een gesprek met de mammacare-verpleegkundige heeft gehad. Nee = indien dit niet het geval is.	1

34

35

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
M8	Patiënt besproken in multidisciplinair overleg (MDO) voor aanvang van enige behandeling	Ja/nee	Patiëntendossier of excelbestand	Ja = indien de patiënt besproken is in een MDO voor aanvang van enige behandeling Nee = indien dit niet het geval is.	2
M9	Tumor radicaal verwijderd met eerste excisie	Ja/nee	PA verslag, MC-formulier in patiëntendossier	Ja = indien de tumor radicaal verwijderd met eerste excisie Nee = indien dit niet het geval is.	3
M10	Datum eerste operatie (tumorexcisie)	Dag/maand/jaar	Kankerregistratie		5
M11	Datum PA-uitslag	Dag/maand/jaar	Kankerregistratie	Datum PA-uitslag wordt gedefinieerd als de datum van de PA-uitslag in de computer.	5
M12	Patiënt komt primair voor een andere behandeling dan operatie in aanmerking (bijv. neoadjuvante chemotherapie)	Ja/nee	Patiëntendossier	Ja = indien de patiënt primair in aanmerking komt voor een andere behandeling. Nee = indien dit niet het geval is.	5
M13	Lokaal recidief	Patiëntnummer	Kankerregistratie	Exclusie: recidieven binnen een half jaar na 1e operatie Inclusie: alleen na operaties voor primair mammacarcinoom	6a, 6b
M14	Datum lokaal recidief	Patiëntnummer	Kankerregistratie		6a, 6b
M15	Type 1e operatie	Mammasparend of ablatie	Kankerregistratie		6a, 6b
M16	Primair behandeld in eigen centrum	Ja/nee	Kankerregistratie	Ja = indien de patiënt primair behandeld is in het eigen centrum Nee = indien dit niet het geval is.	6a, 6b
M17	Patiënten besproken in postoperatief multidisciplinair overleg (MDO)	Ja/nee	Patiëntendossier, mammacare-formulier	Ja = indien de patiënt besproken is in een postoperatief multidisciplinair overleg waarbij minimaal een chirurg, patholoog, radiotherapeut en internist-oncoloog aanwezig zijn. Nee = indien dit niet het geval is.	7

Tabel 3: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Te berekenen gegeven	Variabele	Formule	Variabele	Formule	Validatie regels	Nodig voor indicator	Toelichting
Tijd tussen PA-uitslag en primaire operatie	M18	Datum primaire operatie mamma carcinoom – datum PA-uitslag	M10-M11	≤ 28 dagen (4 weken)	5	JA indien M18 ≤ 28 dagen (4 weken)	

36

37

Tabel 4: Variabelen voor aanvullende vragen

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie
CBM1	Benigne of een maligne mammaoperatie	Verrichtingenoverzicht: (gegroepeerd naar voorkomende combinaties). 38912 OP.VERW.GEZW; 33780 LYMFKL. EXC.; 33740 LYMFKL.DISS; 33911 lokale excisie, eerste excisie; 33913 conusexcisie van de mamma 33920 mamma- amputatie zonder okselklier toilet=ablatio; 33930 mamma- amputatie met okselklier toilet 33921 Gynaecomastie- extirpatie 33950 mamma- amputatie met uitruiming van infraclaviculaire, axillaire en retrosternale lymfeklieren 33971 plastische correctie van een deformiteit van de mamma 33870 Schildwachtklierbiopt	OPERA, IKC's, CTG registratie, ZIS	Maligne operaties zijn handmatig na te tellen. Gegevens in OPERA vastgelegd, is echter niet 100% betrouwbaar. Probleem hierbij is dat patiënten die voor het eerst in een ziekenhuis komen altijd als 'primair' binnenkomen. Terwijl het ook zo kan zijn dat deze patiënten al een primaire ingreep elders hebben gehad.
CBM2	Mammogram	CTG codering: 86902 (mammografie rechts en/of links, al dan niet met contrast in melkgangen)	CTG registratie, CVV	

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 Mammacarcinoom.

4.1 Algemene instructies

Meerdere locaties/vestigingen

Als uw ziekenhuis verschillende locaties/vestigingen heeft waar patiënten voor mammacarcinoom 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.

Kankerregistratie

In de kankerregistratie wordt een aantal variabelen vastgelegd die nodig zijn voor het bepalen van deze indicatoren. Voor het opvragen van deze gegevens kunt u contact opnemen met uw contactpersoon van het IKC binnen uw regio. In tabel 2 kunt u terugvinden welke variabelen in de kankerregistratie zijn opgenomen. Uw IKC contactpersoon kan de patiëntnummers aanleveren die nodig zijn voor het bepalen van de indicatoren.

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 indicatoren voor mammacarcinoom worden beperkt tot de chirurgische DBC 317 (benigne) en 318 (maligne). Chemotherapie en radiotherapie maken geen deel uit van deze DBC's.

