

Zichtbare Zorg in Zicht!

Technische bijlage bij de evaluatierapportage Inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	2
INLEIDING	4
GEGEVENSVERZAMELING OP HOOFDLIJNEN	5
WERKWIJZE VERZAMELEN GEGEVENS VOOR TECHNISCHE RAPPORTAGE	7
TOTAALBEELD AANLEVERING GEGEVENS	11
BLAASCARCINOOM	15
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	15
UITVRAAGBAARHEID	15
INDICATORENOVERZICHT	16
BESCHRIJVINGEN	17
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008	17
CATARACT	19
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	19
UITVRAAGBAARHEID	20
INDICATORENOVERZICHT	21
BESCHRIJVINGEN	21
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008	23
DIABETES	24
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	24
UITVRAAGBAARHEID	26
INDICATORENOVERZICHT	27
BESCHRIJVINGEN	28
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008	29
HEUP- EN KNEIEVERVANGINGEN	30
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	30
UITVRAAGBAARHEID	31
INDICATORENOVERZICHT	33
BESCHRIJVINGEN	35
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008 (HEUP)	36
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008 (KNEIE)	36
INCONTINENTIE BIJ DE VROUW	37
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	37
UITVRAAGBAARHEID	38
INDICATORENOVERZICHT	40
BESCHRIJVINGEN	40
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008	41
LIESBREUK	43
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	43
UITVRAAGBAARHEID	43
INDICATORENOVERZICHT	44
BESCHRIJVINGEN	45
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008	47

LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM	48
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	48
UITVRAAGBAARHEID	48
INDICATORENOVERZICHT	49
BESCHRIJVINGEN	50
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008	51
MAMMACARCINOOM	52
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	52
INDICATORENOVERZICHT	52
BESCHRIJVINGEN	53
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008	54
VARICES	55
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	55
UITVRAAGBAARHEID	55
INDICATORENOVERZICHT	56
BESCHRIJVINGEN	58
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008	59
ZIEKTEN VAN ADENOÏD EN TONSILLEN	60
RESULTATEN STOPLICHT INVENTARISATIE / IMPACT VARIABELE	60
UITVRAAGBAARHEID	61
INDICATORENOVERZICHT	62
BESCHRIJVINGEN	62
VERSCHILLEN ZICHTBARE ZORG INDICATOREN – ZN INDICATOREN – IGZ BASISSET 2008	64
BIJLAGE 1 - OPMERKINGEN UIT DE EVALUATIEVERSLAGEN BIJ WEBSITE	65
STRUCTUUR	65
INHOUD	65
GEBRUIK / ALERTS	66
BEHOUDPUNTEN	66
BIJLAGE 2 - OPMERKINGEN UIT DE EVALUATIEVERSLAGEN BIJ WEBENQUÊTE	67
LOCATIES	67
INDICATOREN	67
CONTACTPERSOON	68
OPMERKINGEN/LOGBOEK	68
AFSLUITEN	68
AFDRUKKEN	68
OVERIGE	69
BEHOUDPUNTEN	69

Inleiding

Deze technische bijlage maakt deel uit van de evaluatierapportage Inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Na uitvoering van de praktijktest zijn de volgende indicatorensets bij 33 ziekenhuizen tijdens de inlooperperiode geïmplementeerd:

- Blaascarcinoom
- Cataract
- Diabetes
- Heup-en knie vervanging
- Incontinentie bij de vrouw
- Liesbreuk
- Lumbosacraal Radiculair Syndroom
- Mammacarcinoom
- Varices
- Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

In deze rapportage wordt voor elke set technische informatie weergegeven. Hierbij wordt beschreven wat de uitvraagbaarheid van de variabelen is, op welke wijze gegevens voor indicatoren verkregen zijn, welke opmerkingen ziekenhuizen hebben geplaatst bij de indicator en welke overeenkomsten en verschillen er zijn met de IGZ Basisset en de ZN Indicatoren. Bovendien wordt een overzicht gegeven van opmerkingen die gemaakt zijn met betrekking tot de website en de webenquête.

Doelgroepen van deze rapportage zijn zowel medewerkers van de ziekenhuizen die in de inlooperperiode van het project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen hebben geparticipeerd als ook degenen die betrokken zijn geweest bij het ontwikkelen van de indicatorensets. Resultaten uit de evaluatie worden gebruikt bij het verbeteren van de indicatorensets en het implementatieproces.

In deze technische bijlage wordt niet ingegaan op uitkomsten van indicatoren. Met ziekenhuizen die deelnamen aan de inlooperperiode is afgesproken dat kwaliteitsinformatie in deze fase van het traject niet openbaar gemaakt wordt.

Gegevensverzameling op hoofdlijnen

Aan de inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen hebben 33 ziekenhuizen meegedaan. Van deze ziekenhuizen hebben er 29 (een deel van) de gegevens aangeleverd.

De ziekenhuizen die geheel geen gegevens hebben opgeleverd hadden hier uiteenlopende redenen voor:

- Wisseling in de Raad van Bestuur;
- Interne verschuivingen waardoor traject niet is doorgezet;
- Ontbreken van datawarehouse;
- Gegevensanalist kan geen voorrang geven aan het project;
- Prioriteit bij andere verplichtingen met betrekking tot indicatoren;
- Discrepanties tussen registratiegidsen en webenquête.

Nadat ziekenhuizen via de webenquête gegevens aanleverden heeft het projectbureau Zichtbare Zorg Ziekenhuizen de gegevens verwerkt en geschoond.

Hierbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De aangeleverde gegevens blijven behouden.
- Voorstellen voor wijzigingen worden onderbouwd door middel van classificatiecodes.
- De eigenaar van de gegevens (de ziekenhuizen) geeft goedkeuring op de geschoonde gegevens. Voor de inlooperperiode heeft dit nog niet plaatsgevonden.

Bij de schoning van gegevens is aan alle gegevens een betrouwbaarheidscategorie toegekend door elk getal een label te geven. Gegevens kunnen een afwijkende kwaliteit hebben doordat er bijvoorbeeld sprake is van een onvolledige patiëntengroep, geen geautomatiseerde registratie of een selectie van de doelgroep. Ook waar sprake was van protocollair werken zijn deze gegevens als van afwijkende kwaliteit geclassificeerd. De volgende stappen worden in het schoningsproces doorlopen:

- 1.a Opstellen Codeboek
Alle locaties van instellingen die gegevens hebben aangeleverd, worden uitgezet tegen de variabelen. Op deze manier wordt duidelijk van welke locatie gegevens zijn ontvangen.
- 1.b Verwijderen van locaties waarvan geen gegevens zijn ontvangen
2. Locaties coderen als deelnemer of niet-deelnemer Zichtbare Zorg Ziekenhuizen
3. Toelichtingsteksten omzetten van Excel naar Word
4. Ontvangen gegevens labelen:
 - a. Betrouwbaar
 - b. Afwijkende kwaliteit → Geen geautomatiseerde registratie

- c. Afwijkende kwaliteit → Selectie van doelgroep geeft onbetrouwbaar beeld
 - d. Afwijkende kwaliteit → Ziekenhuis gebruikt andere meeteenheid
 - e. Afwijkende kwaliteit → Onvolledige patiëntengroep/doorverwijzing
 - f. Afwijkende kwaliteit → Protocollair werken/standaard procedure/afdelingsafspraken
 - g. Afwijkende kwaliteit → Reden onbekend
 - h. Afwijkende kwaliteit → Geen faciliteiten/mogelijkheden binnen ziekenhuis voor registratie.
 - i. Twijfel → Geen afwijkende kwaliteit, maar onwaarschijnlijk in relatie tot andere cijfers
 - j. Afwijkende kwaliteit → Extrapolatie
 - k. Afwijkende kwaliteit → Gegevens gebaseerd op fictieve gegevens
5. Gegevenscleaning
Alle variabelen die niet van toepassing zijn voor een locatie: code 8888
6. Gegevenscleaning
Variabelen die wel toepassing zijn maar onbekend:
0 → 9999
999999 → 9999
'LEEG' → 9999
7. Toelichtingen vergelijken met ontvangen en inmiddels gelabelde gegevens
8. Definitieve gegevens
Opnemen in tabel en op basis hiervan staaf- en taartdiagrammen per indicator

Er heeft geen schoningsactie plaatsgevonden ten aanzien van het logboek en de opmerkingvelden in de webenquête. De opmerkingen die de deelnemende ziekenhuizen hier hebben gemaakt zijn overgenomen in deze rapportage. In sommige gevallen zijn deze enigszins tekstueel aangepast ten behoeve van de leesbaarheid. De opmerkingen geven de vragen en interpretaties van de ziekenhuizen weer en zijn niet inhoudelijk gecontroleerd of gewaardeerd.

Werkwijze verzamelen gegevens voor technische rapportage

Om inzicht te krijgen in technische informatie per indicatorenset is gebruik gemaakt van:

1. Kwantitatieve feedback uit de inlooperperiode
2. Kwalitatieve feedback uit de inlooperperiode
3. Analyse overeenkomsten IGZ-ZN

Per onderdeel wordt de gehanteerde werkwijze beschreven en komen enkele bijzonderheden aan bod. In deze technische bijlage worden de tien indicatorensets beschreven volgens een vaste opzet.

1. Per set wordt de uitvraagbaarheid van variabelen kwantitatief weergegeven, zonder op de inhoudelijke waarde van opgeleverde indicatoren in te gaan.

a) Als bron is de opgeleverde spreadsheet met de uitvraagbaarheid per variabele weergegeven. Tijdens de inlooperperiode is dit het zogenaamde 'stoplicht' overzicht genoemd. Met dit overzicht is de uitvraagbaarheid van de verschillende variabelen per ziekenhuis in kaart gebracht. De uitvraagbaarheid is gelabeld naar de kleurcodering van een stoplicht. Hieraan is de volgende betekenis gegeven:

Groen = De gegevens zijn digitaal eenvoudig beschikbaar te maken.

Oranje = De gegevens zijn (vooralsnog) niet digitaal beschikbaar. Het beschikbaar maken van deze gegevens is óf niet eenvoudig óf een koppeling met andere bronnen is noodzakelijk.

Rood = De gegevens worden niet geregistreerd of worden geregistreerd in het papieren dossier en zijn daardoor niet te ontsluiten.

De categorie 'weet niet/onbekend' is toegevoegd voor de niet geclassificeerde variabelen. Deelnemende ziekenhuizen hebben de 'stoplicht' meting twee keer uitgevoerd: een 0-meting ten behoeve van de eerste intervisiebijeenkomst op 17 april 2008 (n = 19), en een 1-meting bij de oplevering van de gegevens in de webenquête vóór 1 juli 2008 (n = 27). Ook tijdens de Praktijktest zijn de variabelen gewaardeerd met de stoplichtkleuren. Deze waardering is ten behoeve van de vergelijkbaarheid meegenomen in deze rapportage. Van de resultaten uit het 'stoplicht' overzicht zijn per set een drietal diagrammen gemaakt, zodat vergeleken kan worden:

- Wat de geschatte uitvraagbaarheid was (bron: Praktijktest);
- Wat de geschatte uitvraagbaarheid was van de ziekenhuizen die deelnamen aan de inlooperperiode (bron: 0-meting);
- En wat de uiteindelijke uitvraagbaarheid bleek te zijn (bron: 1-meting).

b) Een aantal variabelen is nodig voor het bepalen van de waarde van meerdere indicatoren die behoren tot één set. Deze variabelen zijn van cruciaal belang bij het opleveren van de indicatoren en hebben een grotere impact op de uitvraagbaarheid van de indicatoren, dan variabelen die voor één indicator worden gebruikt. Om inzicht te krijgen in de impact van de variabelen op de mate van uitvraagbaarheid is een relatie gelegd tussen de variabelen en de verschillende indicatoren per set. 'De ketting is zo sterk als de zwakste schakel'. Als voor het bepalen van de waarde van één indicator meerdere variabelen nodig zijn en één van deze variabelen niet uitvraagbaar blijkt te zijn, kan de waarde van de indicator niet betrouwbaar opgeleverd worden.

c) Vervolgens is per indicatorenset weergegeven wat de daadwerkelijke oplevering is geweest. 29 van de 33 aan de inlooperperiode deelnemende ziekenhuizen hebben daadwerkelijk (een deel van) de gegevens aangeleverd.

Voor structuurindicatoren zijn geen variabelen nodig. Het betreft een vraag naar hoe de organisatie van de zorg is geregeld. Deze indicatoren zijn echter wel opgenomen in het bovengenoemde indicatorenoverzicht.

Opvallend is dat de opgeleverde gegevens ten aanzien van de stoplichtinventarisatie niet geheel consistent zijn met de daadwerkelijk opgeleverde gegevens. Als in de stoplichtinventarisatie is opgegeven dat een variabele niet digitaal uitvraagbaar is, zou dit direct als gevolg moeten hebben dat de bijbehorende indicator niet opgeleverd kan worden. Echter, uit de opgeleverde gegevens in de webenquête blijkt dat ondanks de classificatie oranje/rood (niet digitaal uitvraagbaar) van één of meer benodigde variabelen, de indicator toch wordt opgeleverd. Een verklaring kan zijn dat de ziekenhuizen graag liever 'iets' dan 'niets' opleveren. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de betrouwbaarheid van de gegevens en de mogelijkheden tot gegevens vergelijking. De waarde van de indicator zal op een andere dan de digitale wijze berekend zijn of zijn geschat.

