



Indicatorenset Varices

Colofon

Dit is een uitgave van Zichtbare Zorg

internet: www.zichtbarezorg.nl

e-mail: info@zichtbarezorg.nl

Samenstelling werkgroep indicatorenset Varices:

Dr. C.H.A. Wittens, chirurg, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam, voorzitter

Dr. Th.A.A van den Broek, chirurg, Waterland Ziekenhuis, Purmerend

A.M.J. van der Kleij, dermatoloog, Atrium Medisch Centrum, Heerlen

Dr. A.J.C. Mackaay, chirurg, Meander Medisch Centrum, Amersfoort

Prof. dr. H.A.M. Neumann, hoogleraar dermatologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

Dr. K.P. de Roos, dermatoloog, Ziekenhuis Bernhoven, loc. Veghel

I.M. Toonder, vasculair diagnostisch laborant; wetenschappelijk coördinator, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam

Mevr. drs .M.A. de Booy, Vereniging van Vaatpatiënten, Bilthoven (tot 2009)

dr. H. Bruins Slot, vertegenwoordiger ZN, adviserend geneeskundige Delta Lloyd (tot 2009)

Tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid van de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Den Haag, november 2009

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	4
1.1 Inzicht in kwaliteit van zorg.....	4
1.2 Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.....	4
1.3 Indicatorenwerkgroep.....	4
1.4 Totstandkoming van indicatorensets.....	5
1.5 Wettelijke verplichting verslagjaar 2009; uitvraag in 2010.....	6
1.6 Leeswijzer.....	6
2. Overzicht indicatoren Varices.....	8
2.1 Factsheets per indicator.....	8
2.2 Klantpreferentievragen over het aanbod van de zorg.....	15
3. Lijst te verzamelen variabelen.....	16
3.1 Variabelenlijst.....	16
4. Instructies bij het bepalen van de indicatoren.....	22
4.1 Algemene instructies.....	22
4.2 Populatiebepaling.....	22
4.3 Bepaling van de indicatoren.....	24
5. Verificatievragen.....	26
Bijlage 1: Afkortingenlijst.....	28
Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren.....	29
Bijlage 3: Verwerken commentaar consultatieronde.....	33
Bijlage 4: Wijzigingen in zorginhoudelijke indicatoren n.a.v. gegevensuitvraag in 2008.....	39
Bijlage 5: Autorisatie wetenschappelijke verenigingen.....	40

1. Inleiding

Voor u ligt de set externe kwaliteitsindicatoren voor Varices. 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 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.

1.3 Indicatorensset

De werkgroep voor de indicatorensset Varices bestaat uit de volgende personen:

Dr. C.H.A. Wittens, chirurg, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam, voorzitter
Dr. Th.A.A van den Broek, chirurg, Waterland Ziekenhuis, Purmerend
A.M.J. van der Kleij, dermatoloog, Atrium Medisch Centrum, Heerlen
Dr. A.J.C. Mackaay, chirurg, Meander Medisch Centrum, Amersfoort
Prof. dr. H.A.M. Neumann, hoogleraar dermatologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
Dr. K.P. de Roos, dermatoloog, Ziekenhuis Bernhoven, loc. Veghel
I.M. Toonder, vasculair diagnostisch laborant; wetenschappelijk coördinator, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam
Mevr. drs .M.A. de Booy, Vereniging van Vaatpatiënten, Bilthoven (tot 2009)
dr. H. Bruins Slot, vertegenwoordiger ZN, adviserend geneeskundige Delta Lloyd (tot 2009)

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

De werkgroep externe indicatoren Varices 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

Zorginhoudelijke indicatoren

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 rondom 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:

- a. Nederlandse evidence based richtlijnen
- b. Internationale evidence based richtlijnen
- c. Websites van organisaties gespecialiseerd op het terrein van kwaliteitsindicatoren
- d. Systematische zoekactie naar (inter-)nationale literatuur
- e. Indicatoren voorgedragen door andere partijen in het project
- f. 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.

Aanvullende vragen die ingaan op klantpreferente informatie over het aanbod van de zorg

De 'klantpreferenties' richten zich op de wensen en behoeften van patiënten/consumenten met betrekking tot keuze-informatie over de zorg die het ziekenhuis kan bieden aan de voorliggende aandoening. De klantpreferentievragen zijn ontwikkeld door de Consumentenbond en de NPCF.

De klantpreferentievragen uit paragraaf 2.2 doorlopen een ander ontwikkeltraject dan de zorginhoudelijke indicatoren.

Totstandkoming klantpreferentievragen

Tijdens de ontwikkeling van de klantpreferentievragen leggen NPCF en Consumentenbond eerst contact met de patiëntenvereniging(en) die voor de aandoening relevant is (als er een vereniging bestaat). De collectieve ervaringsdeskundigheid van de patiëntenvereniging vormt, samen met bestaande indicatoren, literatuuronderzoek en forumonderzoek op internet, de basis voor een schaduwlijst. Deze lijst bevat onderwerpen waarvan geacht wordt dat ze belangrijke keuze-informatie kunnen zijn voor patiënten en consumenten. Na het opstellen van de schaduwlijst wordt een focusgroep met patiënten georganiseerd. Doel van de focusgroep is om zoveel mogelijk informatie over wat patiënten belangrijk vinden in de keuze voor een zorgaanbieder te

verzamenen, natuurlijk vanuit patiënten- en consumentenperspectief. De deelnemersgroep bestaat daarom uitsluitend uit zorggebruikers. De gebruikte focusgroepmethode is een vorm van kwalitatief onderzoek. Deze leent zich voor het verkrijgen van inzichten in de behoefte van een bepaalde doelgroep. De methode maakt gebruik van het feit dat mensen elkaar stimuleren met ideeën.

Met de resultaten uit de focusgroep wordt een prioriteitenlijst samengesteld. Het streven is om deze door minimaal vijftig patiënten te laten beoordelen. De preferenties van patiënten worden vertaald naar de uiteindelijke vragenlijst voor ziekenhuizen. De vragenlijst wordt ter controle en advies voorgelegd aan (door de wetenschappelijke verenigingen gemandateerde) medisch specialisten en vastgesteld door de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.

In tegenstelling tot de zorginhoudelijke indicatoren worden de klantpreferentievragen niet geautoriseerd door wetenschappelijke verenigingen. Klantpreferentievragen hebben als primair doel om keuze-informatie voor de patiënt/consument te genereren.

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

Onderhouden

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

1.5 Wettelijke verplichting verslagjaar 2009; uitvraag in 2010

In het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) over het verslagjaar 2009 zijn de externe kwaliteitsindicatoren, zoals weergegeven in deze gids, opgenomen.

Het jaardocument 2009 is vastgesteld door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op grond van artikel 8a van de Regeling Verslaggeving WTZi. Met ingang van verslagjaar 2007 zijn alle zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze regeling vallen, verplicht om het jaardocument te gebruiken voor hun jaarverantwoording.

1.6 Leeswijzer

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

Hoofdstuk twee begint met een overzicht van de indicatoren die voor de Varices-set 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 (bijvoorbeeld casemix correctie). Na de factsheets komt u een aantal klantpreferentievragen tegen die in gaan op het aanbod van zorg voor varices 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.

Hoofdstuk 5 sluit af met tekst over verificatievragen.

In de bijlage vindt u vervolgens de volgende documenten:

- Afkortingenlijst
- Lijst met besproken en afgewezen indicatoren
- Verwerken commentaar consultatieronde
- Wijzigingen in zorginhoudelijke indicatoren n.a.v. gegevensuitvraag in 2009 over verslagjaar 2008
- Autorisatie door wetenschappelijke verenigingen
- Overige bijlagen

2. Overzicht indicatoren Varices

In dit hoofdstuk wordt de indicatorenset Varices beschreven. Deze set bestaat uit twee indicatoren en twee klantpreferentievragen. De zorginhoudelijke indicatoren worden in paragraaf 2.1 beschreven. In paragraaf 2.2 volgen klantpreferentievragen. Deze verschaffen structuurinformatie over het aanbod van de zorg aan patiënten met Varices.

2.1 Factsheets per indicator

De onderstaande tabel beschrijft de onderdelen die per indicator in de factsheet zijn opgenomen.