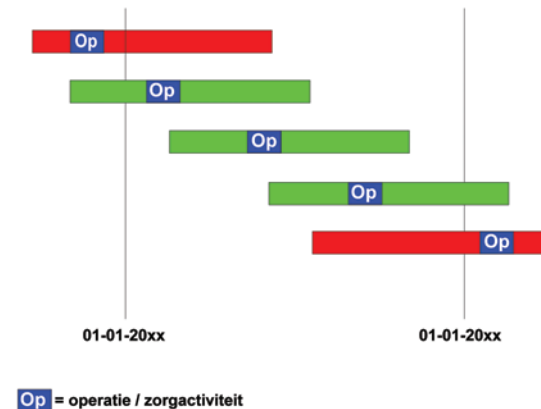
38

39

Het kan zo zijn dat de DBC is geopend voor de begindatum van de meetperiode. Parallele DBC's worden meegenomen. Voor DBC codes en instructies: zie variabelenlijsten.

In figuur 1 staat grafisch weergegeven wat bovenstaande populatiebepaling betekent.

Figuur 1. Populatiebepaling mammacarcinoom



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.

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 uitkomst van de indicator bepaald kan worden.

Indicator 1	Gesprek met de mammacare-verpleegkundige	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten met een mammacarcinoom dat minstens één preoperatief gesprek heeft gehad met een mammacare-verpleegkundige.	Aantal patiënten waarbij M7=ja geldt.
Noemer	Totaal aantal patiënten met een primaire operatie voor een mammacarcinoom.	Aantal patiënten waarbij M2 geldt.

Indicator 2	Patiënten met een mammacarcinoom besproken in het multidisciplinaire overleg voor aanvang van de behandeling	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten dat gedocumenteerd is besproken in het multidisciplinaire overleg voor aanvang van enige behandeling.	Aantal patiënten waarbij M8=ja geldt.
Noemer	Selecteer alle patiënten gediagnosticeerd met een mammacarcinoom.	Aantal patiënten waarbij M1 geldt.

Indicator 3	Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende operatie	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten met irradicaliteit na eerste borstsparende tumorexcisie.	Aantal patiënten waarbij geldt M9=nee
Noemer	Selecteer alle patiënten die een eerste borstsparende tumorexcisie van een primair mammacarcinoom hebben ondergaan.	Aantal patiënten waarbij M4 geldt

Indicator 4	Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap heelkunde	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle chirurgen die zich bezig houden met de behandeling van mammacarcinoom.	M6
Noemer	Totaal aantal chirurgen in de maatschap.	M5

40

41

Indicator 5	Patiënten die ≤ 4 weken na de definitieve PA-diagnose zijn geopereerd	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten dat (4 weken na de PA-uitslag) geopereerd is.	Alle patiënten waarbij geldt M18= ja.
Noemer	Selecteer alle patiënten met een primaire operatie voor een mammacarcinoom. Exclusie van patiënten die voor een andere behandeling in aanmerking komen.	Aantal patiënten waarbij M2 en M12=nee gelden

Indicator 6a	Percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende chirurgie	Formule
Teller	Aantal patiënten met lokaal recidief binnen 5 jaar na borstsparende therapie. Primair behandeld in het eigen centrum.	Volledig via kankerregistratie
Noemer	Selecteer alle patiënten die borstsparende chirurgie hebben ondergaan, primair behandeld in eigen centrum.	Volledig via kankerregistratie

Indicator 6b	Percentage lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie	Formule
Teller	Aantal patiënten met lokaal recidief binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie. Primair behandeld in het eigen centrum.	Volledig via kankerregistratie
Noemer	Selecteer alle patiënten die ablatieve chirurgie heeft ondergaan, primair behandeld in eigen centrum.	Volledig via kankerregistratie

Indicator 7	Patiënten postoperatief besproken in het multidisciplinair overleg	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten die in een gedocumenteerd postoperatief multidisciplinair overleg zijn besproken.	Aantal patiënten waarbij M17=ja geldt
Noemer	Selecteer alle patiënten die geopereerd zijn voor een mammacarcinoom.	Aantal patiënten waarbij M3 geldt.

ADL	Activiteiten Dagelijks Leven
AHRO	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
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
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
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst
WV	Wetenschappelijke Vereniging
ZIS	Ziekenhuis informatie systeem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Structuurindicatoren	Domein	Bron	Reden van afwijzing	Opmerkingen
Niet geselecteerd 2e ronde				
1 Mammapoli aanwezig (georganiseerd/structureel)	Effectiviteit/ Doelmatigheid	IGZ- indicator	Mammapoli is een slecht omschreven begrip. Geen waarborg voor kwaliteit. Ondervangen door mammacareverpleegkundige/mdo.	
2 Multidisciplinair overleg (MDO) aanwezig	Effectiviteit/ Doelmatigheid	Werkgroep Werkgroep	Omgezet naar procesindicator	
3 Toegang tot stereotactische biopten	Effectiviteit		Ondervangen door pre-MDO	Belangrijker dan sentinel node! (toegang in huis aanwezig)
Niet geselecteerd 1ste ronde				
1 Mogelijkheid tot MDO op poli (patiënten bespreking/beleid bespreking)	Doelmatigheid	Werkgroep	Niet relevant	Het gaat erom dat er een multidisciplinair overleg (MDO) is. Hoe je het organiseert is aan het ziekenhuis zelf.
2 Het kunnen verrichten van directe reconstructies bij ablatieve behandelingen	Patiëntgerichtheid/ doelmatigheid	Werkgroep	Niet haalbaar	Is er een afspraak/protocol betreffende onmiddellijke reconstructie door de plastisch chirurg. 1:4 mammaak's leidt tot een reconstructie.
3 Aanwezigheid van structuur/organisatie om schuldwachtklier procedure bij te kunnen aanbieden en uitvoeren.	Effectiviteit	ZN 2005	Geen mogelijkheid tot verbetering	Nagenoeg alle ziekenhuizen hebben hier beschikking over