Een aantal ziekenhuizen heeft in de opmerkingsvelden van de webenquête daadwerkelijk opmerkingen gemaakt als 'de antwoorden zijn fictief', 'de antwoorden zijn (nog) niet gevalideerd door de arts', 'de antwoorden zijn geschat'. Dit ondanks de instructie: 'alleen digitaal uit te vragen gegevens opleveren'.

Andere ziekenhuizen geven aan zich strikt aan de instructie te hebben gehouden: alleen de gegevens opleveren die digitaal uitvraagbaar zijn. Dit is door één ziekenhuis ook benoemd als de 'strikt in de leer' aanpak. Vier ziekenhuizen hebben geen gegevens opgeleverd. De overige ziekenhuizen hebben gedeeltelijk opgeleverd.

Waar een groter aantal ziekenhuizen tegenaan liep was de te kiezen insteek van het uitvragen van de gegevens: via de DBC's of via de CTG codes. De weg van de DBC liep bij een aantal ziekenhuizen vast omdat pas op het moment van valideren van de DBC de

bijbehorende verrichtingen gekoppeld worden.

Het valideren, dat van belang is voor de administratieve afhandeling, kan een langere doorlooptijd hebben dan de behandeling van de patiënt. Hierdoor kan de situatie ontstaan dat de bronbestanden niet volledig up-to-date zijn en de op te leveren gegevens daardoor niet compleet zijn. Het expliciet benoemen van de benodigde DBC codes en CTG codes helpt de ziekenhuizen enorm in een efficiënte aanpak van het uitvragen van de gegevens. Een aantal ziekenhuizen heeft gemeld te zijn 'teruggevallen' op de LMR codering om volledigheid van de op te leveren gegevens na te streven.

2. Na een overzicht van kwantitatieve feedback wordt de kwalitatieve feedback per indicatorenset weergegeven. Als bronnen zijn hierbij gebruikt:

- De opmerkingsteksten uit de webenquête;
- De inhoudelijke reacties op de registratiegidsen die verzameld zijn gedurende de inlooperperiode;
- De logboekinformatie van zowel de ziekenhuizen als van de leden van het ondersteuningsteam;
- De door het CBO aangeleverde errata;
- De verslagen van de evaluatiegesprekken met de implementatiemanagers.

Opvallend ten aanzien van de kwalitatieve gegevens is dat de deelnemende ziekenhuizen in verschillende mate opmerkingen hebben geplaatst in het logboek of in het opmerkingenveld in de webenquête. Mede op basis van deze opmerkingen is de schoningsprocedure uitgevoerd. Echter, daar waar in sommige gevallen geen opmerkingen werden geplaatst, waren geen criteria aanwezig op basis waarvan de schoningsprocedure plaats kon vinden.

De intensiteit waarmee de verschillende ziekenhuizen gewerkt hebben om de gegevensverzameling compleet te maken varieerde. Een aantal ziekenhuizen meldde dat er een vergelijking is gemaakt met de gegevens die opgeleverd werden voor bijvoorbeeld de basisset van de IGZ. In sommige gevallen leverde dit verschillen op die zijn nagezocht of verder geanalyseerd.

Ook meldde een aantal deelnemende ziekenhuizen dat de uitkomst van de indicator een 'trigger' was om nader onderzoek te doen naar de eigen situatie. Sommige ziekenhuizen hebben een match gemaakt met andere gegevensbronnen (bijvoorbeeld de papieren status, agenda, specialist) om de uitkomstwaarde te valideren.

Anderen meldden dat ze niet de volledige validatieslag hebben uitgevoerd door bijvoorbeeld een latere start van het project of door andere prioriteiten in het ziekenhuis.

3. Tenslotte wordt op hoofdlijnen een analyse gegeven van de verschillen en de overeenkomsten met de Inkoopgids van Zorgverzekeraars Nederland en de Basisset van de IGZ.

Totaalbeeld aanlevering gegevens

De aanlevering van de gegevens voor de inlooperperiode is in onderstaande tabel in kaart gebracht. Hierin wordt weergegeven hoeveel variabelen de ziekenhuizen hebben verzameld en hoeveel variabelen te berekenen zijn. Bijvoorbeeld het berekenen van de leeftijd op basis van de geboortedatum van de patiënt en de datum van de uitvoer van de verrichting. Tevens is het aantal uitgevraagde structuur- proces- en uitkomstindicatoren weergegeven. Als er bij de indicatoren sprake was van een uitsplitsing naar subvragen, is het totaal aantal vragen tussen haakjes weergegeven.

Om de webenquête volledig in te vullen moesten de ziekenhuizen totaal 31 structuurindicator vragen beantwoorden. Een aantal van deze indicatoren is onderverdeeld in subvragen, waardoor uiteindelijk 41 structuurindicator vragen gesteld zijn. Voor 39 proces- en uitkomstindicatoren zijn de waarde van een teller en noemer uitgevraagd. Om deze tellers en noemers te bepalen waren in totaal 199 variabelen nodig. Een aantal daarvan, ongeveer 20%, zijn de zogenaamde te-berekenen-variabelen. Het daadwerkelijke aantal bronvariabelen is 160.

	Totaal	Blaascarcinoom	Cataract	Diabetes	Heup vervanging	Knie vervanging	Incontinentie bij de vrouw	Liesbreuk	Lumbosacraal Radiculair Syndroom	Mammacarcinoom	Varices	Ziekten van adenoïd en tonsillen
Variabelen	160	8	21	30	13	13	20	9	9	11	9	17
Te berekenen variabelen	38	1	4	11	4	4	0	2	3	¹	2	7
Totaal benodigde variabelen	199	9	25	41	17	17	21	11	12	11	11	24
Structuur-indicatoren ²	31(41)	3(6)	1(4)	1	10(11)	10(11)	0	2	2(4)	1	0	1
Proces-indicatoren	31(34)	2	2(3)	4(6)	4	4	3	2	1	4	2	3
Uitkomst-indicatoren	8(9)	0	0	0	1	1	1	1	1	2(3)	0	1

¹ Door het ontbreken van de registratiegids is er geen inzicht in het aantal te berekenen variabelen voor mammacarcinoom.

² Een structuurindicator beschrijft of er bepaalde voorzieningen zijn getroffen in de organisatie. Het betreft veelal het eenmalig beantwoorden van een ja/nee vraag. Een procesindicator volgt een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Een uitkomst indicator richt zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg.

Totaal te beantwoorde vragen	84	8	7	7	16	16	4	5	6	8	2	5
-------------------------------------	-----------	----------	----------	----------	-----------	-----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Niet alle ziekenhuizen hebben alle gegevens opgeleverd. De ziekenhuizen hebben de gegevens in verschillende variaties aangeleverd, bijvoorbeeld per indicatorenset, volledig of gedeeltelijk. Een aantal ziekenhuizen heeft zich gefocust op een aantal sets en heeft daardoor een aantal andere sets niet opgeleverd. In de onderstaande tabellen wordt dit weergegeven.

	Aantal ziekenhuizen
(deel van de) gegevens ingevuld	29
10 sets opgeleverd	20
9 sets opgeleverd	4
8 sets opgeleverd	1
6 sets opgeleverd	1
4 sets opgeleverd	1
3 sets opgeleverd	2

Ziekenhuizen die minder dan 10 sets opgeleverd hebben, geven hiervoor de volgende redenen:

- Andere prioriteitstelling ten aanzien van de implementatie van een EPD voor het betreffende specialisme;
- Latere start met het project in het ziekenhuis waardoor niet alles opgeleverd kon worden en keuzes gemaakt zijn ten aanzien van de haalbaarheid;
- De aandoening wordt niet behandeld in het ziekenhuis, waardoor de indicatoren niet van toepassing zijn;
- Niet volledige queries kunnen ontwikkelen;
- Geen registratie ontvangen van de specialist;
- Gegevens wel opvraagbaar maar dit kost te veel tijd.

In onderstaande tabel is per set aangegeven hoeveel van de deelnemende ziekenhuizen de sets hebben opgeleverd.

Indicatorenset	Blaascarcinoom	Cataract	Diabetes	Knies / Heup vervanging	Incontinentie bij de vrouw	Liesbreuk	Lumbosacraal Radiculair Syndroom	Mammacarcinoom	Varices	Ziekten van adenoid en tonsillen

(Deels) opgeleverd	26	28	26	26	27	27	25	22	27	26
Niet opgeleverd	3	1	3	3	2	2	4	7	2	3

Opvallend is het grote aantal ziekenhuizen (7) dat geen gegevens heeft opgeleverd voor de indicatorenset mammacarcinoom. Dit is te verklaren door het besluit dat de aanlevering van de indicatoren mammacarcinoom facultatief is. Ziekenhuizen konden zelf bepalen of en welke indicatoren van de set Mammacarcinoom zij zouden opleveren. Hiertoe is besloten omdat er geen registratiegids beschikbaar was en er bij de start van de inlooperperiode nog veel onduidelijk was rondom het genereren van gegevens door de Kankerregistratie, de regionale IKC's en de ziekenhuizen. Inmiddels is hiervoor een procedure afgesproken (zie de evaluatierapportage Inlooperperiode).

Verder liggen de niet-opgeleverde indicatoren redelijk verspreid over de verschillende sets. Opvallend is dat slechts één ziekenhuis de cataract gerelateerde indicatoren niet heeft opgeleverd.

Op hoofdlijnen is een vergelijking met de basisset IGZ, de ZN-inkoopgids en de indicatorensets van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen gemaakt. Onderstaand schema geeft deze vergelijking weer. In de kolommen staan de indicatorensets Zichtbare Zorg Ziekenhuizen benoemd, in de rijen de uitvraag door de IGZ en op basis van de ZN-inkoopgids. Met een kleurencodering (zie legenda) is aangegeven of er door IGZ of op basis van de ZN-inkoopgids over dezelfde aandoening vragen aan de ziekenhuizen zijn gesteld. Een nadere verdieping wordt per set weergegeven.

Indicatorenset	Blaascarcinoom	Cataract	Diabetes	Knie / Heup vervanging	Incontinentie bij de vrouw	Liesbreuk	Lumbosacraal Radiculair Syndroom	Mammacarcinoom	Varices	Ziekten van adenoid en tonsillen
Basisset IGZ 2008	Blue	Green, Red	Blue, Pink	Blue, Red, Pink	Blue	Blue	Blue	Blue, Green	Blue	Blue
Zorgverzekeraars Nederland	Green, Yellow	Green, Yellow, Red	Green, Yellow	Green, Yellow	Green	Green	Green, Red	Green	Green, Red	Green

Legenda:

- De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
- Komt niet voor in de set (ZN-inkoopgids of basisset IGZ)
- In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
- Specifiekere uitvraag van gegevens
- Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

In dit overzicht is de additionele uitvraag niet meegenomen die door partijen zijn gedaan gedurende de inlooperperiode. Ongeveer de helft van de indicatorensets uit de inlooperperiode komt overeen met de uitvraag op basis van de ZN-inkoopgids en de basisset van IGZ. Daarnaast blijken er vooral bij de Cataracten, Diabetes en Heup -en Knie vervangingen verschillen te zijn.

Blaascarcinoom

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

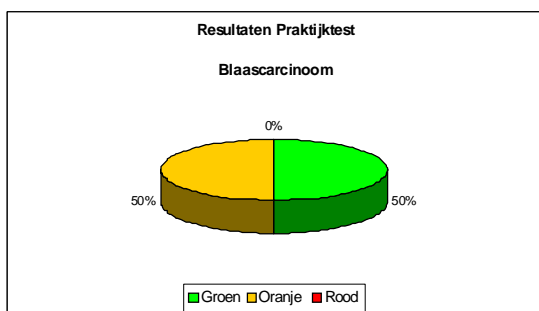
In de gekleurde kolommen is in percentages per variabele weergegeven hoeveel deelnemende ziekenhuizen deze variabele kunnen ontsluiten. In het rechterdeel van de tabel is de relatie tussen de indicatoren en de variabelen gelegd. Met een * is aangegeven of de variabele nodig is om de waarde van de indicator te kunnen bepalen. De lichte grijs tint in de kolom geeft aan dat het een structuur indicator betreft, een ja/nee vraag waarvoor geen variabele nodig is om de waarde van de indicator te bepalen. In de paragraaf 'Indicatoren overzicht' wordt de indicator nader benoemd.