Tabel 1. Toelichting aspecten van de indicatoren

Toelichting aspecten van de indicatoren	
Relatie tot kwaliteit	Indicatoren zijn een middel om inzichtelijk te maken wat de kwaliteit van zorg is op een bepaald moment. Hier wordt een korte samenvatting gegeven van het belang van deze indicator in relatie tot kwaliteit van zorg.
Operationalisatie	Hier wordt de indicator in één korte zin omschreven.
Teller	Indicatoren worden vaak als een breuk gepresenteerd (behalve structuur indicatoren). De teller is het getal boven de streep van een breuk. Daarnaast is de teller een deelverzameling van de noemer.
Noemer	De noemer is het getal onder de streep van een breuk.
Definitie	Indien in de indicatoren termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, dan wordt deze hier gegeven. Bijvoorbeeld toelichting op een aandoening, gebruikte vragenlijst of toegepaste operatietechniek.
In-/exclusiecriteria	In de praktijk kan het zo zijn dat bepaalde patiëntengroepen niet gelijk over ziekenhuizen verdeeld zijn. Om de vergelijkbaarheid van ziekenhuizen onderling te vergroten worden in- en exclusiecriteria geformuleerd.
Bron	Voor het verzamelen van de gegevens kunnen verschillende bronnen gebruikt worden. Bijvoorbeeld DBC-registratie, verrichtingenregistratie, poli(klinische) status, EPD.
Meetfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren gemeten worden. De gegevens die voor de indicatoren nodig zijn worden voor sommige indicatoren continu verzameld. Andere gegevens worden eenmaal per afgesproken periode verzameld.
Verslagjaar	De gegevens worden opgevraagd over een bepaald verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Afspraken over de rapportagefrequentie worden landelijk gemaakt. Bijvoorbeeld één keer per jaar.
Type indicator	We onderscheiden drie typen indicatoren. Als eerste zijn er structuurindicatoren . Deze beschrijven of de zorgaanbieder bepaalde voorzieningen heeft getroffen in de organisatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het beschikbaar stellen van een patiëntenfolder of het beschikken over een systeem voor complicatieregistratie. Het betreft veelal het eenmalig beantwoorden van een ja/nee vraag. Daarnaast zijn er procesindicatoren . Procesindicatoren volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Denk bijvoorbeeld aan het percentage operaties dat in dagbehandeling is uitgevoerd of het percentage diabetespatiënten dat in het afgelopen jaar een oogcontrole heeft gehad. Tot slot zijn er uitkomstindicatoren . Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg.
Meetniveau	Structuurindicatoren geven een indruk van de kwaliteit van zorg op het niveau van het ziekenhuis of maatschappniveau. Uitkomst- en procesindicatoren worden meestal op patiëntniveau gemeten.
Kwaliteitsdomein	Kwaliteit van zorg wordt onderverdeeld in zes domeinen, namelijk:

Veiligheid:	het vermijden van veiligheidsrisico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en medewerkers.
Effectiviteit:	het leveren van nauwkeurige en juiste zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis.
Patiëntgerichtheid:	het respecteren van de unieke noden, wensen en waarden van de patiënt.
Tijdigheid:	het leveren van zorg op de juiste tijd, verhinderen van wachttijden voor patiënten en medewerkers.
Doelmatigheid:	het vermijden van zorg die niet bijdraagt aan de vraagstelling van de patiënt en die niet redelijkerwijs kosteneffectief is, vermijden van verspilling.
Gelijkheid:	het leveren van gelijke zorg voor alle patiëntengroepen, ongeacht sekse, etniciteit, geografische afkomst en sociaal-economische status.

Daarnaast worden er nog extra punten uitgewerkt, bijvoorbeeld²:

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

² Deze onderwerpen kunnen om inhoudelijke reden variëren per indicator

1. Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices	
Relatie tot kwaliteit	De CEAP-classificatie is een algemeen aanvaarde indeling voor varices waarmee men op een inzichtelijke manier de aard en omvang van varices in kaart kan brengen en in de tijd kan vervolgen. In de richtlijn wordt door de werkgroep aanbevolen de C van de CEAP-classificatie in de status te vermelden. Het klinisch beeld en de bevindingen bij Duplex-onderzoek bepalen samen de keuze van behandeling. De indicator zegt verder niet al te veel over de kwaliteit van zorg.
Operationalisatie	Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices.
Teller	Aantal geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices.*
Noemer	Totaal aantal uitgevoerde invasieve therapieën bij patiënten met varices.*
Definitie(s)	<p><i>Varices:</i> Varix (meervoud: varices) betekent spatader. Doorgaans worden hiermee spataderen aan de benen bedoeld.</p> <p><i>Invasieve therapie:</i> Alle therapieën, behalve de therapeutisch elastische kous (TEK).</p> <p><i>CEAP-classificatie:</i> De CEAP-classificatie is een algemeen aanvaarde indeling voor varices waarmee men op een inzichtelijke manier de aard en omvang van varices in kaart kan brengen en in de tijd kan vervolgen.</p>
In-/exclusiecriteria	Inclusie: alle patiënten die invasief zijn behandeld.*
Bron Teller	DBC registratie, CTG verrichtingen registratie, EPD, (poli)klinische status
Bron Noemer	DBC registratie, CTG verrichtingen registratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2009 tot en met 31-12-2009
Rapportage	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau. Rapportage op ziekenhuisniveau.
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit/doelmatigheid

* De beschrijving van de teller, noemer en in-/exclusiecriteria wijken af van de formuleringen zoals beschreven in de rapportage 'Kwaliteit van zorg rond Varices in de etalage' (maart 2007). De reden hiervoor is dat het resultaat van de oorspronkelijk geformuleerde indicator altijd 100% zou zijn.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Tijdens de zogenaamde "Hawaï consensusbijeekkomst" werd de CEAP classificatie geïntroduceerd. De 'C' staat voor clinical (klinische) classificatie, de 'E' voor etiologische, de 'A' voor anatomische en de 'P' voor pathofysiologische classificatie. Recent werd binnen de CEAP-classificatie een verfijning toegepast (Eklöf, et al., 2004).

Het hanteren van een uniforme indeling bevordert de transparantie en communicatie onder zorgverleners. Maar wat nuttig is in de ene situatie is niet per definitie nuttig in de andere. De CEAP-classificatie is algemeen aanvaard door onderzoekers voor patiënten met varices. Voor de dagelijkse praktijk is de CEAP-classificatie echter te uitgebreid en lijkt deze gezien de tijdsbelasting niet zinvol. De C is bij lichamelijk onderzoek wel gemakkelijk vast te stellen. Het is nuttig deze vast te leggen in verband met het beloop. Samen met de duplex zou dit een goede indicator kunnen zijn waarmee ook beter inzicht wordt verkregen in de juiste indicatiestelling.

Mogelijkheden tot verbetering

De arts heeft het verbeteren van de dataregistratie zelf in de hand. De indicator kan aanleiding zijn om het proces zorgvuldig te analyseren en zo nodig bij te stellen.

Validiteit

De CEAP/classificatie is in eerste instantie opgesteld voor wetenschappelijke doeleinden en wordt daarvoor valide geacht. De validiteit van dit instrument voor de dagelijkse praktijk is nog niet aangetoond.

Betrouwbaarheid

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

Discriminerend vermogen

Cijfers over variatie in Nederland zijn niet bekend. Te verwachten is dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

De indicator is niet zo gevoelig voor case-mix. Varicesoperaties worden over het algemeen verricht bij relatief jonge mensen met relatief weinig co-morbiditeit. Controle voor verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is bij de huidige inclusie- / exclusiecriteria volgens de werkgroep niet nodig. Bij sommige supergespecialiseerde klinieken kunnen van de benchmark afwijkende percentages worden verklaard door het percentage recidief ingrepen.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De Werkgroep verwacht dat niet overal in Nederland een uniforme registratie van de CEAP-classificatie bestaat. De werkgroep is van mening dat het opzetten van een registratie voor de C een onderdeel is van goede zorg. De werkgroep geeft het volgende advies voor het opzetten van een registratie: Bij het afsluiten van de DBC zou bijvoorbeeld een "dwingend" veld kunnen worden ingevoerd. Een DBC kan dan niet worden afgesloten tenzij de C is geregistreerd.

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Eklöf, B., Rutherford, R.B., Bergan, J.J., Carpentier, P.H., Gloviczki, P., Kistner, R.L., Meissner, M.H., Moneta, G.L., Myers, K., Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. J Vasc Surg 2004; 40: 1248-52.

2. Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie.