Procesindicatoren	Domein	Bron	Reden van afwijzing	Opmerkingen
Niet geselecteerd 3e ronde				
1 % patiënten die ≤ 5 werkdagen na 1e polibezoek een harde diagnose hebben (norm: 90%)	Tijdigheid	IGZ-indicator	Goede diagnose (stereotaxie, MDO) belangrijker dan snelle diagnose); moeilijk uniform registreerbaar ('harde' diagnose)	Harde diagnose: gezien door mammachirurg; bespreking in MDO; cytologie/dikke naald biopsie
Niet geselecteerd 2e ronde				
1 % nieuw verwezen patiënten gezien binnen 15 werkdagen op de polikliniek (norm: 90%)	Tijdigheid	NABON-nota	Moelijk registreerbaar, Makkelijk te manipuleren	15 dagen kan verlaagd worden naar 10 dagen. Mogelijk te meten via laatste huisartsenbrief
2 Aantal patiënten geopereerd tussen minimaal twee en maximaal vier weken na diagnose	Patient-gerichtheid/Effectiviteit	ZN 2005	Geherfomuleerd tot ≤ 4 weken	
3 % RT/syst RX volgens richtlijn (norm: >90%)	Effectiviteit	Werkgroep	Percentages al hoog, geen chir. indicator	
4 % radiotherapie bij patiënten met MST	Effectiviteit	Richtlijn behandeling 2005/werkgroep	Percentages al hoog, Niet typisch chir	
5 % preoperatieve diagnose (norm: 95%)	Effectiviteit	Werkgroep	Wordt ondervangen door pre-MDO	
6 Aantal patiënten preoperatief besproken in multidisciplinair overleg	Effectiviteit/doelmatigheid	ZN 2005	Geherformuleerd: % pt met maligne mammatumour (minimale vereiste)	
7 Aantal patiënten van totaal aantal nieuw gediagnosticeerde mammacarcinomen dat preoperatief gezien is door een radiotherapeut	Doelmatigheid	Werkgroep	Niet perse noodzakelijk; voorlichting therapie- mogelijkheden ook door MCV (ondervangen door indicator 1)	
Niet geselecteerd 1ste ronde				
1 % spoedpatiënten gezien binnen 5 werkdagen op de polikliniek (norm: 90%)	Tijdigheid	Nabon-nota	Niet relevant	Geen onderscheid maken spoed en niet spoed
2 Tijd tussen chirurgie en start RT	Tijdigheid	Werkgroep	Wel registreerbaar, maar teveel variabelen	Teveel variabelen
3 Uitslag benigne afwijking binnen 1 dag (norm: 80%)	Tijdigheid	Werkgroep	Niet haalbaar	Histologie niet binnen een dag mogelijk

44

45

Uitkomstindicatoren	Domein	Bron	Reden van afwijzing	Opmerkingen
Niet geselecteerd 2e ronde				
1 Aantal ingrepen per patiënt	Patiënt-veiligheid/Effectiviteit/doelmatigheid	Werkgroep	Ondervangen door indicator irradicaliteit, manipuleerbaar	
2 Aantal operaties per nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom	Patiënt-veiligheid/Effectiviteit/doelmatigheid	ZN 2005	Ondervangen door indicator recidief	
3 Aantal mastectomieën van het totaal aantal nieuw gediagnosticeerde mammacarcinomen	Patiënt-gerichtheid	ZN 2005	Keuze patiënt. Wordt ondervangen door indicator mammacareverpleegkundige	
4 Operabel mamma >50% MST	Patiënt-gerichtheid	Werkgroep	Keuze patiënt. Wordt ondervangen door indicator mammacareverpleegkundige	
5 Lokale recidieven bij borstsparende therapie	Effectiviteit	Deense Indicator	Ondervangen door indicator recidief	
6 Kwaadaardig: Goedaardige operatieratio	Doelmatigheid	Deense Indicator	Ondervangen door indicator recidief	
Niet geselecteerd 1ste ronde				
1 % patiënten (benigne) die een diagnostische operatie hebben moeten ondergaan	Patiënt-veiligheid	P. Ten Have	Registreerbaarheid Ondervangen door pre-MDO	Moelijk te meten
2 % patiënten met postoperatieve wondinfectie na borstkankeroperatie	Patiënt-veiligheid	Werkgroep	Geen mogelijkheid tot verbetering, niet specifiek	Probleem niet specifiek voor mamma-carcinoom. (voor ok's mammacarcinoom ligt het percentage rond 1,1 % medisch contact okt 2005)
3 Okselrecidief na Schildwachtklierprocedure	Effectiviteit/Patiënt-veiligheid	Werkgroep	Geen mogelijkheid tot verbetering, lastig registreren, kleine getallen	