	Omschrijving variabele	Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren				
		G ³	O	R	W	1	2	3	4	5
B0	Patiëntnummer	96	0	0	4		*	*		
B1	Endoscopische ingreep bij blaascarcinoom	85	4	0	11		*			
B2	T-classificatie	0	48	30	22		*			
B3	TUR	81	11	0	7		*			
B4	Datum TUR	85	7	0	7		*			
B5	Intravesicale blaasspoeling	52	19	11	19		*			
B6	Datum Intravesicale blaasspoeling	52	19	11	19		*			
B7	Cystectomie	93	0	0	7			*		

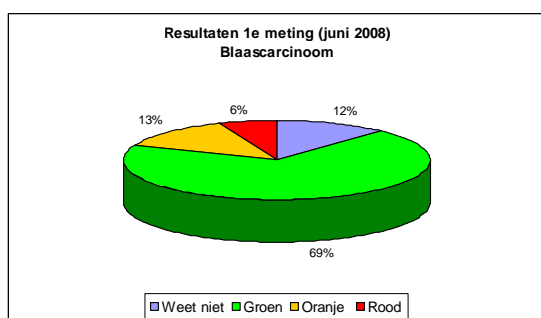
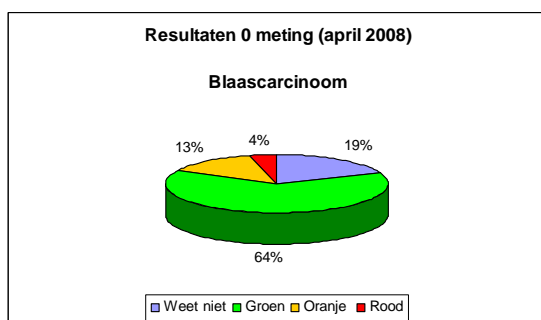
Opvallend is dat geen enkel ziekenhuis de T-classificatie digitaal kan uitvragen, waardoor verwacht kan worden dat de oplevering van de waarde van indicator 2, eenmalige spoeling na 24 uur, niet volledig plaats kan vinden.

Uitvraagbaarheid

In onderstaande diagrammen wordt het verschil tussen de schatting met betrekking tot uitvraagbaarheid van de Praktijk test, de 0-meting en de 1-meting weergegeven voor de set Blaascarcinoom.



³ G: groen, eenvoudig digitaal beschikbaar; O: oranje, vooralsnog niet digitaal beschikbaar; R: rood, niet beschikbaar; W: weet niet / onbekend



Opvallend is dat er meer digitaal opgeleverd kan worden dan dat gedurende de Praktijkttest is ingeschat. Ook blijkt dat in de praktijk een aantal variabelen als 'rood' geclassificeerd is, terwijl dat tijdens de Praktijkttest niet verwacht werd. Ten opzichte van de 0-meting blijkt dat de ziekenhuizen toch nog meer digitaal op kunnen leveren.

Indicatorenoverzicht

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de wijze waarop registratie van de Blaascarcinoom-set heeft plaatsgevonden bij de ziekenhuizen (N = 29).

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocollair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1	Preoperatief multidisciplinair overleg	21	1	0	1	1	5
2	Eenmalige spoeling na 24 uur	5	7	0	1	1	15
3	Aantal cystectomiën	15	3	1	0	0	10
4	Mortaliteitsregistratie	5	3	0	0	0	21
5	Patiënteninformatie	22	0	0	0	0	7

Voor indicator 2 geldt dat slechts 5 ziekenhuizen de waarde geautomatiseerd op kunnen leveren. Als redenen worden meerdere malen genoemd dat:

- T classificatie wel wordt genoteerd, maar in de status
- T classificatie als item niet digitaal te isoleren is

Voor indicator 3 geldt dat 15 ziekenhuizen de waarde geautomatiseerd op kunnen leveren. Als redenen voor het niet opleveren worden genoemd dat:

- Cystectomiën niet in de ziekenhuis locatie wordt uitgevoerd
- Doorverwezen wordt naar andere centra

- Geen betrouwbaar antwoord mogelijk is

Beschrijvingen

In het algemeen geldt dat de beschrijvingen van de indicatoren als helder en eenduidig worden gezien. Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset en registratiegids Blaascarcinoom. De opmerkingen zijn door de individuele ziekenhuizen gemaakt tijdens het evaluatiegesprek of in de opmerkingsteksten bij de aangeleverde gegevens.

Logboek / opmerkingen webenquête en evaluatiegesprek:

- De noemer onder 2 moet gecorrigeerd worden voor het aantal cystectomiën;
- Salvagecystectomie is in ons ziekenhuis al jaren niet meer voorgekomen;
- Indicator 4 is minder geschikt om te dienen als keuze informatie voor patiënten, Mortaliteit is namelijk voor een individuele patiënt moeilijk te beoordelen. Peri operatieve mortaliteit is afhankelijk van vele criteria;
- Deze indicatoren zijn voortreffelijk.

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008

Behalve indicator 1, preoperatief multidisciplinair overleg, komen alle Zichtbare Zorg indicatoren overeen met de ZN indicatoren. In de Zichtbare Zorg indicatoren is indicator 1 een structuurindicator; in de Inkoopindicatoren is het een procesindicator (percentage besproken patiënten). Er zijn geen indicatoren in de Basisset met betrekking tot blaascarcinoom.

Indicatorenset	Blaascarcinoom	Toelichting
Basisset IGZ 2008		
Zorgverzekeraars Nederland		Indicator 1 – Pre operatief MDO - is bij de Zorgverzekeraars structuurindicator

Legenda:

	De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
	Komt niet voor in de set (Zorginkoop of basisset)
	In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
	Specifiekere uitvraag van gegevens
	Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Cataract

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

In de gekleurde kolommen is in percentages per variabele weergegeven hoeveel deelnemende ziekenhuizen deze variabele kunnen ontsluiten. In het rechterdeel van de tabel is de relatie tussen de indicatoren en de variabelen gelegd. Met een * is aangegeven of de variabele nodig is om de waarde van de indicator te kunnen bepalen. De lichte grijs tint in de kolom geeft aan dat het een structuurindicator betreft, een ja/nee vraag waarvoor geen variabele nodig is om de waarde van de indicator te bepalen. In de paragraaf 'Indicatorenoverzicht' wordt de indicator nader benoemd.

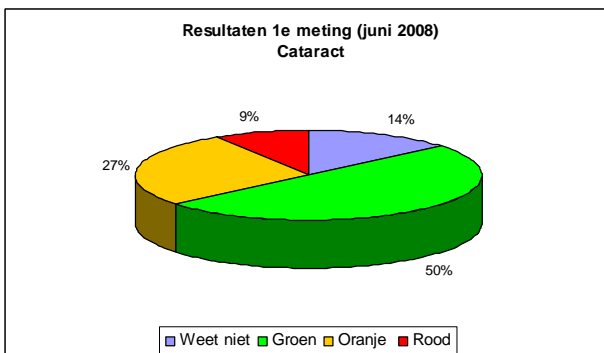
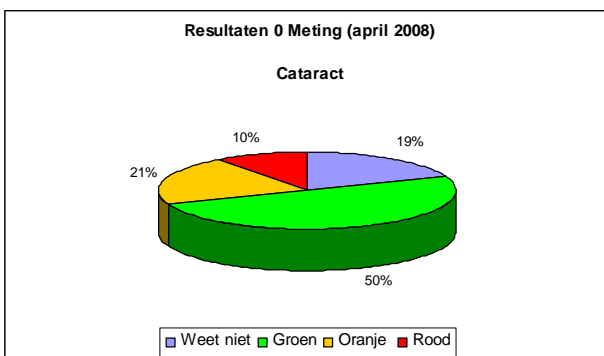
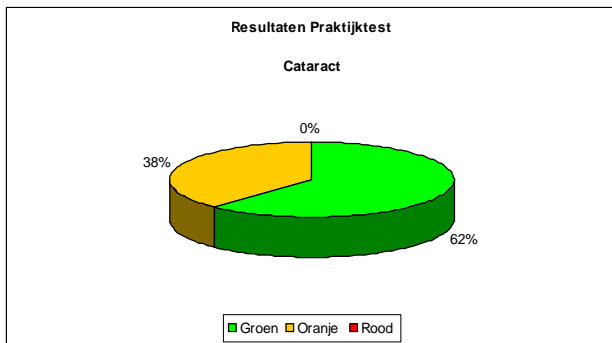
		Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren			
		G ⁴	O	R	W	1	2	3a	3b
C0	Patiëntnummer	96	0	0	4		*	*	*
C1	Geboortedatum	96	0	0	4		*		
C2	Cataract (1e oog)	85	4	0	11		*	*	*
C3	Cataractoperatie (1e oog)	89	4	0	7		*	*	*
C4	Datum verrichting index oog	78	4	4	15		*	*	*
C5	Postoperatieve follow-up index oog	56	15	4	26				*
C6	Datum postoperatieve follow up	59	19	0	22				*
C7	Glaucoom	15	52	15	19		*		
C8	Maculadegeneratie	11	52	15	22		*		
C9	Diabetisch retinopathie	7	56	19	19		*		
C10	Dementie/Down	4	59	19	19		*		
C11	Doofheid	4	59	19	19		*		
C12	COPD	4	59	19	19		*		
C13	Nekklachten/houdingsproblemen	4	52	26	19		*		
C14	Hypermatuur cataract	7	44	26	22		*		
C15	Vitrectomie	56	19	11	15		*		
C16	Diagnose en verrichting 2e oog	81	11	0	7			*	*
C17	Operatie 2e oog	85	11	0	4			*	*
C18	Datum verrichting 2e oog	85	11	0	4			*	*
C19	Preoperatief poliklinisch bezoek (2e oog)	63	19	11	7				*
C20	Datum Preoperatief poliklinisch bezoek (2e oog)	63	19	11	7				*

Opvallend is dat maar één ziekenhuis de variabelen met betrekking tot comorbiditeit, C10 – C13, op kan leveren. Voor de andere ziekenhuizen geldt dat zij niet de waarde van indicator 2 op kunnen leveren.

⁴ G: groen, eenvoudig digitaal beschikbaar; O: oranje, voornamelijk niet digitaal beschikbaar; R: rood, niet beschikbaar; W: weet niet / onbekend

Uitvraagbaarheid

In onderstaande diagrammen wordt het verschil tussen de schatting van de Praktijktest, de 0-meting en de 1-meting weergegeven voor de indicatorenset Cataract.



Uit bovenstaande diagrammen blijkt dat er minder digitaal opgeleverd kan worden dan geschat is tijdens de Praktijktest. Er is weinig verschil tussen de 0-meting en de 1-meting van de inlooperperiode.

Indicatorenoverzicht

De resultaten uit de gegevensaanlevering van de webenquête worden in de onderstaande tabel weergegeven (N = 29).

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocollair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1a	Complicatie gegevensregistratie?	26	0	0	0	0	3
1b	Pre-operatieve gegevens	26	0	0	0	0	3
1c	Per-operatieve gegevens	26	0	0	0	0	3
1d	Post-operatieve gegevens	26	0	0	0	0	3
2	Complicatie achterkapselruptuur	16	2	0	1	0	10
3a	Tijdsduur 1 ^e en 2 ^e oog	20	0	0	2	1	6
3b	Tijdsduur postoperatieve controle	14	1	0	2	1	11

Opvallend is dat uit de stoplichtinventarisatie blijkt dat maar 1 ziekenhuis automatisch de variabelen 10 – 13 op kan leveren. Toch hebben 16 ziekenhuizen indicator 2 opgeleverd. Blijkbaar hebben deze ziekenhuizen extra inspanningen verricht om zo de als 'oranje' gekwalificeerde variabelen door middel van technische koppelingen toch op te leveren.

Beschrijvingen

Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset en registratiegids Cataract.






Logboek / opmerkingen webenquête en evaluatiegesprek:

- Variabele 13 – Nekklachten cq houdingsproblemen wordt voor OK aan patiënt gevraagd en ter plekke wordt gekeken hoe de patiënt het best kan liggen. Vastleggen in EPD is een overbodige registratielast.
- Exclusie criteria zijn zeer uitgebreid, wordt veelal niet geregistreerd in EPD.
- Ten aanzien van het tweede oog: hoe weet je dat het tweede oog betreft, het eerste oog kan bijvoorbeeld in een ander ziekenhuis geopereerd zijn. Dit wordt mogelijk in de status geschreven, maar is niet digitaal uitvraagbaar.
- Hoe ver in het verleden moet er terugkeken worden om te weten of er sprake is van een heroperatie? De gids geeft geen houvast.
- Indien er meerdere consulten tussen de operaties hebben plaatsgevonden welke moet dan geteld worden.
- De aanduiding leeftijdscategorie wordt niet consistent gebruikt, is het nu ouder dan 50 (> 50) of 50 en ouder (> =)?






- Typefouten ten aanzien van de DBC codering zijn geconstateerd, ook is opgemerkt dat soms de te selecteren verrichtingcodes niet volledig zijn.

- Indicator 2 heeft een beperkte informatiewaarde voor de patiënt. Achterkapselruptuur is een goed behandelbare complicatie. Het percentage postoperatieve infecties zou voor de patiënt een relevantere indicator voor de kwaliteit van zorg kunnen zijn.
- Bij druppel anesthesie is in ons ziekenhuis geen pre operatieve beoordeling, bij andere vormen van anesthesie wel. Hier moet de teller en noemer van indicator op aangepast worden.