Relatie tot kwaliteit	Uniforme afspraken over de indicatiestelling van het duplexonderzoek is een van de belangrijke onderwerpen in de richtlijn Varices. Het percentage patiënten waarbij voorafgaand aan een behandeling van C2 en C3 varices een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe veneuze systeem wordt uitgevoerd, geeft indirect een goede indicatie van de kwaliteit van de zorgverlening. Het is de beste test om de mate van reflux- en klepinsufficiëntie in het veneuze systeem aan te tonen. Dat geldt zowel voor primaire als voor recidief varices. Ook kunnen hiermee anatomische afwijkingen voorafgaande aan een chirurgisch ingreep in kaart worden gebracht, zoals het niveau van inmonding van de VSP in de v. poplitea. Duplex-onderzoek is dan ook niet alleen van belang voor de juiste indicatiestelling, maar ook een hulpmiddel voor de behandelaar tijdens de invasieve ingreep.
Operationalisatie	Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie.
Teller	Aantal invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij voorafgaand aan de invasieve ingreep een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd.
Noemer	Totaal aantal uitgevoerde invasieve therapieën bij patiënten met varices.
Definitie(s)	<p><i>Varices:</i> Varix (meervoud: varices) betekent spatader. Doorgaans worden hiermee spataderen aan de benen bedoeld. Alle uitingsvormen van varices worden in deze indicator meegenomen (C0- C6)</p> <p><i>Duplexonderzoek:</i> Een Duplex onderzoek is een combinatie van geluidsgolven (Doppler) en echografie. Daarmee kan de bloedstroom niet alleen hoorbaar, maar ook zichtbaar gemaakt worden. Een diagnostische duplex kan aan 1 of meerdere benen zijn gedaan. De aanname is dat deze aan beide benen is gedaan. De uitslag van het duplex onderzoek kan dus voor meerdere ingrepen worden gebruikt.</p> <p><i>Voorafgaand aan de ingreep:</i> Het duplex onderzoek mag maximaal 1 jaar voor de verrichting hebben plaatsgevonden.</p> <p><i>Invasieve ingreep:</i> Alle therapieën, behalve de therapeutisch elastische kous (TEK).</p>
In-/exclusiecriteria	Geen aanvullende criteria geformuleerd
Bron Teller	DBC registratie, CTG verrichtingen registratie, (poli)klinische status, EPD
Bron Noemer	DBC registratie, (poli)klinische status, EPD
Verslagjaar	01-01-2009 tot en met 31-12-2009
Meetfrequentie	Continu
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau. Rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, veiligheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het duplexonderzoek is een combinatie van echografie en pulsed Doppler. Met de introductie van deze techniek wordt er vrijwel geen flebografie meer verricht. Met behulp van duplex wordt een beeld gemaakt, waaruit (of op basis waarvan) goede informatie wordt verkregen zowel over anatomie van het veneuze systeem als over flow (klepinsufficiëntie en obstructie) in dit systeem. Het uitvoeren van preoperatief duplexonderzoek lijkt de kans op het krijgen van recidief varices te verkleinen (Blomgren, et al., 2005). Het niet-invasieve karakter is een evident voordeel. Duplex is, in tegenstelling tot flebografie niet trombogene en heeft niet het potentiële risico van straling.

De leden van de werkgroep zijn het er allen over eens dat duplexonderzoek eigenlijk onontbeerlijk is om te komen tot een goed behandelplan voor patiënten met varices. Er is zelfs onderzoek verricht waaruit blijkt dat bij patiënten met bezemrijsvarices een verhoogde kans bestaat op insufficiëntie van de crosse. Aangezien tekenen van chronische veneuze insufficiëntie altijd achterlopen bij de hemodynamiek is het klinisch beeld onvoldoende om tot een therapieplan te komen.

Mogelijkheden tot verbetering

Zorg in instelling zodanig organiseren dat duplexonderzoek standaard wordt uitgevoerd bij patiënten die invasief behandeld worden voor varices. Een duplex heeft ieder ziekenhuis. De specialist kan het onderzoek zelf verrichten en is dan niet afhankelijk van de aanwezigheid van een vaatlab met vaatlaborantes.

Validiteit

Deze indicator meet alleen maar het aantal keren dat duplexonderzoek is verricht. Het zegt nog niets over de uitvoering van het onderzoek en de interpretatie daarvan.

Betrouwbaarheid

De werkgroep is van mening dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert. De goede reproduceerbaarheid van duplexonderzoek van het veneuze systeem is voldoende aangetoond (Haenen, et al., 1999).

Discriminerend vermogen

Op dit moment wordt duplexonderzoek nog lang niet overal als standaardprocedure bij de behandeling van C2-C3-varices toegepast. De werkgroep is van mening dat de indicator veranderingen in de kwaliteit van zorg detecteert.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is volgens de werkgroep niet nodig. Co-morbiditeit en leeftijd spelen een rol bij de uitkomsten, maar deze zullen naar verwachting niet sterk variëren tussen verschillende centra.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Baker, S.R., Burnand, K.G., Sommerville, K.M., Thomas, M.L., Wilson, N.M., Browse, N.L. Comparison of venous reflux assessed by duplex scanning and descending phlebography in chronic venous disease. *Lancet* 1993; 341: 400-3.
- Baldt, M.M., Bohler, K., Zontsich, T., Bankier A.A., Breitenseher, M., Schneider, B., Preoperative imaging of lower extremity varicose veins: color coded duplex sonography or venography. *J Ultrasound Med* 1996; 15: 143-54.
- Blomgren, L., Johansson, G., Bergqvist, D. Randomized clinical trial of routine preoperative duplex imaging before varicose vein surgery. *Br J Surg* 2005; 92: 688-94.
- Haenen, J.H., van Langen, H., Janssen, M.C.H., Wollersheim, H., van 't Hof, M.A., van Asten, W.N.J.C., Skotnicki, S.H., Thien, T. Venous duplex scanning of the leg; range, variability and reproducibility. *Clin Sci* 96: 271-277, 1999

- Magnusson, M., Kalebo, P., Lukes, P., Sivertsson, R., Risberg, B. Colour Doppler ultrasound in diagnosing venous insufficiency. A comparison to descending phlebography. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1995; 9: 437-43.
- Meyer, T., Cavallaro, A., Lang, W. Duplex ultrasonography in the diagnosis of incompetent Cockett veins. *Eur J Ultrasound* 2000; 11 : 175-80.

2.2 Klantpreferentievragen over het aanbod van de zorg

De volgende vragen gaan in op de structuur van het aanbod van de zorg rond Varices. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn tot stand gekomen met behulp van inbreng van patiënten. Bij elke vraag worden definities beschreven en wordt de technische haalbaarheid toegelicht.

Vraag 1	Beschikt uw ziekenhuislocatie over een "polikliniek voor varices" of een speciaal "varices spreekuur"? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<i>Definities</i>	Hiermee wordt bedoeld dat een gespecialiseerd team van verschillende deskundigen (zoals dermatologen, chirurgen en vaatlaboranten) samenwerkt in de diagnose en behandeling van varices.
<i>Technische haalbaarheid</i>	Geen bijzonderheden.

Vraag 2	Biedt uw ziekenhuislocatie de patiënt aan om de afspraken met behandelaars die samenhangen met variceszorg op één dag aaneensluitend voor hem/haar te plannen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<i>Definities</i>	Geen bijzonderheden.
<i>Technische haalbaarheid</i>	Geen bijzonderheden.

3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld 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 varices. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

- Variabele nummer: Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator.
- Naam: Naam/beschrijving van de variabele
- Vast te leggen waarde: De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een behandelas van een DBC zijn, ja/nee of een datum.
- Bron: De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data-element) te vereenvoudigen Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam, op een andere plaats of in een ander systeem wordt vastgelegd.
- Instructie: Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven.
- Nodig voor indicator: Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt.