Algemeen	Vereniging/organisatie	Verwerkt/niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*			
Geen commentaar	NVvH BVN	Ter kennisgeving Ter kennisgeving	Kader is heelkundige DBC mammacarcinoom. Overige onderwerpen (radiologie, radiotherapie, etc.) vallen buiten het kader van het project
De indicatoren bestaan voornamelijk uit procesindicatoren, uitkomstindicatoren en een structuurindicator (1), allen gerelateerd aan de behandeling van het mammacarcinoom. De mammacare is in het kader van de multidisciplinaire benadering bij uitstek te kwalificeren als ketenzorg. Het lijkt ons daarom in elk geval noodzakelijk dat er op korte termijn ook indicatoren voor andere onderdelen van de borstkankerzorg komen, zoals m.b.t. onderzoek en nazorg. Ten minste radiologie (diagnostiek en therapie), pathologie en interne/oncologie dragen ons inziens ook sterk bij aan de totale kwaliteit van de mammazorg. Bijvoorbeeld, het aantal fout negatieve diagnoses en de behandelingsdelays door een in eerste instantie gemiste diagnose borstkanker, zouden een indicatie kunnen geven van de kwaliteit van onderzoek. Dit betreft met name de categorie patiënten, die niet aan het MDO toekomen.	NVvR VIKC	Ter kennisgeving Ter kennisgeving	Idem, kader is heelkundige DBC mammacarcinoom De werkgroep steunt de mening van de VIKC dat financiële middelen beschikbaar moeten komen voor de noodzakelijke registraties.
Duidelijk stuk. Ik kan mij vinden in de keuze van de indicatoren, met dien verstande, dat wel heel nadrukkelijk op heelkunde niveau wordt gedacht. Bespreking van het rapport 'Kwaliteit van zorg rond mammacarcinoom in de etalage' in onze landelijke tumorwerkgroep het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON) gaf geen aanleiding tot inhoudelijk commentaar. Wel is met nadruk gesteld dat financiële middelen beschikbaar moeten komen voor de noodzakelijke registraties.	NPCF	Ter kennisgeving	In een tweede reactie van de NPCF is uitgebreider commentaar gegeven op de verschillende indicatoren. Zie NPCF.
Gefeliciteerd met de set zoals jullie die in de werkgroep hebben weten te formuleren. Er zijn door ons geen grote opmerkingen of gewenste nuanceringen. De benoemde indicatoren geven inzicht in de informatie waarop je als patiënt je keuze zou willen baseren. Waar we hier intern nog over aan het nadenken zijn, is hoe deze informatie dan naar zorggebruikers gecommuniceerd zou moeten worden. (presentatie gegevens)	VVOV	Ter kennisgeving	
De SIG Mammacare heeft de indicatoren voor het mammacarcinoom geaccordeerd.	ZN	Ter kennisgeving	
Goede, evenwichtige set indicatoren.			

48

49

Indicator 1. Gesprek met mammacare-verpleegkundige			
Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/niet verwerkt	Toelichting
De BVN is groot voorstander van de inzet van de mammacareverpleegkundige in het gehele proces rondom onderzoek en behandeling van borstkanker. Omdat nog niet ieder ziekenhuis in voldoende mate over deze functie beschikt, vragen wij ons af of dit niet meer gestimuleerd kan worden en gerealiseerd aan het aantal nieuwe gediagnosticeerde mammacarcinomen, zoals de EUSOMA richtlijnen (2000) aangegeven: 2 mammacareverpleegkundigen per 100 nieuw gediagnosticeerde mammacarcinomen (per jaar).	BVN	Niet verwerkt	De werkgroep heeft gekozen voor een proces indicator (% patiënten dat gesprek heeft gehad) in plaats van een structuur indicator (aanwezigheid van aantal mammacareverpleegkundigen). Als er in bepaalde ziekenhuizen niet voldoende mammacare-verpleegkundigen aanwezig zijn dan zullen die ziekenhuizen op indicator 1 slecht scoren. Een gevolg hiervan kan zijn dat het ziekenhuis meer mammacare-verpleegkundigen aan gaat nemen.
De patiëntenpopulatie betreft 'vrouwen met mammaproblemen'. Dit is onvolledig omschreven: waarschijnlijk wordt bedoeld symptomen en klachten? Onduidelijk in hoeverre erfelijke belasting tot deze problemen gerekend wordt. Er is geen afbakening geformuleerd tussen de grote groep huisartspatiënten met (minor) mammaproblemen, die door de huisarts afgehandeld wordt via de radiologieafdelingen van het ziekenhuis en de kleinere groep die bij het mamma-team (in welke vorm dan ook) terecht komt. Dit leidt tot onduidelijk, bijv. bij pagina 10. Daar worden geen in/exclusiecriteria vermeld, maar ik denk dat de groep vrouwen met mammaproblemen, die door de HA en de radioloog worden afgehandeld hier niet toe behoren.	NVvR	Verwerkt	
Aandacht voor de formulering met betrekking tot de controle voor bias/casemix bij deze indicator die niet goed geformuleerd is dan wel tenminste voor tweeërlei uitleg vatbaar is.	VIKC	Verwerkt	
Duidelijk moet zijn welke onderwerpen tijdens zo'n gesprek worden behandeld.	IGZ	Niet verwerkt	De werkgroep is van mening dat het op dit moment nog niet haalbaar is om de precieze onderwerpen van het gesprek vast te leggen voor de indicator. Hiervoor is aanvulling van de bestaande richtlijnen nodig.
Bij het gesprek met de mammaverpleegkundige kan ik toevoegen dat in ons onderzoek samen met de BVN in het kader van begeleiding en ondersteuning ook gekeken is naar een centraal aanspreekpunt voor patiënten en de bereikbaarheid. Deze zogenaamde etalage plus informatie vormt samen met jullie indicator een goede basis voor keuze-informatie.	CB	Ter kennisgeving	
Zijn de op pagina 11 genoemde zaken onder validiteit van deze indicator niet een aanknopingspunt voor uitkomst- of procesindicatoren voor kwaliteit van zorg: percentage borstsparende operaties, inzet radiotherapie en adjuvante radiotherapie? (onderzoek Haward)		Niet verwerkt	Percentage borstsparende operaties wordt ondervangen door indicator 6: aantal lokale recidieven na borstsparende en ablatieve therapie. Bij het verzamelen van de gegevens van indicator 6 kan ook de ratio sparend/niet