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008

Indicatorenset	Cataract	Toelichting
Basisset IGZ 2008	 	<ul style="list-style-type: none"> - Bij IGZ wordt extra vraag gesteld of de zorgverlening verdeeld is over meerdere locaties. - Bij IGZ een vraag naar 'algemene' complicatie registratie, niet specifiek naar cataract. - Iets afwijkende vraagstelling ten aanzien van de wachttijd tussen 1^e en 2^e oog operatie.
Zorgverzekeraars Nederland	  	<ul style="list-style-type: none"> - Indicator 1 komt overeen met H4 uit de registratiegids, maar niet met de uitvraag zoals gedaan in de webenquête en bijlage 1 van registratiegids. Deze komt weer overeen met de uitvraag van de IGZ. Iets afwijkende vraagstelling ten aanzien van de wachttijd tussen 1^e en 2^e oog operatie. - Bij ZN wordt in tegenstelling tot Zichtbare Zorg Ziekenhuizen uitvraag gedaan naar pre operatieve screening, deze indicator is echter nog niet geautoriseerd door de NVA en daarom niet meegenomen bij Zichtbare Zorg.

Legenda:

	De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
	Komt niet voor in de set (Zorginkoop of basisset)
	In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
	Specifiekere uitvraag van gegevens
	Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Diabetes

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

In de gekleurde kolommen is in percentages per variabele weergegeven hoeveel deelnemende ziekenhuizen deze variabele kunnen ontsluiten. In het rechterdeel van de tabel is de relatie tussen de indicatoren en de variabelen gelegd. Met een * is aangegeven of de variabele nodig is om de waarde van de indicator te kunnen bepalen. De lichte grijs tint in de kolom geeft aan dat het een structuurindicator betreft, een ja/nee vraag waarvoor geen variabele nodig is om de waarde van de indicator te bepalen. In de paragraaf 'Indicatorenoverzicht' wordt de indicator nader benoemd.

	Omschrijving variabele	Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren						
		G ⁵	O	R	W	1	2	3a	3b	3c	4	5
D0	Patiëntnummer	96	0	0	4		*	*	*	*	*	*
D1	Diagnose diabetes mellitus	96	0	0	4		*	*	*	*	*	*
D2	Datum DBC afsluiten	89	7	0	4		*	*	*	*	*	*
D3	HbA1c bepaling	33	48	0	19		*					
D4	Datum HbA1c	41	41	0	19		*					
D5	Kreatinine bepaling	33	44	4	19		*					
D6	Datum kreatinine	37	41	4	19		*					
D7	Microalbumine bepaling	33	44	4	19		*					
D8	Datum microalbumine	37	41	4	19		*					
D9	Totaal cholesterol bepaling	30	44	4	22		*					
D10	Datum totaal cholesterol	33	41	4	22		*					
D11	HDL cholesterol bepaling	30	44	4	22		*					
D12	Datum HDL cholesterol	33	41	4	22		*					
D13	LDL cholesterol bepaling	33	44	4	19		*					
D14	Datum LDL cholesterol bepaling	33	44	4	19		*					
D15	Triglyceriden bepaling	33	44	4	19		*					
D16	Datum triglyceriden	37	41	4	19		*					
D17	Bloeddrukmeting	7	56	19	19			*				
D18	Datum bloeddrukmeting	4	56	19	22			*				
D19	Systolische bloeddruk	4	59	19	19				*			
D20	Diastolische bloeddruk	4	59	19	19				*			
D21	Antihypertensieve medicatie	0	56	26	19					*		
D22	Oogonderzoek	41	48	7	4						*	
D23	Datum oogonderzoek	41	48	7	4						*	
D24	Voetonderzoek	11	59	22	7							*
D25	Datum voetonderzoek	11	59	22	7							*
D26	Standafwijkingen	0	59	22	19							*
D27	Inspectie schoeisel	0	56	26	19							*
D28	Onderzoek neuropathie	0	63	15	22							*
D29	Onderzoek ischemie	0	63	15	22							*

Opvallend is dat er ten aanzien van indicator 2 16 verschillende variabelen nodig zijn om de waarde op te kunnen leveren. Indien één variabele ontbreekt, kan de waarde niet betrouwbaar opgeleverd worden. Ongeveer 30% van de ziekenhuizen die het stoplicht overzicht hebben opgeleverd kunnen de labwaarden digitaal opleveren. Voor een aantal ziekenhuizen geldt dat er nog in overleg met het laboratorium bepaald moest worden welke codering (bijv. Lims codering) hier nu bij hoort. Ook is gemeld dat dergelijke

⁵ G: groen, eenvoudig digitaal beschikbaar; O: oranje, voorsnog niet digitaal beschikbaar; R: rood, niet beschikbaar; W: weet niet / onbekend

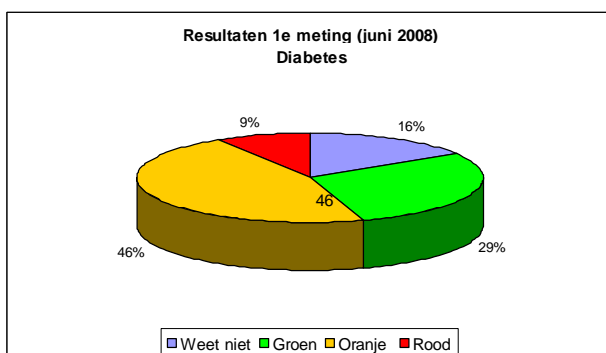
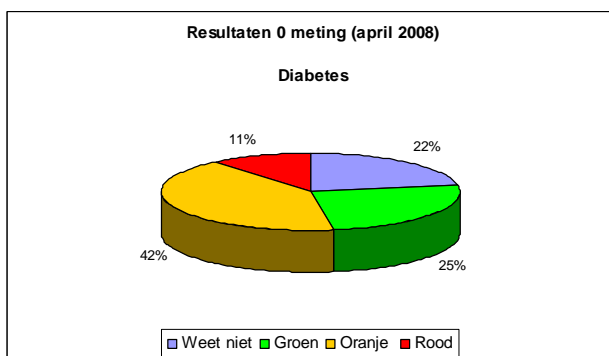
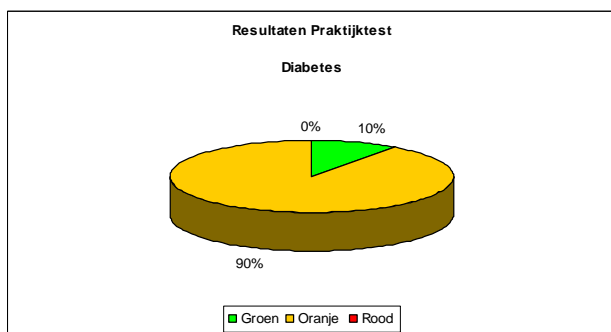
bepalingen in een transmurale setting plaatsvinden, waardoor deze gegevens niet opleverbaar zijn.

Voor indicator 3a, 3b en 3c zijn slechts vier of vijf variabelen nodig. Echter, deze blijken slechts door een klein aantal ziekenhuizen uitvraagbaar te zijn.

Vier van de variabelen die nodig zijn om de waarde van indicator 5 te bepalen zijn niet eenvoudig digitaal op te leveren.

Uitvraagbaarheid

In onderstaande diagrammen wordt het verschil tussen de schatting van de Praktijktest, de 0-meting en de 1-meting weergegeven voor de set Diabetes.



Opvallend is het verschil tussen de Praktijktest en de metingen uitgevoerd tijdens de inlooperperiode. Daar waar in de Praktijktest geschat werd dat slechts 10% van de variabelen digitaal uit te vragen waren, is dit tijdens de inlooperperiode 30% gebleken.

Indicatorenoverzicht

De resultaten uit de gegevensaanlevering van de webenquête worden in de onderstaande tabel weergegeven (N = 29).

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocollair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1	Organisatiestructuur diabetes zorg	24	0	1	0	0	4
2	Laboratorium Jaarcontrole	15	2	1	0	1	10
3a	Bloeddruk gemeten	4	4	1	0	4	16
3b	Verhoogde bloeddruk	4	3	1	0	0	21
3c	Benodigde therapie	3	2	1	0	0	23
4	Oogzorg	9	4	5	2	1	8
5	Voetzorg	5	4	3	0	1	16

Ten aanzien van indicator 2: In niet alle gevallen blijken koppelingen aanwezig te zijn aan de registratie kant of aan de ontsluiting kant van het datawarehouse. De ziekenhuizen melden dat vanuit het EPD wel de laboratoriumgegevens geraadpleegd kunnen worden maar dat deze nog niet gekoppeld zijn. Aan de uitvraagkant wordt gemeld dat ziekenhuizen die voor het uitgangspunt gekozen hebben om vanuit de DBC bestanden te werken, een koppeling tussen het laboratorium systeem en DBC systeem nog gerealiseerd moet worden. Desondanks hebben toch 15 ziekenhuizen de waarde van indicator 2 middels een geautomatiseerde registratie opgeleverd.

Indicator 4 wordt door 9 ziekenhuizen met behulp van een geautomatiseerde registratie aangeleverd. Een reden voor het niet in alle gevallen opleveren van de waarde van de oogzorg kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënten die voor oogcontrole bij de oogarts komen niet altijd op de DBC retinopathie geboekt worden, omdat er andere oogafwijkingen geconstateerd zijn. Buiten het gezichtsveld van het ziekenhuis kunnen deze onderzoeken plaatsvinden in speciale centra of in andere ziekenhuizen.

In sommige gevallen vindt oogzorg tweejaarlijks of per anderhalf jaar plaats in plaats van jaarlijks. Hierdoor is er geen fit met de definitie van de indicator.

Een aantal ziekenhuizen meldt dat er gewerkt wordt aan de implementatie van specifieke diabetes ondersteunende EPD's, zoals Fit4Care of Portavista. Deze ziekenhuizen verwachten bij een volgende fase meer diabeteszorg gerelateerde gegevens op te kunnen leveren.

Beschrijvingen

Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset en registratiegids Diabetes. De eerste opmerking is in een eerder stadium gemaakt, gecontroleerd door het CBO en in een erratum opgenomen. De overige opmerkingen zijn afkomstig uit de opmerkingsteksten van de webenquête en uit evaluatiegesprekken met de ziekenhuizen die deelnamen aan de inlooperperiode



Erratum:

- Voor de indicatorenset Diabetes is één typefout gemeld. In de oorspronkelijke versie is een verwijzing naar een verkeerde variabele gemaakt.






Logboek / opmerkingen webenquête en interview:

- Een aantal ziekenhuizen meldt dat het opvallend is dat er in de indicator diabetes gesproken wordt over 'de mens met diabetes' terwijl in andere indicatorensets / registratiegidsen gesproken wordt van patiënten.
- Over indicator 2 (laboratorium waarden) zijn opmerkingen geplaatst over het volume van de uitvraag: moet al het labonderzoek plaatsvinden of mag ook een deel plaatsvinden?
- Een deel van de vragen wordt als 'pietluttig' benoemd omdat niet altijd de meerwaarde duidelijk is, bijvoorbeeld de vragen met betrekking tot de bloeddruk.
- Meerdere ziekenhuizen melden dat ten aanzien van de indicatoren Oog- en Voetzorg, de diensten in een vorm van (al dan niet) georganiseerde ketenzorg door derden aangeboden worden.
- Ondanks dat de voorzieningen aangeboden worden door het ziekenhuis, kan de patiënt naar een eigen pedicure of podotherapeut gaan of een oogspecialist hebben in een ander ziekenhuis of een DBC die geen onderdeel van de ziekenhuisregistratie vormt.
- Sommige diabetesverpleegkundigen voeren ook voetonderzoeken uit. Dit wordt in het poliklinische dossier genoteerd, maar kan niet digitaal uitgevraagd worden.
- In de indicator wordt de initiële DBC genoemd, dit is zorgtype 11. De vraag is of hiermee dan zorgtype 21 (vervolg) uitgesloten wordt. De noemer en teller zijn ten aanzien van deze indeling niet consistent.

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008

Indicatorenset	Diabetes	Toelichting
Basisset IGZ 2008		<ul style="list-style-type: none"> - De gemiddelde HbA1c-waarde wordt bij IGZ aanvullend uitgevraagd - Het verslagjaar is bij IGZ het uitgangspunt - Laboratorium jaarcontrole is een structuurindicator
Zorgverzekeraars Nederland		<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes Kinderen (jonger dan 16 jaar) wordt apart opgenomen waardoor afwijking ten opzichte van de in/exclusie criteria ontstaat.

Legenda:

	De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
	Komt niet voor in de set (Zorginkoop of basisset)
	In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
	Specifiekere uitvraag van gegevens
	Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Heup- en knie vervangingen

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

In de gekleurde kolommen is in percentages per variabele weergegeven hoeveel deelnemende ziekenhuizen deze variabele kunnen ontsluiten. In het rechterdeel van de tabel is de relatie tussen de indicatoren en de variabelen gelegd. Met een * is aangegeven of de variabele nodig is om de waarde van de indicator te kunnen bepalen. Zowel voor de heup- als voor de knie vervangingen worden dezelfde indicatoren gebruikt. In de webenquête worden de vragen voor heup en knie echter uitgesplitst. Om deze reden wordt in onderstaande tabellen ook een onderscheid gemaakt tussen 'heup variabelen' en 'knie variabelen'.

Voor de leesbaarheid van dit overzicht zijn de 10 structuurindicatoren die behoren tot deze (heup) indicatorenset niet opgenomen in het overzicht. De overige 5 indicatoren (proces en uitkomst indicatoren) zijn wel opgenomen. Indicator 2b vraagt naar Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie, 4b naar 'Transfusie van homologbloed', 5b naar 'Peri-operatief toedienen antibiotica', 5c naar 'Antibiotica 60 – 15 minuten voor de incisie' en 5d vraagt naar 'Diepe wondinfecties'.