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

Tabel 2: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
V0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken.	1,2
V1	Diagnose varices (vaatchirurg)	03.11.423.201/ 202/ 203/ 401/ 402/ 403 03.11.424.201/ 202/ 203/ 401/ 402/ 403 03.11.427.201/ 202/ 203/ 401/ 402/ 403 03.21.424.201/ 202/ 203/ 401/ 402/ 403 03.21.427.201/ 202/ 203/ 401/ 402/ 403	DBC-registratie	De patiënten van wie een DBC met de onderstaande codering is afgesloten in het verslagjaar, dienen geselecteerd te worden. Aantal invasieve technieken wordt vooralsnog niet meegenomen (foam/lucht injectie).	1,2
V2	Diagnose varices (dermatoloog)	10.11 24 11/ 10. 21 24 11 poliklinisch 10.11 24 14/ 10. 21 24 14 enkelvoudig poliklinisch 10. 11 24 31/ 10. 21 24 31 verrichting poliklinisch (Duplex, geen verdere verrichting) 10. 11 24 34/ 10. 21 24 34 enkelvoudig poliklinisch met verrichting (eenmalig consult met Duplex) 10. 11 24 41/ 10. 21 24 41 grote verrichting poliklinisch (sclero en/of Muller) 10. 11 24 51/ 10. 21 24 51 complexe verrichting poliklinisch 10. 11 24 81/ 10. 21 24 81 UV-behandeling poliklinisch (endovasculaire techniek) 10. 11 24 82/ 10. 21 24 82 UV	DBC-registratie	De patiënten van wie een DBC met de onderstaande codering is afgesloten in het verslagjaar, dienen geselecteerd te worden.	1,2

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
		behandeling (met dagopname) (idem) 10. 11 24 92/ 10. 21 24 92 spataderen, met dagopname 10. 11 24 93/10. 21 24 93 spataderen, met klinische opname			
V3	Invasieve ingreep	39103 Endoveneuze laserbehandeling (EVLB) 39104 Radiofrequente obliteratie (RFO/VNUS) 33651 excisie van een varix 33652 excisie van twee varices 33653 excisie van drie varices 33654 excisie van vier varices of meer 33656 Exerese van de gehele vena saphena magna met locale excisie van multiple varices, mits niet vallend onder code 033650 33657 Exerese van de gehele vena saphena parva met locale excisie van multiple varices, mits niet vallend onder code 033650. 33664 Subfasciale) perforantectomieen, mits niet vallend onder code 033650, open procedure (zie 033665 voor endoscopisch). 33665 Endoscopische (subfasciale) perforantectomieen, mits niet vallend onder code 033650 (zie 033664 voor open procedure). 033666 Compressie sclerotherapie varices volgens	CTG Verrichtingen registratie	Een aantal invasieve technieken zijn vooralsnog niet op te voeren. Hierbij moet vooral gedacht worden aan nieuwe technieken als foaminspuiting.	1,2

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
		Fegan, eerste jaar (was tot 1 juli 2009 033660)			
V4	Datum invasieve ingreep varices	dd-mm-jjjj	CTG Verrichtingen registratie	Hiervoor wordt de datum van uitvoering van V3 vastgelegd. Indien meerdere ingrepen, dan wordt de datum van de eerste ingreep gebruikt.	1,2
V5	C van de CEAP-classificatie	C0,C1,C2,C3,C4,C5 of C6	(poli)klinische status of EPD*		2
V6	Datum CEAP-classificatie	dd-mm-jjjj	(poli)klinische status of EPD*	Hiervoor wordt de datum van uitvoering V5 gebruikt	1
V7	Duplex-onderzoek	33694 Doppler met eventuele polsvolumerecording (PVR). 39738 Onderz. ven. afwijkingen extremiteiten 39739 Duplexonderz. arterien of venen 39775 Duplex bloedvaten in extremiteiten 39778 Uitbreiding tcd/ duplex met 1 aanvullende test 39773 standaard tc-duplex	Verrichtingen registratie	Een diagnostische duplex kan aan 1 of meerdere benen zijn gedaan. De aanname is dat deze aan beide benen is gedaan. De uitslag van het duplex onderzoek kan dus voor meerdere ingrepen worden gebruikt. Voorafgaand aan de ingreep: Het duplex onderzoek mag maximaal 1 jaar voor de verrichting hebben plaatsgevonden.	2
V8	Datum duplexonderzoek	dd-mm-jjjj	Verrichtingen registratie	Hiervoor wordt de datum van <u>uitvoering</u> van V7 vastgelegd.	2

* De werkgroep adviseert ziekenhuizen om een dataregistratie op te zetten, zodat de gegevens geautomatiseerd zijn af te leiden

Tabel 3: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Te berekenen gegevens	Variabele	Formule	Formule	Validatie-Regels	Nodig Voor Indicator	Toelichting
CEAP classificatie voor de ingreep	V9	Datum van ingreep - Datum CEAP-classificatie	V4-V6	>0	1	CEAP classificatie moet voor ingreep hebben plaatsgevonden. NB: C moet binnen looptijd DBC bepaald zijn.
Duplexonderzoek voor ingreep	V10	Datum van ingreep - Datum duplexonderzoek	V4-V8	>0	2	Onderzoek moet voor de ingreep hebben plaatsgevonden.

4. Instructies bij het bepalen van de indicatoren

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

4.1 Algemene instructies

Meerdere locaties/ vestigingen

Als uw ziekenhuis verschillende locaties/vestigingen heeft waar patiënten voor hun varices worden behandeld, is het van belang dat u waar mogelijk van alle locaties/vestigingen apart gegevens registreert. In de webenquête geeft u aan hoe u bent omgegaan met het al dan niet aanleveren per locatie.

Koppeling van registratiesystemen

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

4.2 Populatiebepaling

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

- Selecteer alle onderstaande DBC's die in het verslagjaar zijn gesloten.

Vaatchirurgie:

Varices van onderste extremiteiten	Chron. veneuze insuff. / post trombotisch syndr	Ulcus cruris
03.11.423.201	03.11.424.201	03.11.427.201
03.11.423.202	03.11.424.202	03.11.427.202
03.11.423.203	03.11.424.203	03.11.427.203
03.11.423.401	03.11.424.401	03.11.427.401
03.11.423.402	03.11.424.402	03.11.427.402
03.11.423.403	03.11.424.403	03.11.427.403
	03.21.424.201	03.21.427.201
	03.21.424.202	03.21.427.202
	03.21.424.203	03.21.427.203
	03.21.424.401	03.21.427.401
	03.21.424.402	03.21.427.402
	03.21.424.403	03.21.427.403

Dermatologie:

Initiële DBC's	Vervolg DBC's
10.11 24 11 poliklinisch	10.21 24 11 poliklinisch
10.11 24 14 enkelvoudig poliklinisch (eenmalig consult)	10.21 24 14 enkelvoudig poliklinisch
10.11 24 31 verrichting poliklinisch (Duplex, geen verdere verrichting)	10.21 24 31 verrichting poliklinisch (Duplex, geen verdere verrichting)
10.11 24 34 enkelvoudig poliklinisch met verrichting (eenmalig consult met Duplex)	10.21 24 34 enkelvoudig poliklinisch met verrichting (eenmalig consult met Duplex)
10.11 24 41 grote verrichting poliklinisch (sclero	10.21 24 41 grote verrichting poliklinisch

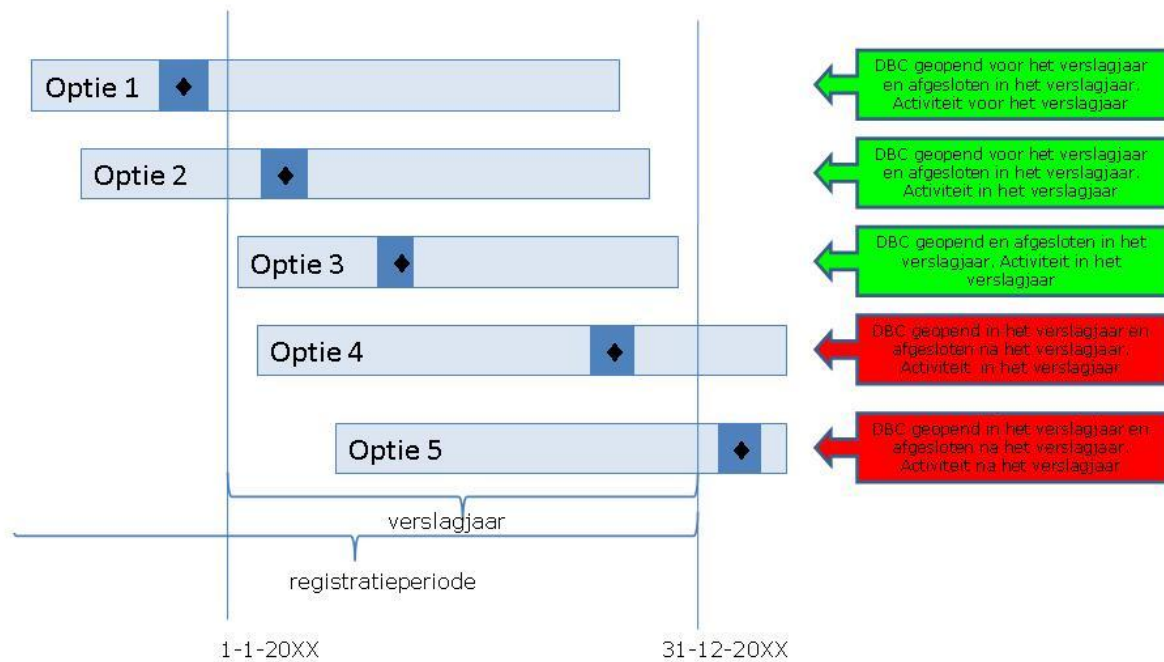
en/of Muller)	(sclero en/of Muller)
10.11 24 51 complexe verrichting poliklinisch	10.21 24 51 complexe verrichting poliklinisch
10.11 24 81 UV-behandeling poliklinisch (endovasculaire techniek)	10.21 24 81 UV-behandeling poliklinisch (endovasculaire techniek)
10.11 24 82 UV behandeling (met dagopname) (idem)	10.21 24 82 UV behandeling (met dagopname) (idem)
10.11 24 92 spataderen, met dagopname	10.21 24 92 spataderen, met dagopname
10.11 24 93 spataderen, met klinische opname	10.21 24 93 spataderen, met klinische opname