Indicator 1. Gesprek met mammacare-verpleegkundige	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*			
Vanuit patiëntenperspectief een prima indicator, wel vragen we ons af of de procentuele weergave aansluit bij wat patiënten graag willen: 'kan ik in dit ziekenhuis bij een mammacare-pleegkundige terecht voor vragen etc.?' Prima	NPCF ZN	Ter kennisgeving Ter kennisgeving	sparend worden uitgerekend. Inzet radiotherapie valt buiten het kader van de chirurgische DBC-mammacarcinoom.

50

51

Indicator 2. Patiënten met mammacarcinoom besproken in het multidisciplinaire overleg voor aanvang van de behandeling	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*			
Aangezien er al meer dan 60 behandelopties mogelijk zijn, is structurele preoperatieve casusbespreking onontbeerlijk voor een individuele optimale behandeling. Deze indicator spreekt voor zich. Aandacht voor de formulering met betrekking tot de controle voor bias/casemix bij deze indicator die niet goed geformuleerd is dan wel tenminste voor tweeërlei uitleg vatbaar is. Goede procesindicator. Wel moet het MD0 goed gedefinieerd worden.	BVN VIKC IGZ	Ter kennisgeving Verwerkt Deels verwerkt	Het multidisciplinair overleg voorafgaand aan enige behandeling dient minimaal te bestaan uit: chirurg, patholoog, mammacare-verpleegkundige en radioloog. De eigenlijke invulling en taakverdeling van de leden van het multidisciplinaire team kunnen van instituut tot instituut verschillen. Eenieder geeft een bijdrage vanuit zijn eigen professionele verantwoordelijkheid. Wel is het van belang dat een organisatorische taakomschrijving voor de betrokken leden van het MD0 vast ligt, zodat voor iedereen duidelijk is wat zijn/haar verantwoordelijkheden zijn. Dit staat beschreven in 'Relatie tot kwaliteit'.
MD0 met het doel om onnodige operaties te voorkomen. Met deze toelichting een prima indicator. Prima	NPCF ZN	Niet verwerkt Ter kennisgeving	

Indicator 3. Irradicaliteit na eerste tumorsectie	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*			
De BVN ziet dit als een belangrijke uitkomstindicator. Immers nu wordt de patiënt nog vaak geconfronteerd met het feit dat de borstkanker binnen 5 jaar terugkeert en dat als 'pech' wordt geclassificeerd, terwijl in en niet onaanzienlijk aantal sprake was van irradicaliteit in 1e instantie. In relatie met indicator 6 hoopt de BVN dat deze indicator dan ook een instrument tot verbetering van deze casus teweeg zal brengen. Wel valt het geringe aantal referenties op die deze indicator ondersteunt. Bovendien vragen wij ons af of irradicaliteit bij amputatie ook kan voorkomen (o.a. tegen de thoraxwand). Deze mogelijkheid wordt niet geïncludeerd bij deze indicator.	BVN	Niet verwerkt	De literatuur met betrekking tot het belang van de radicaliteit van resectie bij borstsparende behandeling staat uitvoerig beschreven in de richtlijn 'behandeling mamma-carcinoom' van 2005. In de factsheet wordt volstaan met een verwijzing naar de richtlijn. De ervaring leert dat een irradicaliteit na mamma-amputatie op zich uitermate zeldzaam is. Derhalve zit daar geen verbeterpotentieel in. Wel dient op juiste indicatie adjuvante radiotherapie te worden gegeven, waarmee de kans op een lokaal recidief na amputatie binnen de gewenste vijf procent in vijf jaar, of tien procent in tien jaar kan worden gehouden. Daar zal indicator 7 en uiteindelijk indicator 5 het antwoord op moeten geven. De werkgroep is van mening dat het niet zinvol is om in indicator 3 ook de irradicaliteit na mamma-amputatie op te nemen omdat dat veel registratiewerk oplevert en weinig inzicht.
Bij deze indicator (maar ook elders) staan: betrouwbaarheid, discriminerend vermogen, minimale bias, etc, omschreven met vaktermen, die voor de niet-ingevoerde lezer onbegrijpelijk en tegenstrijdig zijn. Deze staan in contrast met de voor het overige zo duidelijk omschreven taalgebruik. Herschrijven a.u.b.!	NVvR	Niet verwerkt	De reden om deze termen (nu) niet te veranderen is dat de andere indicatoren projecten hetzelfde jargon gebruiken.
Uitstekende uitkomstindicator. Registratie zal nog wel problemen opleveren. Jammer is ...dat pas over naar schatting 2-5 jaar de gegevens beschikbaar komen omdat de registratie daar nu nog niet op ingericht is. Ik ben benieuwd hoe dan deze nieuwe wijze van registratie 'afgedwongen' gaat worden.	IGZ CB	Ter kennisgeving Ter kennisgeving	
Patiënten willen graag de risico's bij een behandeling weten. Deze indicator geeft hierover belangrijke informatie. Wel is ons advies deze indicator qua benaming toegankelijk te maken voor de oriënterende patiënt.	NPCF	Niet verwerkt	De werkgroep heeft ervoor gekozen om in de factsheets medisch jargon te gebruiken. In de leeswijzer (voor de patiënt) is de benaming toegankelijk gemaakt voor de patiënt.
Prima	ZN	Ter kennisgeving	