	Omschrijving variabele	Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren				
		G ⁶	O	R	W	2b	4b	5b	5c	5d
H1	Patiëntnummer	93	0	0	7	*	*	*	*	*
H2	DBC totale heup vervanging	93	0	0	7	*	*	*	*	*
H3	Verrichtingen code heup vervanging	93	0	0	7	*	*	*	*	*
H4	Datum van totale heup vervanging	93	0	0	7	*	*	*	*	*
H6	Startdatum van toediening tromboseprofylaxe	0	67	11	22	*				
H7	Datum laatste dag toediening tromboseprofylaxe	0	67	11	22	*				
H8	Transfusie van homolog bloed	7	52	7	33		*			
H9	Antibiotica peri-operatief toegediend	7	63	11	19			*	*	
H10	Tijdstip toediening antibiotica	7	52	19	22				*	
H11	Tijdstip incisie	19	44	15	22				*	
H12	Tijdstip opwekken bloedleegte	11	44	15	30				*	
H13	Diepe wondinfectie	15	48	15	22					*
H14	ASA-klasse	33	44	7	15					*

De benodigde variabelen zijn redelijk verdeeld over de indicatoren. Opvallend is het verschil in uitvraagbaarheid. De variabelen H1 – H4 scoren hoog met betrekking tot eenvoudig digitaal uitvragen. De rest van de variabelen scoort veel lager, waarbij H6 en H7 niet eenvoudig digitaal zijn op te leveren.

⁶ G: groen, eenvoudig digitaal beschikbaar; O: oranje, vooralsnog niet digitaal beschikbaar; R: rood, niet beschikbaar; W: weet niet / onbekend

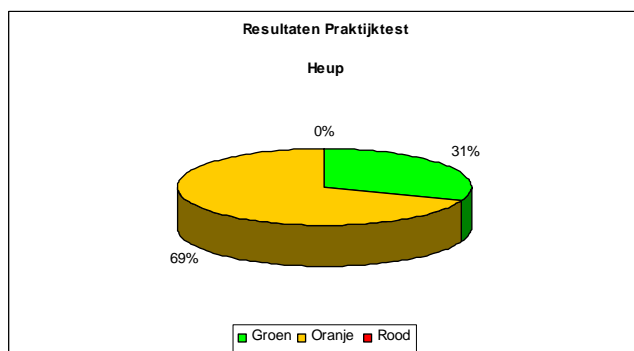
Voor de leesbaarheid van dit overzicht zijn de 10 structuurindicatoren die behoren tot deze (knie) indicatorenset niet opgenomen in het overzicht. De overige 5 indicatoren (proces en uitkomst indicatoren) zijn wel opgenomen.

	Omschrijving variabele	Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren				
		G ⁷	O	R	W	2b	4b	5b	5c	5d
K1	Patiëntnummer	93	0	0	7	*	*	*	*	*
K2	DBC totale knie vervanging	93	0	0	7	*	*	*	*	*
K3	Verrichtingen code knie vervanging	89	0	0	11	*	*	*	*	*
K4	Datum van totale knie vervanging	89	0	0	11	*	*	*	*	*
K6	Startdatum van toediening tromboseprofylaxe	0	67	11	22	*				
K7	Datum laatste dag toediening tromboseprofylaxe	0	67	11	22	*				
K8	Transfusie van homologoog bloed	7	56	7	30		*			
K9	Antibiotica peri-operatief toegediend	7	63	11	19			*	*	
K10	Tijdstip toediening antibiotica	7	52	19	22				*	
K11	Tijdstip incisie	19	44	15	22				*	
K12	Tijdstip opwekken bloedleegte	11	44	15	30				*	
K13	Diepe wondinfectie	11	52	15	22					*
K14	ASA-klasse	33	44	7	15					*

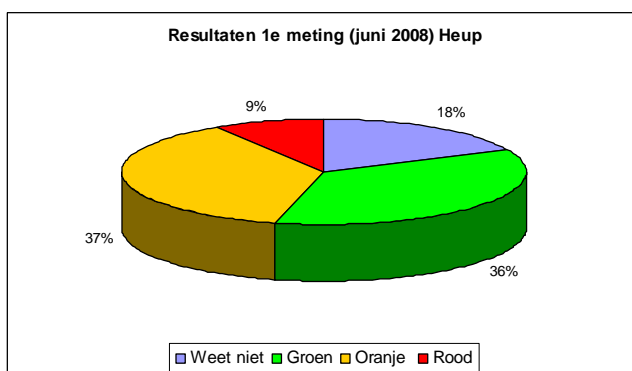
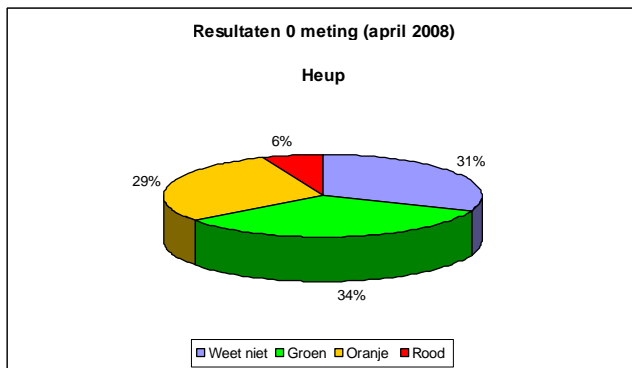
De benodigde variabelen zijn redelijk verdeeld over de indicatoren. Opvallend is het verschil in uitvraagbaarheid. De variabelen K1 – K4 scoren hoog met betrekking tot eenvoudig digitaal uitvragen, de rest van de variabelen scoort veel lager waarbij K6 en K7 niet eenvoudig digitaal zijn op te leveren.

Uitvraagbaarheid

In onderstaande diagrammen wordt het verschil tussen de schatting van de Praktijktest, de 0-meting en de 1-meting weergegeven. Ook hier wordt de uitvraagbaarheid gesplitst in 'heup' en 'knie'.



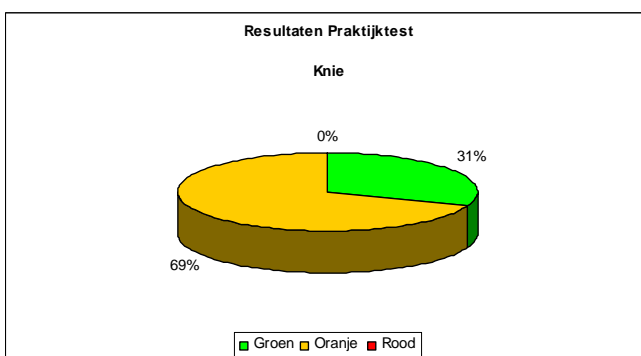
⁷ G: groen, eenvoudig digitaal beschikbaar; O: oranje, voorsnog niet digitaal beschikbaar; R: rood, niet beschikbaar; W: weet niet / onbekend

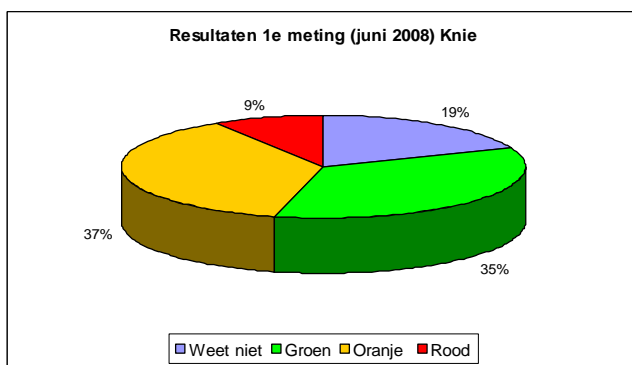
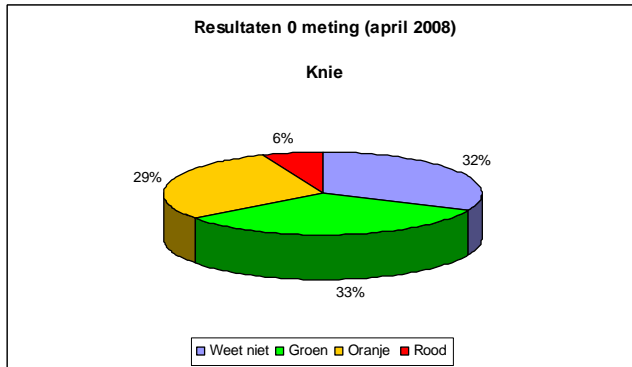


Ongeveer gelijk met de inschatting van de praktijktest blijken 30 tot 35% van de variabelen digitaal eenvoudig uitvraagbaar te zijn.

Gerelateerd aan variabele H7 (laatste toediening antibiotica profylaxe) geldt dat dit vaak buiten het ziekenhuis plaatsvindt. Het is veelal niet te achterhalen wanneer een patiënt gestopt is met de antibiotica profylaxe of een trombose profylaxe.

In de volgende diagrammen wordt het verschil tussen de schatting van de Praktijktest, de 0-meting en de 1-meting weergegeven voor de 'knie indicatoren' weergegeven.





Ongeveer gelijk met de inschatting van de Praktijktest blijken ongeveer 30 tot 35% van de variabelen digitaal eenvoudig uitvraagbaar te zijn.

Indicatorenoverzicht

Zowel voor de heupvervangingen als voor de knievervangingen worden dezelfde indicatoren gebruikt. In de webenquête worden de vragen uitgesplitst naar beide soorten vervangingen.

Een tweetal structuurindicatoren wordt niet gesplitst, maar in algemeenheid uitgevraagd. Dit zijn de indicatoren 1 en 6:

1. Wordt er een preoperatieve patiëntenvoorlichting met schriftelijk en/of audiovisueel voorlichtingsmateriaal gegeven?
6. Neemt het ziekenhuis deel aan de landelijke registratie van orthopedische implantaten?

De overige indicatoren zijn separaat per aandoeninggroep uitgevraagd en worden in dit overzicht dan ook gesplitst. De resultaten uit de gegevensaanlevering van de webenquête worden in de onderstaande tabel weergegeven (N = 29).

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocollair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1	Preop patiënten voorlichting	24	0	0	0	0	5
2a	Richtlijn / protocol thromboseprofyaxe	23	0	0	0	0	6
2b	Thromboseprofyaxe Heup	3	0	0	0	8	18
2b	Thromboseprofyaxe Knie	4	0	0	0	8	17
3a	Complicatie registratie	16	0	0	0	0	13
3b	Zes weken voor complicaties	21	0	0	0	0	8
3c	Gebruik Orthopaedie Registratieformulier	20	0	0	0	0	9
3d	Genotuleerde bespreking complicaties	3	2	0	0	6	18
3e	Verbeterplan complicaties	19	0	0	0	0	10
4a	Bloedmanagement richtlijn / protocol	21	0	0	0	0	8
4b	Transfusie homolog bloed heup	1	5	0	0	4	19
4b	Transfusie homolog bloed Knie	1	4	0	0	4	20
5a	Richtlijn / protocol antibiotische profylaxe	19	0	0	0	1	9
5b	Peri operatieve antibiotica Heup	3	0	0	0	7	19
5b	Peri operatieve antibiotica Knie	4	0	0	0	6	19
5c	Antibiotica 60 – 15 minuten voor incisie Heup	4	0	0	0	5	20
5c	Antibiotica 60 – 15 minuten voor incisie Knie	5	0	0	0	6	18
5d	Diepe wondinfectie Heup	7	2	0	0	0	20
5d	Diepe wondinfectie Knie	7	2	0	0	0	20
6	Deelname landelijke implantaatregistratie	20	0	0	0	0	9

Opvallend in dit overzicht zijn de scores op 'protocollair / standaard 100%' kolom. Ziekenhuizen geven aan dat bijvoorbeeld tromboseprofyaxe volgens protocol wordt uitgevoerd bij alle patiënten, maar niet apart digitaal geregistreerd. Zoals in de

algemene informatie aan het begin van dit rapport is weergegeven, wordt protocollair werken als informatie van een afwijkende kwaliteit gezien, omdat niet bewezen is dat de handeling ook daadwerkelijk is uitgevoerd.



Beschrijvingen

Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset en registratiegids Heup- en Knie vervangingen.



Logboek / opmerkingen webenquête en evaluatiegesprek:

- Er wordt veel volgens protocol gewerkt ten aanzien van de toedieningen van de profylaxe.
- Door transmurale zorg verlening is niet altijd inzichtelijk wat de stopdatum van het gebruik van profylaxe is.
- Door het ontbreken van koppelingen tussen bijvoorbeeld OK systeem of het systeem van Anesthesiologie is het niet mogelijk de gegevens over bloedleegte en bloedtransfusies op te leveren.
- Exclusie criteria bij indicator 2b lijkt niet consistent beschreven met de registratiegids. Dit brengt verwarring met zich mee.
- Er zijn meerdere opmerkingen gemaakt over of een patiënt, indien er twee operaties zijn geweest (links/rechts), nu als twee operaties mag tellen of als één patiënt telt.
- Het onderscheid in het type vervangingen wordt niet altijd volledig geregistreerd: partiële of totale vervanging, daardoor kan geen betrouwbare exclusie van de partiële vervangingen plaatsvinden.
- Transfusie van homolog bloed wordt vaak niet digitaal vastgelegd; voor de tijdstippen van toediening is dossieranalyse nodig.
- Volgens de chirurg is de postoperatieve complicatietermijn 1 jaar in plaats van 6 weken.
- Populatie gaat over patiënten in plaats van operaties; sommige patiënten hebben meerdere operaties.
- Hoe lang na de operatie loopt de periode van signalering van de diepe wondinfectie door?
- De instructie bij deze indicatorenset levert concrete codes. Dit wordt positief gewaardeerd.
- Opvallend is dat variabele H12 opwekken bloedleegte uitgevraagd wordt, terwijl dit bij heupoperaties niet voorkomt.