- DBC's kunnen zijn geopend voordat het verslagjaar is begonnen.
- Binnen één van de hierboven genoemde gesloten DBC's moet een van de onderstaande verrichtingen zijn uitgevoerd:
 - 39103 Endoveneuze laserbehandeling (EVLB)
 - 39104 Radiofrequente obliteratie (RFO/VNUS)
 - 33651 excisie van een varix
 - 33652 excisie van twee varices
 - 33653 excisie van drie varices
 - 33654 excisie van vier varices of meer
 - 33656 Exerese van de gehele vena saphena magna met locale excisie van multiple varices, mits niet vallend onder code 033650
 - 33657 Exerese van de gehele vena saphena parva met locale excisie van multiple varices, mits niet vallend onder code 033650.
 - 33664 Subfasciale) perforantectomieën, mits niet vallend onder code 033650, open procedure (zie 033665 voor endoscopisch).
 - 33665 Endoscopische (subfasciale) perforantectomieën, mits niet vallend onder code 033650 (zie 033664 voor open procedure).
 - 033666 Compressie sclerotherapie varices volgens Fegan, eerste jaar (was tot 1 juli 2009 033660)
- Parallele DBC's worden meegenomen. Wel wordt gekeken naar alle verrichtingen die aangevraagd en/of uitgevoerd zijn door de Chirurg of Dermatoloog aangezien verrichtingen aan de andere DBC gekoppeld kunnen zijn.

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

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

Alleen de opties 1, 2 en of 3 worden meegenomen in de populatiebepaling



Figuur 1. Populatiebepaling varices

In- en exclusiecriteria

De werkgroep acht het niet noodzakelijk om naast de populatiebepaling aanvullende in- en exclusiecriteria op te stellen.

4.3 Bepaling van de indicatoren

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

Op de volgende pagina's wordt per indicator aangegeven hoe de indicator uitkomst bepaald moet worden.

Indicator 1	Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de invasieve therapieën die verzameld worden voor de noemer. Selecteer vervolgens het aantal invasieve therapieën waarbij pre-operatief de C van de CEAP-classificatie is geregistreerd.	Aantal verrichtingen noemer waarbij V9 = ja
Noemer	Aantal invasieve therapieën bij patiënten met varices (zie populatiebepaling).	Aantal DBC's V1 en/of V2 en een

Indicator 2	Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie.	Formule
Teller	Tel van de in de noemer geselecteerde invasieve therapieën het aantal invasieve therapieën dat vooraf werd gegaan door een duplexonderzoek.	Aantal verrichtingen noemer waarbij V10=ja
Noemer	Aantal invasieve therapieën bij patiënten met varices (zie populatiebepaling).	Aantal DBC's verzameld onder V1 en/of V2 en een verrichting uit V3

5. Betrouwbaarheid van het registratieproces en de verificatievragen

Net als in 2009 worden ook in 2010 verificatievragen gesteld voor een groot aantal proces- en uitkomstindicatoren. In dit hoofdstuk leest u wat u van deze vragen kunt verwachten.

Verificatievragen behorende bij de uitvraag in 2010 over verslagjaar 2009

Per teller en per noemer apart:

1) Heeft u de volgende criteria kunnen toepassen zoals voorgeschreven?

(i) Verslagjaar

(ii) Codering(en) voor het vaststellen van de (deel)populatie (zoals DBC/CTG coderingen)

(iii) Bepaling van de waarde van de (deel)indicator (zoals teller, noemer, aantal; zie § 4.3 gids)

(i) Ja/Nee

(ii) Ja/Nee

(iii) Ja/Nee

2) Welke methode heeft u gehanteerd om tot de gegevens te komen?

Volledige telling

Overig (bv. steekproef of score op basis van protocollair handelen)

3) De aangeleverde gegevens zijn uit de volgende bronnen afkomstig:

DBC- registratie

Verrichtingenregistratie

Electronisch (poli)klinische status

Papieren (poli)klinische status

Anders

Per indicator:

1) Heeft degene die verantwoordelijk is voor de aangeleverde gegevens van deze indicator, deze gegevens ook schriftelijk goedgekeurd? Ja/Nee

2) Worden de aangeleverde gegevens in uw eigen ziekenhuis door de betrokken medisch professionals als informatie voor het kwaliteitsbeleid gebruikt? Ja/ Nee

Achtergrondinformatie vraag 1:

Met schriftelijk goedkeuren van de gegevens gaan we er van uit dat de verantwoordelijke bewerkstelligt dat deze de gegevens daadwerkelijk bekijkt en zich achter de gegevens schaart. Met een getekende goedkeuring zou een ziekenhuis bijvoorbeeld zelf interne controles op processen kunnen uitvoeren.

Waarom eigenlijk verificatievragen?

Een belangrijke doelstelling van Zichtbare Zorg is het beschikbaar stellen van betrouwbare, valide en vergelijkbare gegevens. Op dit moment is er nog veel variatie tussen de ziekenhuizen in het registratie- en aanleverproces. Denk aan het wel of niet digitaal registreren van gegevens, de keuze van bronnen, het koppelen van bestanden, het laten checken van de gegevens door een inhoudsdeskundige en het gebruik van de gegevens voor eigen doeleinden. Dit kan van invloed zijn op de gegevens die een ziekenhuis aanlevert.

Ziekenhuizen zijn hard bezig hun digitale registratiesystemen verder uit te bouwen. Uiteindelijk willen we toe naar een registratie waarbij een min of meer uniforme manier van registreren onderdeel uitmaakt van de reguliere praktijkvoering. Dit proces zal een aantal jaren in beslag gaan nemen. In de tussentijd willen we gebruikers van de gegevens zo goed mogelijk informeren over de beperkingen

die voorlopig aan het gebruik van indicatoren en indicatorwaarden verbonden zijn. Daarom stellen we aanvullende verificatievragen gesteld over het registratieproces van de aangeleverde gegevens.

Wat gebeurt er met de antwoorden?

De antwoorden op verificatievragen worden geanalyseerd en gebruikt voor het bepalen van de signaalvlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces. Tegelijkertijd vormen deze vragen een instrument om de beoogde uniformiteit van registratie (en interpretatie) te bevorderen. Ziekenhuizen krijgen bovendien een terugkoppeling over de manier waarop zij zelf de data voor een indicator hebben geregistreerd en hoe zij zich verhouden tot alle ziekenhuizen.

Bijlage 1: Afkortingenlijst

AIRE	Appraisal of Indicators, Research and Evaluation
CBO	Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
EPD	Elektronisch patiëntendossier
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
OMS	Orde van Medisch Specialisten
NFU	De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NPCF	De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIS	Ziekenhuis informatie systeem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren

Nr	Indicator	Type	Kwaliteitsdomein	Bron	Reden van afwijzing of verwerkt
	Indicatiestelling en diagnostiek				
1	Indicatie behandeling	proces	effectiviteit	werkgroep	Indicatiestelling is deels subjectief. Daarmee is deze indicator onuitvoerbaar.
2	Beschikt uw ziekenhuis(locatie) over een goed geoutilleerd vaatdiagnostisch laboratorium	structuur	effectiviteit	werkgroep	Dit is geen discriminerende factor. Nagenoeg alle ziekenhuizen waar behandeling voor varices plaats vindt beschikken hierover.
3	Percentage patiënten bij wie voorafgaand aan een invasieve therapie de CEAP-classificatie is toegepast	proces	effectiviteit	richtlijn / ZN	De CEAP-classificatie is een algemeen aanvaarde indeling voor varices waarmee men op een inzichtelijke manier de aard en omvang van varices in kaart kan brengen en in de tijd kan vervolgen. In de richtlijn wordt door de werkgroep aanbevolen de C van de CEAP-classificatie in de status te vermelden. Het klinisch beeld en de bevindingen bij Duplex-onderzoek bepalen samen de keuze van behandeling. De indicator zegt verder niet al te veel over de kwaliteit van zorg.
4	Percentage patiënten bij wie voorafgaand aan een invasieve therapie een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem wordt uitgevoerd.	proces	effectiviteit/ veiligheid	richtlijn / ZN / BQS	Dit lijkt een zinvolle indicator. Bij een aantal patiënten wordt na duplex een andere behandeling gekozen . In de richtlijn staat: <i>Indien men besluit tot invasieve therapie bij C2-C3 varices wordt voorafgaand aan de behandeling een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem uitgevoerd.</i> Dit vereist wel dat in elk ziekenhuis duplex-apparatuur aanwezig is, hetgeen zo lijkt te zijn.
5	Duplexonderzoek preoperatief voor localisatie van te behandelen plekken	proces	effectiviteit	ZN	Uniforme afspraken over de indicatiestelling van het duplexonderzoek is een van de belangrijke onderwerpen in de richtlijn Varices. Het percentage patiënten voorafgaand aan een behandeling van C2 en C3 varices een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe veneuze systeem wordt uitgevoerd geeft indirect een goede indicatie van de kwaliteit van de zorgverlening. Het is de beste test om de mate van reflux- en klepinsufficiëntie in het veneuze systeem aan te tonen. Dat geldt zowel voor primaire als voor recidief varices. Ook kunnen hiermee anatomische afwijkingen voorafgaande