52

53

Indicator 4. Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap heelkunde	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*			
Deze indicator wordt als structuurindicator benoemd. De BVN is van mening dat een dergelijke indicator wel opgenomen dient te worden binnen dit project. Behandeling van borstkanker wordt steeds complexer, subspecialisatie op dit terrein blijkt steeds belangrijker te worden. Volumennorm in het algemeen is misschien wel niet zo belangrijk, maar in relatie tot deskundigheid en ervaring wel. Wij vragen ons daarom af of de gekozen vorm geen foutieve uitkomst genereert. Neem bijvoorbeeld een ziekenhuis dat als speerpunt 'vaatchirurgie' heeft en daartoe een grote maatschap heelkunde heeft (15 leden). Stel nu dat in dat ziekenhuis de behandeling van het mammacarcinoom geen speciale aandacht heeft en het gemiddeld aantal nieuwe gediagnosticeerde mammacarcinomen per jaar ongeveer 100 bedraagt. Deze indicator kan dan bijvoorbeeld betekenen dat 7 chirurgen zich hiermee bezighouden, hetgeen neerkomt op een gemiddelde van ongeveer 14 mammaoperaties per jaar. Doordat de werkgroep de voorkeur geeft aan een differentiatie boven een absoluut aantal, verwordt deze indicator tot een pseudo-indicator, zoals dit voorbeeld laat zien. Ons inziens moet een indicator eenduidig zijn en dat is hierbij niet het geval. Goede structuurindicator	BVN	Niet verwerkt	De werkgroep zag teveel belemmeringen bij het invoeren van een indicator die het aantal operaties per chirurg registreert. Dit zou de implementatie van de indicator niet ten goede komen. In plaats van de indicator niet op te nemen heeft de werkgroep ervoor gekozen om de genoemde structuurindicator (differentiatie in de maatschap) op te nemen in de set van indicatoren. De werkgroep heeft geen aantallen genoemd maar de voorgestelde verdeelsleutel voor differentiatie binnen de maatschap is gebaseerd op het aantal chirurgen in Nederland in relatie tot het aantal nieuwe patiënten per jaar.
De uitwerking van 4 komt over als het ontwijken van de volumediscussie. De nu gekozen insteek van differentiatie in maatschap wordt m.i. niet evidence based onderbouwd. Ik kan het in elk geval niet vinden. En dat was toch de gekozen werkwijze? Wij hebben in onze studie de EUSOMA richtlijn aangehouden. Waarom is deze niet meegenomen?	IGZ CB	Ter kennisgeving Niet verwerkt	Zie reactie bij BVN
Uit gesprekken in focusgroepen blijkt dat patiënten met het oog op hun operatie graag willen weten wie binnen een maatschap welk aandachtsgebied of subspecialisatie heeft. Bij weergave van de huidig gekozen indicator (differentiatie binnen maatschap) is echter nog niet duidelijk wat dit voor de behandeling in het individuele geval betekent. Hoe vaak heeft de betreffende chirurg zich in ieder geval bezighouden met de chirurgische behandeling van mammacarcinoom?	NPCF	Niet verwerkt	Zie reactie bij BVN
Prima	ZN	Ter kennisgeving	