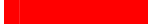
Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008 (heup)

Indicatorenset	Knie/Heup vervangingen	Toelichting
Basisset IGZ 2008		<ul style="list-style-type: none"> – Bij IGZ een vraag naar ‘algemene’ complicatie registratie, niet specifiek naar complicatieregistratie bij heupvervangingen. – Ondervoeding meting bij totale heupvervangings wordt bij IGZ gevraagd. – Prevalentie meting decubitus bij totale heupvervangings wordt bij IGZ gevraagd.
Zorgverzekeraars Nederland		<ul style="list-style-type: none"> – Tijdsduur toediening profylaxe is afwijkend, bij ZN 6 weken tot 6 maanden in tegenstelling tot Zichtbare Zorg (maximaal 3 maanden).

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008 (knie)

Indicatorenset	Knie/Heup vervangingen	Toelichting
Basisset IGZ 2008		<ul style="list-style-type: none"> – Bij IGZ een vraag naar ‘algemene’ complicatie registratie, niet specifiek naar complicatie registratie bij knie vervangingen.
Zorgverzekeraars Nederland		<ul style="list-style-type: none"> – Tijdsduur toediening profylaxe is afwijkend, bij ZN 6 weken tot 6 maanden in tegenstelling tot Zichtbare Zorg (maximaal 3 maanden).

Legenda:

	De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
	Komt niet voor in de set (Zorginkoop of basisset)
	In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
	Specifiekere uitvraag van gegevens
	Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Incontinentie bij de vrouw

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

In de gekleurde kolommen is in percentages per variabele weergegeven hoeveel van de deelnemende ziekenhuizen deze variabele kunnen ontsluiten. In het rechterdeel van de tabel is de relatie tussen de indicatoren en de variabelen gelegd. Met een * is aangegeven of de variabele nodig is om de waarde van de indicator te kunnen bepalen. De lichte grijs tint in de kolom geeft aan dat het een structuurindicator betreft, een ja/nee vraag waarvoor geen variabele nodig is om de waarde van de indicator te bepalen. In de paragraaf 'Indicatorenoverzicht' wordt de indicator nader benoemd.

	Omschrijving variabele	Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren			
		G ⁸	O	R	W	1	2	3	4
I0	Patiëntnummer	96	0	0	4	*	*	*	*
I1	Operatie voor incontinentieklachten	78	15	0	7	*	*	*	*
I2	Incontinentieoperatie	85	7	0	7	*	*	*	
I3	Datum operatie	85	7	0	7	*			
I4	Dagboek	4	41	33	22	*			
I5	Datum start dagboek	4	37	33	26	*			
I6	Datum eind dagboek	4	37	30	30	*			
I7, I8	Operatie voor stressincontinentieklachten	26	33	19	22		*		
I9	Datum stressincontinentie operatie	26	33	19	22		*		
I10	Bekken fysiotherapie preoperatief	7	44	26	22		*		
I11	Ernstige prolaps	11	37	33	19		*		
I12	Vraag 7-12 UKL preoperatief	4	26	41	30			*	
I13	Datum UKL preoperatief	4	26	41	30			*	
I14	Vraag 7-12 UKL postoperatief	4	26	41	30			*	
I15	Datum 7-12 UKL postoperatief	4	26	41	30			*	
I16	Catheterisatie (voor urine retentie)	15	56	15	15				*
I17	Urineretentie	11	59	15	15				*
I18	Datum catheterisatie (voor urine retentie)	15	56	15	15				*
I19	Heroperatie (= 2e operatie voor incontinentie)	33	44	7	15				*
I20	Datum heroperatie	44	37	4	15				*

Opvallend is de gelijke verdeling van het aantal benodigde variabelen om de waarde van één indicator te kunnen bepalen. Dat zijn er ongeveer 7 per indicator.

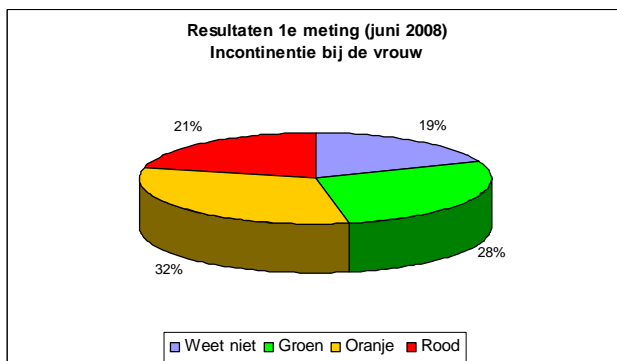
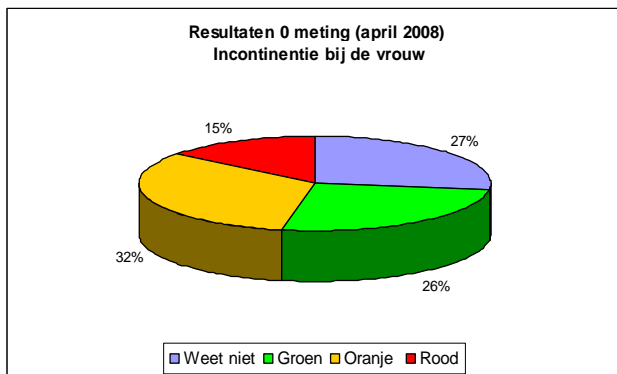
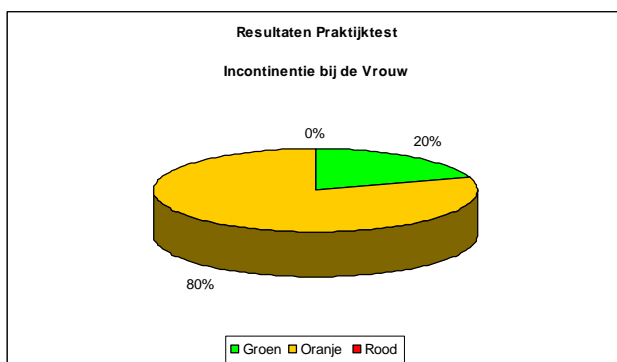
⁸ G: groen, eenvoudig digitaal beschikbaar; O: oranje, voorsnog niet digitaal beschikbaar; R: rood, niet beschikbaar; W: weet niet / onbekend

Ten aanzien van variabele I11 is in de registratiegids aangegeven wat onder een ernstige prolaps verstaan wordt. Echter, in de meeste ziekenhuizen worden de criteria niet digitaal geregistreerd.

Opvallend is dat I5, I6 en I12 – I15 slechts door 1 ziekenhuis eenvoudig digitaal uitvraagbaar blijken te zijn.

Uitvraagbaarheid

In onderstaande diagrammen wordt het verschil tussen de schatting van de Praktijktest, de 0-meting en de 1-meting weergegeven voor de indicatorenset Incontinentie bij de vrouw.



De inschatting uit de Praktijktest ten aanzien van de 'groene' variabelen blijkt min of meer in overeenstemming te zijn met de resultaten uit de metingen tijdens de

inlooperperiode. Echter het volume 'oranje' geclassificeerde variabelen is afwijkend. Een groot deel (ongeveer 20%) blijkt niet vastgelegd te worden en is daardoor als 'rood' geclassificeerd.

Indicatorenoverzicht

De resultaten uit de gegevensaanlevering van de webenquête worden in de onderstaande tabel weergegeven (N = 29).

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocollair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1	Gebruik mictie dagboek	3	5	0	3	5	13
2	Bekkenfysiotherapie	5	3	0	1	4	16
3	Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst	5	4	0	2	1	17
4	Urineretentie	8	4	0	2	15	0

Opvallend bij de gegevens oplevering is dat een groot aantal deelnemende ziekenhuizen onvolledige gegevens heeft opgeleverd. Slechts een klein aantal ziekenhuizen kan de waarde van de indicatoren 1, 2 en 3 geautomatiseerd aanleveren.

In een groot deel van de gevallen wordt ten aanzien van indicator 4, urineretentie, protocollair gewerkt. In de tekstuele beschrijvingen bij de webenquête wordt bovendien vaak genoemd dat protocollair gewerkt wordt ten aanzien van álle indicatoren. Dit duidt erop dat incontinentie bij de vrouw geprotocolleerd wordt aangepakt. Zoals in het begin van dit rapport is weergegeven, wordt protocollair werken als informatie van een afwijkende kwaliteit gezien omdat niet bewezen is dat de handeling ook daadwerkelijk is uitgevoerd.

Beschrijvingen

Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset en registratiegids Incontinentie bij de vrouw. De eerste drie opmerkingen zijn in een eerder stadium al gemaakt, gecontroleerd door het CBO en in de formele errata opgenomen. Andere opmerkingen zijn door de individuele ziekenhuizen gemaakt tijdens het evaluatiegesprek of in de opmerkingsteksten van de webenquête.

Erratum:

- Voor de indicatorenset Incontinentie bij de vrouw is een typefout geconstateerd. Bij de beschrijving van variabele I0 wordt een verwijzing gemaakt naar indicatoren 3a, 3b en 3c en 5. Deze bestaan echter niet voor deze indicator.
- In de gids zijn variabele I7 en I8 aan elkaar gelijk (operatie voor stress incontinentieklachten). Variabele I8 komt te vervallen.
- In de gids ontbreekt de aanduiding voor welke indicator variabele I16 nodig is; dit betreft indicator 4.

Logboek / opmerkingen webenquête en evaluatiegesprek:




- In de registratiegids wordt alleen de DBC van de gynaecoloog benoemd, terwijl in bekkenbodencentra vaak met de uroloog wordt gewerkt. De urologische DBC's zijn een aanzienlijke groep.
- Bij indicator 3, gebruik gestandaardiseerde vragenlijst, zegt het percentage niet alleen iets over de kwaliteit van de zorg, maar ook over de compliance van de patiënten.
- Mictiedagboeken worden, volgens protocol, bijgehouden. Echter wordt dit in een papieren dossier vermeld. Een aantal ziekenhuizen meldt dat er gedurende één dag het mictiedagboek wordt bijgehouden. In plaats van de in de indicator benoemde twee dagen.
- Een deel van de vragen wordt als 'pietluttig' benoemd omdat niet altijd de meerwaarde duidelijk is, bijvoorbeeld de ingevulde mictiedagboekvragen.
- Een goede beschrijving van hoofdstuk 4 – Instructies bij het bepalen van de indicatoren- ontbreekt (in vergelijking met de overige registratiegidsen).
- De administratieve last om specifiek bij te houden welke vraagnummer van de gestandaardiseerde vragenlijst nu wel of niet worden ingevuld wordt als hoog gezien.
- Ten aanzien van variabele I19 geeft een aantal ziekenhuizen aan dat de definitie van heroperatie niet duidelijk is. Over welke periode kan/moet teruggekeken worden? Hoe de gegevens vanuit andere ziekenhuizen betrekken?
- Om de patiënten met stress incontinentie te kunnen selecteren voldoet de DBC registratie niet, aanvullende gegevens vanuit het EPD zijn noodzakelijk.

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008

Indicatorenset	Incontinentie bij de vrouw	Toelichting
Basisset IGZ 2008		
Zorgverzekeraars Nederland		

Legenda:

- De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
- Komt niet voor in de set (Zorginkoop of Basisset)

-  In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
-  Specifiekere uitvraag van gegevens
-  Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Liesbreuk

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

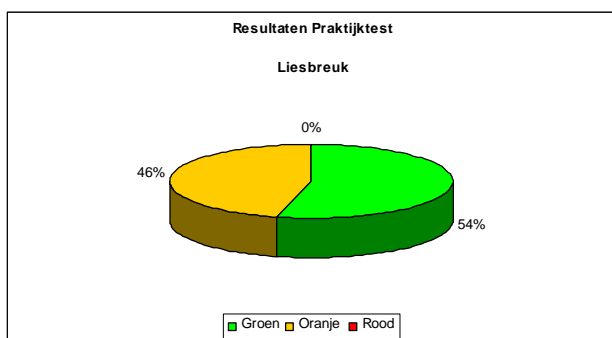
In de gekleurde kolommen is in percentages per variabele weergegeven hoeveel deelnemende ziekenhuizen deze variabele kunnen ontsluiten. In het rechterdeel van de tabel is de relatie tussen de indicatoren en de variabelen gelegd. Met een * is aangegeven of de variabele nodig is om de waarde van de indicator te kunnen bepalen. De lichte grijstint in de kolom geeft aan dat het een structuurindicator betreft, een ja/nee vraag waarvoor geen variabele nodig is om de waarde van de indicator te bepalen. In de paragraaf 'Indicatorenoverzicht' wordt de indicator nader benoemd.