Nr	Indicator	Type	Kwaliteitsdomein	Bron	Reden van afwijzing of verwerkt
					aan een chirurgisch ingreep in kaart worden gebracht, zoals het niveau van inmonding van de VSP in de v. poplitea. Duplex-onderzoek is dan ook niet alleen van belang voor de juiste indicatiestelling, maar ook een hulpmiddel voor de behandelaar tijdens de invasieve ingreep.
6	Preoperatieve diagnostiek met aanvullend beeldonderzoek	proces	effectiviteit	BQS	Is volgens de Duiste Flebologen Vereniging aangetoond effectiever. Deze indicator lijkt overbodig als duplex standaard wordt uitgevoerd en de uitslag daarvan tijdens de operatie op de OK beschikbaar is
	Behandeling				
7	Gebruik trombose profylaxe tijdens de operatieve ingreep bij risicopatiënten of risicosituaties	proces	veiligheid	IGZ	Tromboseprofylaxe niet geïndiceerd in dagbehandeling of bij patiënten die snel mobiel zijn. Mede daardoor moeilijk te operationaliseren in een indicator. Hier wordt in de richtlijn ook niets over gezegd.
8	Heeft de patiënt de mogelijkheid om de anesthesie zelf te kiezen	structuur	patiëntgerichtheid	werkgroep	Wel nuttig, maar moeilijk of niet te operationaliseren in een indicator.
9	Percentage patiënten in dagbehandeling	proces	effectiviteit; kosten; patiëntgerichtheid	ZN	Lijkt een potentieel nuttige indicator. Om een ingreep in dagbehandeling te laten plaatsvinden dient geregeld te zijn: preoperatieve beoordeling door anesthesioloog, thuis adequate opvang en vervoer naar huis. Zegt iets over de organisatiegraag van ziekenhuis en afdeling.
10	Percentage patiënten bij wie geen invasieve behandeling van varices mogelijk is, dat compressietherapie ontvangt	proces	effectiviteit	richtlijn	In de richtlijn staat: <i>De werkgroep is van mening dat, indien invasieve behandeling van varices niet mogelijk of wenselijk is, behandeling met behulp van een Therapeutisch Elastische Kous (klasse II, lengte AD) zinvol zou kunnen zijn;</i> de richtlijn is te vrijblijvend; bovendien moeilijk te operationaliseren in een indicator.
11	VSM stripping femur (Oberschenkel) in stadium 1 en 2 van Hach	proces	effectiviteit	BQS	Voegt niks toe aan de tekst in de richtlijn over de korte strip. Onduidelijk waarom dit erin staat.
12	VSM stripping tot aan proximale onderbeen (Underschenkel)	proces	effectiviteit	BQS	Dit is in principe de korte strip tot net onder de knie. Is in de richtlijn uitvoerig aan de orde gekomen. Onduidelijk waarom dit er in staat.
13	(Deels) VSM stripping van	proces	effectiviteit	BQS	Behandeling die niet veel wordt uitgevoerd. Indicator heeft

Nr	Indicator	Type	Kwaliteitsdomein	Bron	Reden van afwijzing of verwerkt
	distale onderbeen bij incomplete 'Stammvarikose' van distale onderbeen				dus geen zin.
14	Stripping of 'Mündungsligatur' van VSP bij proximale onderbeen	proces	effectiviteit	BQS	Ook de stripping van de VSP wordt in Nederland niet genoeg en op te weinig plaatsen uitgevoerd om er een indicator aan te wijden.
15	Bij tenminste 80% van de patiënten die wordt behandeld voor een saphene stam als oorzaak voor zijn C ₂ -C ₃ varices wordt de betrokken stam geoblitereerd	uitkomst	effectiviteit	werkgroep / richtlijn	In de richtlijn staat: <i>Bij een insufficiënte VSM is het strippen van de stam met een crossectomie de goud standaard. Mogelijk goede minimaal invasieve alternatieven zijn endoveneuze behandelingen zoals foamscleroseren, VNUS™ of laser therapie.</i> In de richtlijn wordt geen verdere specificatie gegeven; is dan ook moeilijk te operationaliseren in een indicator.
16	De behandeling van patiënten met C ₂ -C ₃ varices geschiedt bij 90% van hen door een behandelaar met ruime ervaring	structuur	effectiviteit / veiligheid	werkgroep	In de richtlijn staat: <i>Ter overweging dat de werkgroep van mening is dat de (operatieve) behandeling van VSP stamvarices dient te geschieden door een op het gebied van veneuze insufficiëntie ervaren behandelaar;</i> hier wordt geen onderbouwing aan gegeven. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de behandeling van deze patiënten niet meer geschiedt door de jongste assistent als solist, of door een weinig ervaren behandelaar. Is niet of nauwelijks te operationaliseren. Hoe definieer je ruime ervaring?
	Patiëntenvoorlichting				
17	Aanwezigheid patiëntenfolder	structuur	patiëntgerichtheid	vragenlijst consumentenbond	Lijkt een potentieel nuttige indicator; goed te operationaliseren, maar eigenlijk zou je de aard van de voorlichting willen beoordelen. Aanwezigheid van folder betekent niet dat deze wordt meegegeven/meegenomen of gelezen.
	Complicaties				
18	Percentage nabloeding, abusievelijk onderbinden van arterie, zenuwletsel, DVT	uitkomst	veiligheid / effectiviteit	werkgroep	Goed te operationaliseren in een indicator, maar het komt waarschijnlijk te weinig voor en/of is vaak niet ernstig genoeg om dit bij iedereen te gaan bijhouden (incidentie?). Ook moeten er dan eerst goed afspraken worden gemaakt over wat men onder hematoom, zenuwletsel e.d. verstaat. Gezien ook de brede interesse voor patiëntveiligheid op dit

Nr	Indicator	Type	Kwaliteitsdomein	Bron	Reden van afwijzing of verwerkt
					moment in de gehele westerse wereld is dit echter wel een indicator die men zou kunnen overwegen als de complicatieregistratie beter is ingebed in het ziekenhuisgebeuren.
19	Percentage ongeplande heroperaties van het totaal aantal operaties per jaar	uitkomst	effectiviteit / veiligheid	IGZ	Het registreren van heroperaties geeft op zich veel inzicht in de kwaliteit van zorg maar stuit in de praktijk op allerlei bezwaren: 1) veel mensen met een recidief komen niet terug; 2) mensen die terug komen, gaan vaak niet terug naar hun operateur (o.a. om onvoldoende kwaliteit ; 3) als een heroperatie als zodanig is geregistreerd, zou de verzekeraar de meest aangewezen instantie zijn om de gegevens te verschaffen; ervan uitgaande dat patiënten niet switchen van verzekeraar; 4) deze indicator heeft alleen zin als men het eens is over de definitie van een recidief en het tijdsbestek waarin het recidief valt. Is moeilijk te operationaliseren. Ook weinig discriminerend in verband met lage frequentie? Verzekeraars, zo wordt gesteld, kunnen recidieven zien in hun DBC-administratie. Dat is niet juist, verzekeraars kunnen alleen zien hoe vaak dezelfde DBC wordt gedeclareerd maar dat ook betekenen het andere been, een VSP die later insufficiënt wordt of een dubbel aangelegde VSM die bij een eerdere operatie niet werd gevonden of herkend.
20	Beschikbaarheid van complicatie registratie	structuur	veiligheid / effectiviteit	IGZ	Te algemeen; wel nuttig. Zie no. 18.
21	Postoperatieve wondinfecties	uitkomst	veiligheid / effectiviteit	BQS	Te algemeen; wel nuttig. Zie no. 18.