Indicator 5. Patiënten die ≤ 4 weken na de definitieve PA-diagnose zijn geopereerd			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
De BVN heet in haar uitgave 'kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief' (publicatie oktober 2003) reeds aangegeven dat een wachttijd van maximaal 3 weken moet worden nagestreefd. Bedenktijd is goed, maar moet niet worden overdreven. De BVN onderschrijft weliswaar dat uit medisch-technische oogpunt deze tijd acceptabel kan zijn, echter op basis van psychische overwegingen hebben we steeds bepleit een maximale wachttijd van 3 weken te hanteren. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten dit als de meest belastende periode ervaren tijdens hun behandeling.	BVN	Niet verwerkt	Er is een verschil tussen de datum van de PA-uitslag en de datum van het meedelen van de uitslag aan de patiënt. Hier kan een aantal dagen tussen zitten. Aangezien de datum van de PA-uitslag veel makkelijker te meten is dan de datum waarop de uitslag aan de patiënt is meegedeeld heeft de werkgroep gekozen voor het registreren van de datum van de PA-uitslag. Gezien het eerder bekend zijn van de PA-uitslag dan het meedelen ervan aan de patiënt komt de wens van de BVN om een wachttijd van maximaal 3 weken te hanteren ongeveer overeen met een termijn van maximaal 4 weken tussen de PA-uitslag en de operatie. In de tijd tussen de PA-uitslag en de operatie moeten een aantal zaken plaatsvinden: o.a. gesprek met patiënt om uitslag mee te delen, patiënt moet goed besproken worden in het MDO en patiënt moet kans krijgen om gesprek te voeren met mammacare verpleegkundige.
De definitieve PA wordt niet gedefinieerd. Op mammapoli's is de eerste PA-diagnose meestal de cytologie. De histologie volgt vaak pas na 1 week, al in het maar vanwege de logistiek. Het vereist volgens mij maar een geringe aanvulling om te omschrijven wat 'definitieve PA' inhoudt: m.i. is dat de cytologie, 'passend bij maligniteit' of de dikkenaaldbiopsie. Aandacht voor de formulering met betrekking tot de controle voor bias/casemix bij deze indicator die niet goed geformuleerd is dan wel tenminste voor tweeërlei uitleg vatbaar is.	NVvR	Verwerkt	
Belangrijke indicator die uitgebreid zou kunnen worden door niet alleen naar de operatieve – maar ook naar de chemotherapeutische of bestralingbehandeling te kijken.	VIKC	Verwerkt	
De consumentenbond zou de indicator scherper willen stellen op 3 weken conform het advies van de BVN. Hierdoor wordt kwaliteit meer ingevuld vanuit perspectief van de patiënt.	IGZ	Ter kennisgeving	Chemotherapie en bestraling vallen buiten het kader van dit project
Deze indicator verwijst naar de snelheid tussen diagnose en behandeling: een goede indicator die ruimte geeft aan bedenken- en overweegtijd. We steunen hierbij echter wel de aanbeveling van de Borskankervereniging Nederland om vanuit de door patiënten ervaren belasting de operatie binnen 15 werkdagen te realiseren.	CB	Verwerkt	Zie reactie bij BVN
Prima	NPCF	Verwerkt	Zie reactie bij BVN
	ZN	Ter kennisgeving	

54

55

Indicator 6. Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende en ablatieve therapie			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Deze uitkomstindicator zal in relatie met indicator 3 mede inzicht geven in de kwaliteit van de borstsparende operatie. Overigens behoeft men toch niet minimaal 5 jaar te wachten. Ieder lokaal recidief is bekend bij de behandelend chirurg (d.m.v. het patiëntendossier). Men kan immers reeds beginnen met de recidieven in jaar 1 te registreren, men kan dan de eventuele verbeteringen al zichtbaar maken in de loop van de volgende registratie jaren. De speciale registratie, die hiervoor opgezet dient te worden, kan men tevens aanwenden voor andere meetpunten.	BVN	Niet verwerkt	Het aantal lokaal recidieven van mammacarcinoom na borstsparende therapie is direct afhankelijk van de radicaliteit bij de primaire ingreep. Op de langere termijn is met name bij jonge patiënten de kans op lokaal recidief relatief groot. De termijn van optreden van een klinisch lokaal recidief belooft vaak meerdere jaren. Recidieven binnen een jaar na de MST treden niet vaak op. Door nu echter met registratie te beginnen is het mogelijk om op de langere termijn het aantal lokaal recidieven te kennen. Extra voorzieningen voor patiënten jonger dan 40 jaar zijn niet nodig, de casemix komt vanzelf boven bij de verwerking van data. Registratie plicht van 5 jaar is inderdaad wat kort en het is zinvol dit te verlengen voor de duur van totale follow-up. De werkgroep stelt voor om nu te beginnen met een 5-jaars registratie welke in de toekomst mogelijk uitgebreid kan worden naar bijvoorbeeld 10 jaar.
Op blz. 23/24 wordt de hoop op verbetering uitgesproken t.a.v. de lokale recidieven bij patiënten onder de 40 jaar. Echter, de indicator is puur registrerend, niet sturend. Het is hooguit een meetinstrument om in tweede instantie wat mee te doen, tenzij er extra voorzieningen worden getroffen bij de patiënten onder de 40 jaar. Ik vind dit verwarrend. In dit kader vind ik een 'registratieplicht' van 5 jaar bovendien heel kort.	NVvR	Verwerkt	Zin betreffende patiënten onder de 40 jaar verwijderd.
Deze uitkomstindicator heeft een te lang beloop. Zal ook moeizaam zijn te registreren. Waarom niet een kortere periode genomen, bijvoorbeeld van één jaar. M.i. is de casemix wel degelijk van belang. Bijvoorbeeld de T-classificering: co-morbiditeit, stralingsschade etc.	IGZ	Niet verwerkt	Zie verder reactie bij BVN
Patiënten willen graag het slagingspercentage van de behandeling weten. Met hulp van deze indicator kan inzicht gegeven worden in de huidige cijfers waarin de kankercellen toch terugkomen zijn. Een laag percentage voor deze indicator reflecteert een geslaagde borstsparende of ablatieve therapie	NPCF	Ter kennisgeving	Zie reactie bij BVN