	Omschrijving variabele	Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren				
		G ⁹	O	R	W	1	2	3	4	5
L1	Patiëntnummer	96	0	0	4	*	*		*	
L2	Diagnose Primaire Unilaterale Liesbreuk	93	0	0	7	*	*		*	
L3	Operatie Unilaterale Liesbreuk	93	0	0	7	*	*		*	
L4	Datum operatie Primaire Unilaterale Liesbreuk	93	0	0	7	*	*		*	
L5	Geboortedatum	96	0	0	4	*	*		*	
L6	Mesh	19	37	11	33	*				
L7	Heroperatie	56	26	4	15		*			
L8	Datum heroperatie	63	22	0	15		*			
L9	Dagbehandeling	89	0	0	11				*	

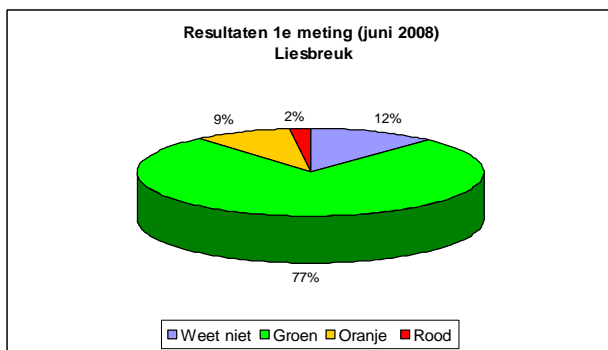
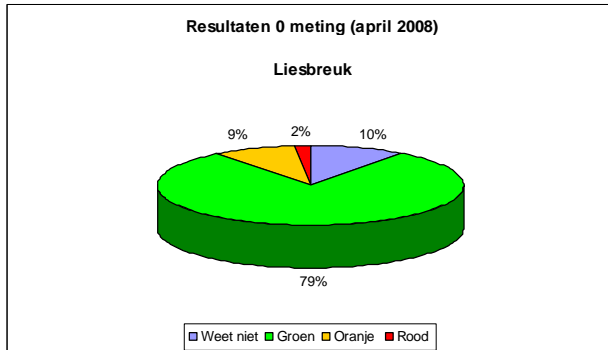
Opvallend is het hoge percentage groen geclassificeerde variabelen. Slechts één variabele, L6 Mesh, scoort relatief laag. De mesh techniek wordt veelal protocollair toegepast.

Uitvraagbaarheid

In onderstaande diagrammen wordt het verschil tussen de schatting van de Praktijktest, de 0-meting en de 1-meting weergegeven voor de set Liesbreuk.



oranje, voornamelijk niet digitaal beschikbaar; bekend



Ruim 75% van de variabelen kan digitaal eenvoudig opgeleverd worden. Hiermee scoort de indicatoren set 'Liesbreuk' het hoogst ten opzichte van de andere sets uit de inlooperperiode.

Indicatorenoverzicht

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocolair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1	Gebruik Meshtechniek	6	7	0	0	5	11
2	Heroperaties binnen 48 uur	4	8	0	1	0	16
3	Mogelijkheid tot lokale anesthesie	24	0	0	0	0	5
4	Dagbehandeling	20	2	0	1	0	6
5	Patiëntenfolder	24	0	0	0	0	5

In indicator 2 blijkt de 'bottleneck' variabele nodig te zijn. Slechts 4 van de 29 ziekenhuizen kunnen de waarde van de indicatoren op basis van geautomatiseerde registratie aanleveren. Op basis van het stoplicht variabele overzicht zou deze in ruim 55% van de ziekenhuizen uitvraagbaar moeten zijn.

Beschrijvingen

Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset en registratiegids Liesbreuk. Deze opmerkingen zijn zowel in een eerder stadium al gemaakt, gecontroleerd door het CBO en in het formele erratum opgenomen. Andere opmerkingen zijn door de individuele ziekenhuizen gemaakt, tijdens het evaluatiegesprek of in de opmerkingsteksten van de webenquête.

Erratum:

- Bij L3 staat bij de instructie de codering 25710. Bij vast te leggen waarde staat 35710. Dit is per abuis ontstaan, het moet zijn code 35710.

Logboek / opmerkingen webenquête en evaluatiegesprek:

- Niet geheel duidelijk is hoe de variabele L7, heroperatie, verzameld moet worden. In praktijk blijkt geen uniforme codering voor deze variabele gebruikt te worden. Her- operaties vinden meestal plaats ten gevolge van een nabloeding. Vaak wordt in de ziekenhuizen een zogenaamde 'alsof codering' gebruikt. Er kan dan gekeken worden naar een tweede CTG code voor chirurgie, die binnen 48 uur na de eerste operatie plaatsvindt.
- Heroperatie code op basis van een aparte code blijkt moeilijk traceerbaar. De instructie lijkt onvoldoende duidelijk welke operaties gerelateerd zijn aan de primaire operatie.
- Ten aanzien van de structuurindicator 'eigen keuze voor anesthesie' is het in de praktijk vaak zo dat de patiënt zijn wens bekend kan maken en dat daar rekening mee gehouden wordt. Op basis van het intakegesprek wordt besloten wat het beste is voor de patiënt.
- Niet duidelijk is de exclusie van de beklemde recidive of dubbelzijdige hernia weergegeven, deze wordt in de webenquête tekst geïntroduceerd.
- De leeftijaanduiding 'ouder dan 18 jaar' lijkt niet te kloppen. Vallen 18 jarigen daar nu wel of niet onder?
- De mesh techniek wordt in meerdere ziekenhuizen protocollair toegepast. Daardoor is het volgens de ziekenhuizen niet interessant om hier een aparte registratie voor in te bouwen, omdat dit niet bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg.
- In de teller van de eerste indicator wordt gebruik gemaakt van CVV code reeksen. Vervolgens worden ten behoeve van de bijbehorende noemer CTG codes gehanteerd. Waarom worden er twee codes uit verschillende stelsels gebruikt?

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008

Indicatorenset	Liesbreuk	Toelichting
Basisset IGZ 2008		
Zorgverzekeraars Nederland		

Legenda:

	De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
	Komt niet voor in de set (Zorginkoop of basisset)
	In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
	Specifiekere uitvraag van gegevens
	Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Lumbosacraal Radiculair Syndroom

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

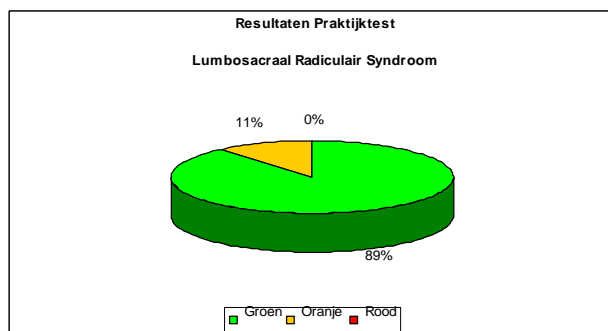
In de gekleurde kolommen is in percentages per variabele weergegeven hoeveel deelnemende ziekenhuizen deze variabele kunnen ontsluiten. In het rechterdeel van de tabel is de relatie tussen de indicatoren en de variabelen gelegd. Met een * is aangegeven of de variabele nodig is om de waarde van de indicator te kunnen bepalen. De lichte grijs tint in de kolom geeft aan dat het een structuur indicator betreft, een ja/nee vraag waarvoor geen variabele nodig is om de waarde van de indicator te bepalen. In de paragraaf 'Indicatorenoverzicht' wordt de indicator nader benoemd.

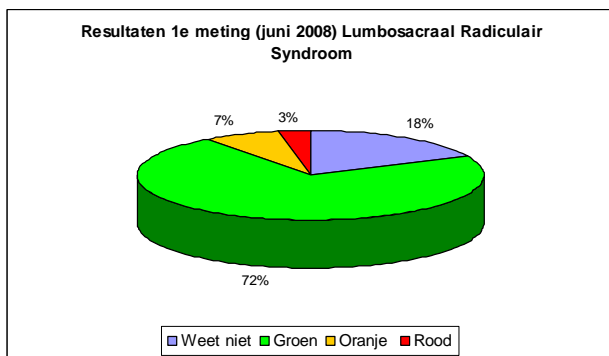
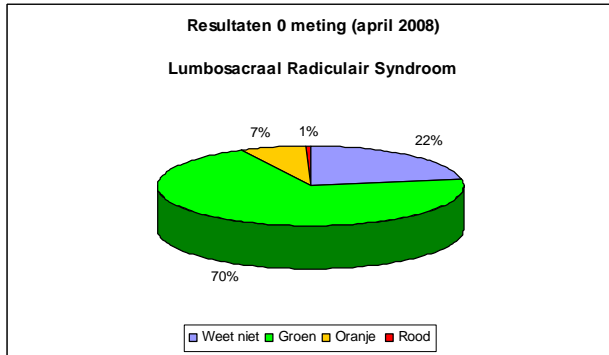
	Omschrijving variabele	Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren			
		G ¹⁰	O	R	W	1	2	3	4
R0	Patiëntnummer	93	0	0	7	*			*
R1	DBC: HNP operatie (neurochirurgie)	78	4	4	15	*			*
R2	DBC: HNP operatie (orthopedie)	70	4	0	26	*			*
R3	Datum van stellen operatie indicatie	41	30	4	26	*			
R4	Verrichting: HNP operatie	81	4	0	15	*			*
R5	Datum HNP operatie	81	4	0	15	*			*
R6	Geboortedatum	89	0	0	11				*
R7	Lumbale heroperatie	59	7	11	22				*
R8	Datum heroperatie	63	7	7	22				*

Opvallend is dat voor het bepalen van de waarde van indicator 4 bijna alle variabelen nodig zijn.

Uitvraagbaarheid

In onderstaande diagrammen wordt het verschil tussen de schatting van de Praktijktest, de 0-meting en de 1-meting weergegeven voor de set Lumbosacraal Radiculair Syndroom.





Tijdens de Praktijktest is de classificatie van de 'groene' variabelen iets royaler geschat dan uit de metingen van de inlooperperiode is gebleken.

Indicatorenoverzicht

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocolair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1	Aantal dagen tussen operatie-indicatie door operateur en operatie	7	0	1	0	0	21
2	Ziekte specifieke functionaliteit	18	0	0	0	1	10
3	Pijnintensiteit	19	0	0	0	0	10
4	Lumbale heroperatie binnen 30 dagen	10	1	2	0	0	16

¹⁰ G: groen, eenvoudig digitaal beschikbaar; O: oranje, voornamelijk niet digitaal beschikbaar; R: rood, niet beschikbaar; W: weet niet / onbekend

Ondanks het volume van de als groen geclassificeerde variabelen, konden slechts 7 ziekenhuizen de waarde van indicator 1 opleveren. Variabele R3 – datum van indicatie stellen operatie is hier debet aan.

Daarnaast kan een mogelijke verklaring zijn dat de op te leveren waarde met behulp van mediaan en standaarddeviatie berekening de ziekenhuizen heeft afgeschrikt.

Beschrijvingen

Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset en registratiegids Lumbosacraal Radiculair Syndroom. De eerste opmerkingen zijn in een eerder stadium gemaakt, gecontroleerd door het CBO en in het formele erratum opgenomen. De overige opmerkingen zijn door de individuele ziekenhuizen gemaakt tijdens het evaluatiegesprek of in de opmerkingsteksten bij het aanleveren van de gegevens.

Erratum:

- Onduidelijk is welke code gebruikt moet worden voor de heroperatie (variabele 7). De variabele dient als oranje te worden beschouwd.
- Een aantal codes is gecorrigeerd,
 - o R1 was 8.11.2556.23, wordt 8.112560.23
 - o R2 was 5.12.1360.216 wordt 5.21.1360.216
- De interpretatie van de leeftijd is niet expliciet beschreven. De validatie regel komt niet overeen met de toelichting. Deze moet zijn 'validatieregel' = > 18. Bij toelichting moet staan: ja = leeftijd 18 tot 70 jaar.

Logboek / opmerkingen webenquête en evaluatiegesprek:

- De Rolandschaal is niet bij alle ziekenhuizen bekend, cq in gebruik.
- Ten aanzien van de heroperatie binnen 30 dagen wordt gemeld dat het effect van de behandeling veelal pas na 3 maanden duidelijk is.
- Datum van indicatiestellen vindt plaats in het papieren dossier en is daarom niet digitaal uitvraagbaar.
- Soms worden de operaties door de neuroloog elders uitgevoerd.
- Bij de formule aanduiding is het niet goed duidelijk of de standaarddeviatie nu bijgeteld of afgetrokken moest worden bij het bepalen van de waarde van indicator 1.
- Heroperaties worden uitgevoerd in een ander ziekenhuis. Hierover kan niet gerapporteerd worden.
- Opvragen van de gegevens over tijdsverloop kostte veel tijd; daarom niet opgeleverd.