Bijlage 3: Verwerken commentaar consultatieronde

Commentaar*	Vereniging/ Organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
*indien mogelijk/nodig samengevat			
<p>1 De bedoeling van de set indicatoren is om de kwaliteit van de chirurgische en niet-chirurgische behandeling van varicosis transparant, meetbaar en vergelijkbaar te maken. Er bestaan nog steeds behandelaars in Nederland die indiscriminair varices behandelen met uitsluitend sclerotherapie. Iedereen weet dat staminsufficiëntie aanwezig kan zijn zonder dat dit klinisch heel duidelijk is. Met uitzondering van intracutane capillaire verwijdingen is naar mijn mening altijd een diagnostische duplex noodzakelijk om met zekerheid reflux in de VSM/VSP/perforatoren te kunnen aantonen of uitsluiten. Juist ter meting van de kwaliteit van niet-chirurgische behandelingen is dit noodzakelijk. Ook in de richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen 'alleen zijtak varices' en 'stam varicosis'. Omdat varicosis in de afwezigheid van staminsufficiëntie eigenlijk de enige indicatie zou moeten zijn voor primaire behandeling met sclerotherapie dient ook in dat geval met zekerheid te worden uitgesloten of een VSM/VSP insufficiëntie bestaat. B. Ik begrijp eigenlijk niet waarom de commissie besloten heeft [onderaan pg 8]het onderwerp te beperken tot C2-C3 varices omdat er toch veel literatuur is bij patiënten met huidverschijnselen [C4-C6] waarbij duidelijk uit naar voren komt dat stam insufficiëntie en vooral grote insufficiënte perforatoren de oorzaak zijn. Ook bij deze patiënten is operatie of SEPS aangewezen.</p>	<p>ZN dr. H. Bruins Slot, chirurg n.p. medisch adviseur Delta Lloyd / Ohra</p>	<p>Ter kennisgeving aangenomen / Deels verwerkt</p>	<p>De werkgroep heeft zich in de richtlijn en de indicatoren beperkt tot varices (dus C2-C3) en niet CVI (C4-6), maar weten dat ook staminsuff. sec de oorzaak van die majeure pathologie kan zijn. De beperking is opgelegd omdat de richtlijn CVI al is gemaakt - merendeels door anderen.</p>
<p>2 De conceptrichtlijn heeft terecht een duplexonderzoek centraal gesteld bij de diagnostiek van varicosis maar dat geldt m.i. dus ook voor alle vormen van varicosis uitgezonderd de intracutane microvasculatuur afwijkingen hoe men die ook moge benoemen. Daarnaast dient voor het lokaliseren van de VSP inmonding, grote perforatoren, dubbel aangelegde VSM, etc vlak voor de operatie [en dus niet ten tijde van de operatie] door de operateur een</p>	<p>ZN</p>	<p>Ter kennisgeving aangenomen</p>	<p>Deze opmerking bevestigt de zin en noodzaak van een preop. Duplex, alsmede de implicaties voor het tijdsbeslag. Eigenlijk moet eerst bekend zijn hoeveel het tijdsbeslag van een Duplex op dit moment in de DBC is. Eerlijkheid gebiedt dat dient te worden opgemerkt dat de kwaliteit van het duplexonderzoek sterk onderzoekerafhankelijk is.</p>

Commentaar*

*indien mogelijk/nodig samengevat

Vereniging/ Organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
----------------------------	-------------------------------	-------------

lokalisierend onderzoek plaats te vinden. [Ik weet niet of hier evidence voor bestaat] Waarom de operateur zelf en niet een vaatlaborant? Naar mijn mening kan een chirurg die de plaats van zijn incisie baseert op de door een laborant aangetekende plaats [VSP inmondning, perforatoren] hierop niet zich verantwoorden als blijkt dat het niet klopt. De opmerking dat dit extra tijdsbeslag gehonoreerd dient te worden spreekt voor zichzelf: het zal de verzekeraars duidelijk zijn of duidelijk gemaakt kunnen/moeten worden dat het hiervoor te besteden honorarium dubbel en dwars terug komt in betere kwaliteit van de behandeling met minder recidieven etc. [waarschijnlijk geen evidence? Betere kwaliteit kost geen geld maar levert geld op. Wel veel evidence voor] Als over enige tijd zou blijken dat de endovasculaire behandeling de huidige behandeling kan evenaren dan dan kan dit het pre-operatieve lokaliserende duplex eventueel vervangen omdat de endovasculaire behandeling onder duplex'zicht' plaats vindt.

3 De opmerking op pg 8 ' duplex, flebografie op achtergrond' lijkt mij te zwak geformuleerd. Ik zou prefereren 'obsoleet'. De enige indicatie is als duplex ons in de steek laat of bij bekkenvarices.

ZN

Niet
verwerkt

Voor gewone varices is een flebografie inderdaad obsoleet. Enkele uitzonderingen kwamen in de richtlijn aan de orde, zoals bekkenvarices. Vandaar het voorbehoud.

4 De gekozen formulering op pg 8 is mogelijk voor velen multi-interpretabel en niet duidelijk. Er zou duidelijk gemaakt moeten worden dat er in 100% van de varices [C2-C6] een duplex onderzoek moet plaats vinden en dat bij te opereren patiënten juist voorafgaande aan de ingreep een lokaliserende duplex door de operateur een standaard procedure moet zijn.

ZN

Niet
verwerkt

Duplexonderzoek is doorgedrongen in alle ziekenhuizen. Op individuele poliklinieken en flebologische centra buiten de ziekenhuizen wordt relatief nog teveel gebruik gemaakt van dopplersonderzoek. 100% Duplex is echter niet de norm. De indicator is het percentage patiënten dat een Duplex onderging. Iedereen kan straks op Internet zien hoe goed een behandelaar dat regelt. Overigens is niet veel bekend over het juiste tijdstip voor behandeling. Is direct voor OK hetzelfde als: wanneer de inkt nog zichtbaar is?

5 Pg 13, duplexlokalisatie nog niet overal standaard. Juist om die reden is het opnemen van de lokaliserende duplex zo belangrijk ter verkrijging van draagvlak. Uit ervaring weet ik dat het lokaliseren van te opereren patiënten slecht past in de logistiek van de dagelijkse indeling van een chirurg, ik kan me voorstellen dat dit

ZN

Deels
verwerkt

De leden van de werkgroep zijn het er allen over eens dat duplexonderzoek eigenlijk onontbeerlijk is om te komen tot een goed behandelplan voor patiënten met varices. Er bestaat zelfs onderzoek dat bij patiënten met bezemrijsvarices er een verhoogde kans is op een insufficiëntie van de crosse.

Commentaar*	Vereniging/ Organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
*indien mogelijk/nodig samengevat			
de reden is dat lang niet elke chirurg die varices opereert met duplex lokaliseert. Maar dat mag geen reden zijn om het niet tot good practice te verheffen. Want daarom gaat nu juist.			Aangezien tekenen van chronische veneuze insufficiëntie altijd achter lopen bij de hemodynamiek is het klinisch beeld onvoldoende om tot een therapieplan te komen.
6 Dagbehandeling zegt weinig over de kwaliteit van de zorg zoals er terecht staat. Het is mogelijk een procesindicator die iets zegt over de logistieke mogelijkheden van een ziekenhuis. Dat het impliciet een indicator is voor preoperatieve beoordeling anesthesist, opvang thuis en vervoer waag ik te betwijfelen. Het zou dan beter zijn om deze drie items tot indicator te verheffen. Iemand stelt dat het de kosten drukt. Dat zal wel waar zijn maar als behandelaar ben je toch in de eerste plaats geïnteresseerd in de vraag of de zorg goed is. En in dit verband is goed wederom erop te wijzen dat betere zorg goedkoper uitkomt dan minder goede zorg. Je zou kunnen denken aan de CAHPS [consumer assessment of health survey] dat momenteel door verzekeraars wordt ontwikkeld . Aan patiënten wordt een vragenlijst toegestuurd met allerlei vragen over de zorg die is verleend. Hierin zouden de vragen over vervoer, opvang en pre-op screening in kunnen staan.	ZN	Verwerkt	De indicator dagbehandeling is om redenen van relevantie gesneuveld.
7 De indicator over de patiëntenfolder vind ik ook niet zo'n sterke indicator omdat het er in feite om gaat of de gang van zaken, een aantal mogelijke complicaties [zenuwletsels bv.] goed pre-op besproken zijn. Dat blijkt niet uit het uitdelen van een folder.	ZN	Verwerkt	Informatieverstrekking is een wettelijke plicht. Hoe maken we meetbaar dat dit ook gebeurt op een juiste manier? De werkgroep vond dit een legitieme vraag, maar het gaat niet om het hebben van voorlichtingsmateriaal, maar om wat er in de praktijk ook wat mee gebeurt. De werkgroep heeft daarom in overleg met de patiëntenvereniging besloten eerst goed voorlichtingsmateriaal te maken. In tweede instantie kan dan worden getoetst of deze informatie wordt uitgereikt en opgevolgd. Zodoende is de indicator komen te vervallen.
8 Percentage patiënten met CEAP classificatie: Dit zou wel degelijk een goede indicator zijn want dan wordt meetbaar welke pts ten onrechte alleen met sclerotherapie wordt behandeld. Ik weet	ZN	Verwerkt	De werkgroep is van mening dat dit een goede indicator is om als beroepsgroep transparant te zijn over de geleverde zorg. In de toekomst zal goed gekeken moeten worden hoe de