Indicator 7. Patiënten postoperatief besproken in het multidisciplinair overleg			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Het verwoorde bij indicator 2 geldt hier onverkort. Complexe behandelingsopties, voor iedere patiënt toegang tot nieuwe behandelingsmethodes en medicijnen zou in alle ziekenhuizen gerealiseerd moeten worden. Aandacht voor de formulering met betrekking tot de controle voor bias/casemix bij deze indicator die niet goed geformuleerd is dan wel tenminste voor tweeërlei uitleg vatbaar is.	BVN VIKC	Ter kennisgeving Verwerkt	
Goede procesindicator. Wel aandacht voor het definiëren van het MDO en het doel van de het overleg. Misschien ook denken aan een patiënten evaluatie binnen het MDO na afloop van de therapie.	IGZ	Deels verwerkt	De werkgroep is van mening dat de definitie van het MDO op dit moment niet verder aangescherpt dient te worden. Zin toegevoegd betreffende het doel van het overleg: 'het doel van het postoperatief multidisciplinair overleg is het uitvoeren van een finale controle op de diagnose en therapeutische aanpak tot dan toe. Tevens wordt het verdere aanvullende behandelplan geformuleerd en getoetst aan de vigerende richtlijnen, c.q. de redenen waarom daarvan afgeweken wordt nader toegelicht.'
Verwachten jullie grote variatie tussen 2 en 7?? Zo nee, dan 1 van de 2 (op termijn) skippen?	CB	Niet verwerkt	
Deze indicator beoogt dat iedere patiënt een optimale behandelingsstrategie krijgt aangeboden. Zoals ook in de tekst beschreven staat kan met hulp van deze indicatoren controle op de indicatoren 2,3 en 6 worden uitgeoefend.	NPCF	Ter kennisgeving	
<i>* Indien mogelijk/nodig is het commentaar samengevat</i>			

56

57

Bijlage 4: Verwerking bevindingen Inlooperperiode 2008

Input	Consequentie	Toelichting
LOGBOEK/OPMERKINGEN WEBENUÛTE EN INTERVIEW		
1 Het CB0 heeft naar aanleiding van de doorbraak projecten voor mamma-chirurgie een rapportage opgezet 'Mamma Zorg Steeds Beter'. Met deze rapportage als bron heeft één van de ziekenhuizen de waarde van de indicatoren opgeleverd. Ook andere ziekenhuizen melden het gebruik van een stand alone systeem waarin gegevens over Mamma zorg wordt vastgelegd.	Geen wijziging	
2 De integrale kankercentra zijn verdeeld over verschillende regio's. Per regio worden de integrale kankerregistraties bijgehouden en verwerkt. Elke regio heeft zijn eigen aanpak en procedures. Sommige ziekenhuizen melden dat hun integrale kankercentra bijvoorbeeld geen registratie heeft van lokale recidieven; andere geven aan dat de registratie achterloopt waardoor niet voldaan kan worden aan de voor Zichtbare Zorg gevraagde registratieperiode.	Registratie aangepast	In de registratiegids is nu aangegeven welke variabelen door de kankerregistratie aangeleverd kunnen worden.
3 Meerdere ziekenhuizen verwijzen naar protocolair werken.	Geen wijziging	
4 De vraagstelling is niet consistent. In de noemer worden alle gediagnosticeerde patiënten meegenomen in plaats van de geopereerde patiënten.	Indicator aangepast	Bij de tweede indicator staat het multidisciplinaire overleg voor aanvang van de behandeling centraal. In het MDO worden ook patiënten besproken die niet worden geopereerd, daarom is de omschrijving van de indicator als volgt aangepast: Het percentage patiënten met een mamma carcinoom dat besproken is in een multidisciplinair overleg. (dit was: het percentage patiënten met een mamma carcinoom dat preoperatief besproken is in het multidisciplinaire overleg.) Teller en noemer blijven onveranderd.
5 Onduidelijk hoe indicator 6 ingevuld moet worden. Uitgaande van 2007 en dan terugkijken?	Registratie aangepast	In de indicatorengids is nu aangegeven welke variabelen door de kankerregistratie over welke periode aangeleverd kunnen worden.
6 Structuurindicator 4 wordt in percentage uitgedrukt. Is dat dan geen procesindicator?	Geen wijziging	Of een indicator een structuur-, proces- of uitkomst indicator is, wordt bepaald door het aspect van zorg dat gemeten wordt. Bij deze indicator wordt het aantal chirurgen binnen de maatschap dat zich bezig houdt met de chirurgische behandeling van mamma carcinoom weergegeven. Dit heeft te maken aanbod van zorg en is daarom een structuurindicator.

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Kwaliteitsinstituut CBO	
Datum	29-1-07
Volgnummer	620
Archiefcode	
Projectnummer	
Actie door	
Kopie naar	W.B.M. 1998

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

Onze ref.: 2006001697OBr

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

Correspondentieadres: Postbus 20061, 3502 LB Utrecht
Bureau van de Nederlandse Tel. 030-2823327, Fax 030-2823329
Vereniging voor Heelkunde E-mail: nvvh@nvvh.knmg.nl
Adres website: www.heelkunde.nl