Commentaar*	Vereniging/ Organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
*indien mogelijk/nodig samengevat			
<p>natuurlijk ook wel dat op dit moment weinigen de CEAP classificatie daadwerkelijk gebruiken maar het is nu juist de bedoeling dat kwaliteit meetbaar wordt gemaakt. Dat het op dit moment moeilijk te operationaliseren is om dezelfde reden een ineigenlijk argument. Er gaat binnenkort een pilot beginnen in 6 ziekenhuizen om dit operationaliseren en benchmarken te onderzoeken. Zonder een EPD waarin de dokter de echte diagnose vastlegt [dus ook de CEAP classificatie] is de toekomst van kwaliteitsindicatoren kansloos. Als het % CEAP een indicator wordt is dat een stimulans voor de invoering van een EPD.</p>			gegevens naar buiten gebracht worden om misbruik te voorkomen.
<p>9 Duplex onmiddellijk voorafgaande aan de behandeling uitgevoerd door de operateur stelt de operateur in staat de inmonding van de VSP vast te stellen, de grootte van de perforatoren te bepalen als mede het niveau. De aanbeveling in de richtlijn is: indien men besluit tot invasieve therapie bij C2-C3 varices wordt VOORAFGAANDE AAN DE BEHANDELING een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem uitgevoerd. In het concept indicatoren varices staat op pg 11 het woord ' ten tijde van ' en de opmerkingen over de inmondig van de VSP. Ik kan dit allemaal niet anders interpreteren dan ' een lokalisatie duplex onmiddellijk voorafgaande aan de operatie'. Ik weet niet of er evidence bestaat voor mijn stelling, het zal wel niet.</p>	ZN	Deels verwerkt	<p>Er is onvoldoende bewijs voor het doen van het preop Duplex onderzoek door de operateur zelf. Het kan zelfs ongewenst zijn, want vele moderne behandelaars kunnen niet meer zelf de probe vasthouden. Wel moet altijd de chirurg zelf het been met tekeningen zien, event.bijtekenen, en verder moet hij op zijn medewerkers vertrouwen.</p> <p>We moeten indicatiestelling en preoperatieve markering blijven scheiden, al was het maar om efficiënt te kunnen blijven plannen. Dat zal ook na volledige introductie van endovasculaire behandelingen zo zijn.</p>
<p>1 Heroperaties. Verzekeraars zo wordt gesteld kunnen recidieven zien in hun DBC administratie. Dat is niet juist, verzekeraars kunnen alleen zien hoe vaak dezelfde DBC wordt gedeclareerd maar dat ook betekenen het andere been, een VSP die later insufficiënt wordt of een dubbel aangelegde VSM die bij een eerdere operatie niet werd gevonden of herkend.</p>	ZN	Ter kennisgeving aangenomen	
<p>1 Het voorkomen van grote bloedingen en zenuwletsels is toch wel in percentages voor de komma uit te drukken. Ook is het zo dat de NVvH en de visitatiecommissie van de NVvH sterk aandringen op het registreren van complicaties. Gezien ook de brede interesse voor patiëntveiligheid op dit moment in de gehele westerse wereld</p>	ZN	Niet verwerkt	Over de complicatieregistratie is nog steeds veel te doen. Dit ligt meer op het bord van koepels en bestuurders om hier afspraken over te maken. In de toekomst zal goed gekeken moeten worden hoe de gegevens naar buiten gebracht worden

Commentaar*	Vereniging/ Organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
*indien mogelijk/nodig samengevat			
is het m.i. een gemiste kans om niet het registreren van complicaties als indicator te gebruiken. Als dit wordt ingegeven voor de angst dat de resultaten van een complicatieregistratie op straat komen kan dit worden afgedekt door het voeren van een complicatie registratie tot structuur indicator te maken. De resultaten van een registratie kunnen binnen de NVvH en de visitatiecie's worden beoordeeld.			om misbruik te voorkomen.
1 Ik denk dat er een vergissing op blz. 7 is gebeurd. Er staat dat de 2 BeNeLux vereniging voor flebologie is benaderd voor bovengenoemd stuk, maar tijdens onze laatste vergadering binnen de BeNeLux heb ik dit nog even bij alle bestuursleden nagevraagd, en dat blijkt niet zo te zijn. Wel is er binnen de commissie flebologie van de NVDV uit nagedacht over kwaliteitsindicatoren.	A. Somme r (derm. AZM)	Verwerkt	Gecorrigeerd.
1 Mij valt op dat het hele manuscript een best "gesloten" karakter 3 heeft, terwijl juist op dit moment heel veel evidence based onderzoek aan de gang is naar e.g. foambehandeling en ook endoveneuze laser behandeling. Het lijkt me dan ook niet de werkelijkheid weergevend wat er op blz. 21 vermeld staat. Een heel lang stuk over stripping, enkele regels over endolaser, en foam wordt nog niet eens genoemd! Dat vertekent de werkelijkheid, en zeker als deze leeswijzer bedoeld is voor mensen, die er verder niets van af weten!!.	A. Somme r (derm. AZM)	Ter kennisgeving aangenomen	
1 Wij zijn van mening dat voor een goede registratie van de 4 kwaliteitsindicatoren geen elektronisch dossier noodzakelijk is In de titel staat voorafgaand aan een ingreep, maar uit de verdere tekst blijkt het te gaan om een operatieve ingreep. Wij stellen voor het woord operatieve toe te voegen, ook in het stukje: relatie tot kwaliteit	EM de Boer, HM van den Hoogenband, (derm. Vumc)	Alle opmerkingen Verwerkt	

Commentaar*

*indien mogelijk/nodig samengevat

**Vereniging/
Organisatie** **Verwerkt/
niet
verwerkt** **Toelichting**

Wij zijn het ermee eens dat preoperatief duplexonderzoek aan te bevelen is.

De werkgroep vindt dat duplexonderzoek onontbeerlijk is voor behandelplan: Echter in de richtlijn staat dat oriënterende Doppleronderzoek voor C1 en C2 varices wel degelijk voldoende kan zijn en wij zijn het hier ook ten volle mee eens.

Er wordt gesproken over invasief, waarschijnlijk wordt bedoeld operatief. De woorden operatief en invasief worden door elkander gebruikt, maar het is duidelijk, dat hier geen sclerocompressie bedoeld wordt.

Het moet duidelijk worden dat behandeling met therapeutische elastische kousen een belangrijk onderdeel kan zijn van het therapieplan voor varices en niet alleen iets wat toegepast wordt als er niet geopereerd kan worden. Sclerocompressietherapie is ook een optie en valt niet onder invasieve ingreep.

Bijlage 4: Wijzigingen in zorginhoudelijke indicatoren n.a.v. gegevensuitvraag in 2009 over verslagjaar 2008

Onderdeel indicatorgids	Geen aanpassingen doorgevoerd	Aanpassing doorgevoerd	Vervallen	Opmerkingen
Onderwerp indicatorset		X		Alle uitingsvormen van varices worden in deze indicator meegenomen (C0- C6)
Populatiebepaling		X		Voortaan wordt gewerkt met gesloten DBC's. Beschrijving van de populatiebepaling is aangepast. De DBC en CTG coderingen zijn aangepast. Indicatoren worden op verrichtingenniveau uitgevraagd
1. Percentage geregistreerde C's	X			
2. Duplex onderzoek		X		Er is gedefinieerd hoe lang geleden een duplex mag zijn uitgevoerd

Bijlage 5: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke vereniging

De zorginhoudelijke indicatoren uit deze set zijn in 2007 geautoriseerd door de NVDV.