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008

Indicatorenset	Lumbosacraal Radiculair Syndroom	Toelichting
Basiset IGZ 2008		
Zorgverzekeraars Nederland		<ul style="list-style-type: none"> – Bij ZN wordt gevraagd naar het percentage operatie-indicaties bij patiënten met radiculair syndroom in behandeling bij de neuroloog – Bij ZN wordt gevraagd naar het aantal dagen tussen aanvraag en uitvoering MRI-scan: mediaan en spreiding – Bij ZN wordt gevraagd naar de implementatie van de effectregistratie volgens Roland Disability Questionnaire for Sciata. – Bij ZN wordt de pijnintensiteit indicator (VAS score) niet uitgevraagd.

Legenda:

	De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
	Komt niet voor in de set (Zorginkoop of basiset)
	In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
	Specifiekere uitvraag van gegevens
	Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Mammacarcinoom

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

De aanlevering van de gegevens voor de indicatorenset Mammacarcinoom was facultatief. Ziekenhuizen konden zelf bepalen of en welke indicatoren van de set Mammacarcinoom opgeleverd werden. Hiertoe is besloten omdat er geen registratiegids beschikbaar was en er bij de start van de inlooperperiode nog veel onduidelijk was rondom het genereren van gegevens door de Kankerregistratie, de regionale IKC's en de ziekenhuizen. Inmiddels is hiervoor een procedure afgesproken (zie evaluatierapportage Inlooperperiode).

De set Mammacarcinoom was daardoor het 'buitenbeentje' van de inlooperperiode. Door bovenstaande (geen registratiegids bekend) is in dit hoofdstuk geen relatie gelegd tussen variabele en indicator. In de stoplichtinventarisatie is mammacarcinoom niet meegenomen. Desondanks hebben toch 22 ziekenhuizen in meer of mindere mate gegevens opgeleverd voor de set mammacarcinoom.

Indicatorenoverzicht

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocolair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1	Gesprek met mammacare verpleegkundige	4	1	0	0	9	15
2	Patiënten besproken in multidisciplinair overleg voor aanvang van de behandeling	3	1	0	0	10	15
3	Irradicaliteit na eerste tumor excisie bij borstsparende behandeling	12	1	0	0	0	16
4	Differentiatie mammacarcinoom binnen de maatschap heekunde	16	1	12	0	0	0
5	Patiënten die = < 4 weken na de definitieve PA diagnose zijn geopereerd	7	1	0	0	2	19
6a	Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na borstbesparende chirurgie	3	3	0	1	0	22
6b	Aantal lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie	3	0	0	0	0	26

7	Patiënten postoperatief besproken in het multidisciplinair overleg	5	0	0	0	8	16
---	--	---	---	---	---	---	----

Opvallend is dat ten aanzien van de gespreksvoering met de mammacare verpleegkundige en de besprekingen in het multidisciplinair overleg er protocollair gewerkt wordt.

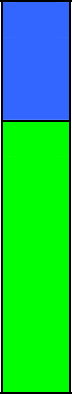

Beschrijvingen

Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset Mammacarcinoom.






Logboek / opmerkingen webenquête en evaluatiegesprek:

- Het CBO heeft naar aanleiding van de doorbraak projecten voor mammachirurgie 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.
- 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.
- Meerdere ziekenhuizen verwijzen naar protocollair werken.
- De vraagstelling is niet consistent. In de noemer worden alle gediagnosticeerde patiënten meegenomen in plaats van de geopereerde patiënten.
- Onduidelijk hoe indicator 6 ingevuld moet worden. Uitgaande van 2007 en dan terugkijken?
- Structuurindicator 4 wordt in percentage uitgedrukt. Is dat dan geen procesindicator?

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008

Indicatorenset	Mammacarcinoom	Toelichting
Basisset IGZ 2008		<ul style="list-style-type: none"> – Vraag of op verschillende locaties Mammacare plaatsvindt – Opleidingsbeleid ten aanzien van Mammacare wordt uitgevraagd. – Vraag of er differentiatie mammacarcinoom binnen heekunde is. – Irradicaliteit na eerste tumor excisie bij borstsparende behandeling wordt ook door de IGZ uitgevraagd, maar is iets anders verwoord.
Zorgverzekeraars Nederland		

Legenda:

-  De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
-  Komt niet voor in de set (Zorginkoop of basisset)
-  In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
-  Specifiekere uitvraag van gegevens
-  Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Varices

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

In de gekleurde kolommen is in percentages per variabele weergegeven hoeveel deelnemende ziekenhuizen deze variabele kunnen ontsluiten. In het rechterdeel van de tabel is de relatie tussen de indicatoren en de variabelen gelegd. Met een * is aangegeven of de variabele nodig is om de waarde van de indicator te kunnen bepalen. De lichte grijs tint in de kolom geeft aan dat het een structuurindicator betreft, een ja/nee vraag waarvoor geen variabele nodig is om de waarde van de indicator te bepalen. In de paragraaf 'Indicatorenoverzicht' wordt de indicator nader benoemd.

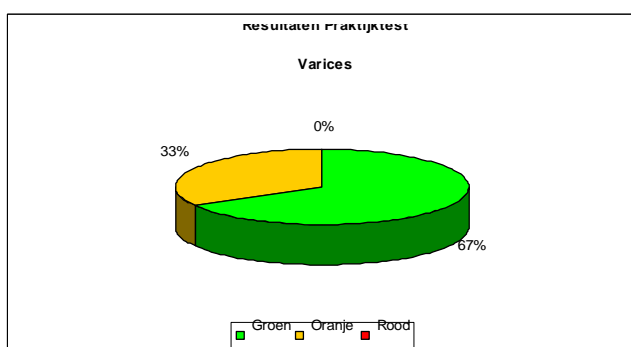
	Omschrijving variabele	Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren	
		G ¹¹	O	R	W	1	2
V0	Patiëntnummer	100	0	0	0	*	*
V1	Diagnose Varices (vaatchirurg)	93	7	0	0	*	*
V2	Diagnose Varices (dermatoloog)	93	7	0	0	*	*
V3	Invasieve ingreep	81	7	0	11	*	*
V4	Datum Invasieve ingreep	89	4	0	7	*	*
V5	C van CEAP classificatie	0	33	44	22		*
V6	Datum CEAP classificatie	0	33	44	22	*	
V7	Duplex onderzoek	63	30	4	4		*
V8	Datum Duplex onderzoek	63	30	4	4		*

Uit bovenstaande blijkt dat de CEAP wel wordt toegepast maar niet eenvoudig digitaal te ontsluiten is. Twee onderdelen van deze classificatie zijn noodzakelijk (classificatie en datum van classificatie) om de waarde van beide indicatoren op te kunnen leveren.

Ten opzichte van de andere sets is bij deze set als enige een 100% score bij de classificatie van de variabelen behaald. Het betreft V0 – patiëntnummer.

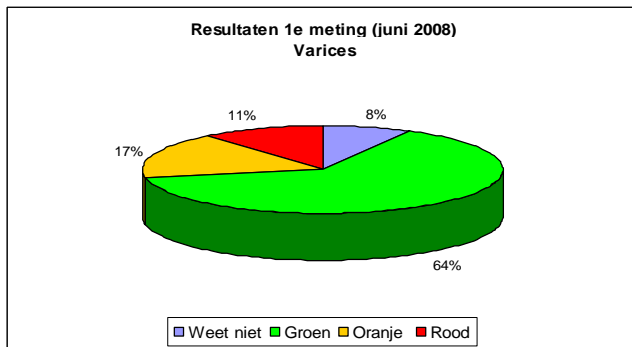
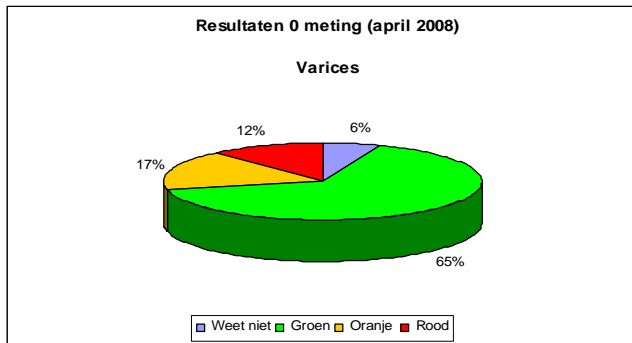
Uitvraagbaarheid

In onderstaande diagrammen wordt het verschil tussen de schatting van de Praktijktest, de 0-meting en de 1-meting weergegeven voor de Varices indicatorenset.



R: rood, niet beschikbaar; W: weet niet / onbekend

oranje, vooralsnog niet digitaal beschikbaar;



Opvallend is dat de inschatting van de Praktijktest qua oplevering van de groene variabelen gelijk is aan de metingen van de inlooperperiode. Wat wel afwijkt, is het aantal variabelen dat niet vastgelegd wordt. Dit blijkt ongeveer 12% te zijn.

Indicatorenoverzicht

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocolair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1	Percentage patiënten bij wie vooraf de C van de CEAP classificatie is toegepast	4	5	0	1	3	16
2	Percentage patiënten met C2-C3 varices bij wie vooraf een duplex onderzoek is uitgevoerd	2	4	0	0	3	20

Op basis van het stoplichtoverzicht zou verwacht worden dat geen van de deelnemende ziekenhuizen een indicatorwaarde op zou kunnen leveren. Een aantal ziekenhuizen heeft toch moeite gedaan om de niet als groen gekwalificeerde variabelen op te leveren.

Beschrijvingen

Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset Varices.

Logboek / opmerkingen webenquête en evaluatiegesprek

- CEAP classificatie wordt in de status vastgelegd en is daardoor niet digitaal te ontsluiten.
- Verschil in registratie door chirurgen en dermatologen ten aanzien van registratie CEAP classificatie. Opvallend dat verschillende ziekenhuizen melden dat juist óf de chirurgen de CEAP noteren óf juist de dermatologen.
- Dermatologen geven aan dat de indicator er vanuit gaat dat alle invasieve therapieën door de vaatchirurg gedaan worden. De ontwikkelingen op dit gebied gaan echter zo snel dat de dermatoloog varices tegenwoordig ook goed kan behandelen, zonder inzet van de chirurg. Dit komt te weinig terug in de indicator. Er zou een onderscheid gemaakt kunnen worden in endovasculaire therapie en chirurgische invasieve therapie.
- Ook op andere codes dan de in de gids opgegeven codes wordt geregistreerd.
- Het is niet duidelijk hoe geteld moet worden als een patiënt op een dag meerdere verrichtingen heeft (variabele V3): telt dit per patiënt of per verrichting mee?
- De instructie zou expliciet moeten vermelden dat datum duplex onderzoek binnen de DBC moet vallen, dat is nu aangenomen.
- Het toepassen van sclerotherapie (inspuiten en compressietherapie) bij heelkunde wordt met een aparte behandelcode gecodeerd. Deze is daarom meegenomen in de DBC.
- In sommige gevallen is een en ander zo duidelijk voelbaar en zichtbaar dat een duplex onderzoek zowel door de dermatoloog als door de patiënt niet gewenst is.
- Een ziekenhuis gebruikt ten aanzien van de C van de CEAP classificaties de codes 1 – 6 (dus hoger dan de genoemde 1 – 4).
- Het uitvoeren van een duplex onderzoek is standaardonderdeel van het protocol Varices.
- Wat te doen als er niet met de CEAP classificatie wordt gewerkt?

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008

Indicatorenset	Varices	Toelichting
Basisset IGZ 2008	■	
Zorgverzekeraars Nederland	■ ■	– ZN vraagt naar aantal enkelzijdige operaties in dagbehandeling

Legenda:

■	De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
■	Komt niet voor in de set (Zorginkoop of basisset)
■	In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
■	Specifiekere uitvraag van gegevens
■	Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Ziekten van adenoïd en tonsillen

Resultaten stoplicht inventarisatie / impact variabele

In de gekleurde kolommen is in percentages per variabele weergegeven hoeveel deelnemende ziekenhuizen deze variabele kunnen ontsluiten. In het rechterdeel van de tabel is de relatie tussen de indicatoren en de variabelen gelegd. Met een * is aangegeven of de variabele nodig is om de waarde van de indicator te kunnen bepalen. De lichte grijs tint in de kolom geeft aan dat het een structuurindicator betreft, een ja/nee vraag waarvoor geen variabele nodig is om de waarde van de indicator te bepalen. In de paragraaf 'Indicatorenoverzicht' wordt de indicator nader benoemd.

		Uitvraagbaarheid in %				Indicatoren				
		G ¹²	O	R	W	1	2	3	4	5
Z0	Patiëntnummer	96	0	0	4	*	*		*	*
Z1	DBC (adenoïde)tonsillectomie operatie	96	0	0	4	*	*		*	*
Z2	Verrichting: adenotonsillectomie operatie	96	0	0	4	*	*		*	*
Z3	Datum uitgevoerde adenotonsillectomie operatie	96	0	0	4		*			
Z4	Nabloeding	11	56	11	22	*				
Z5	Datum Nabloeding	7	56	19	19	*				
Z6	Heropname	59	26	4	11	*				
Z7	Datum Heropname	63	22	4	11	*				
Z8	Heroperatie	63	22	4	11	*				
Z9	Datum Heroperatie	63	19	4	15	*				
Z10	POS	44	26	4	26		*			
Z11	POS-datum	44	26	4	26		*			
Z12	VAS/NRS/VRS gemeten om de 8 uur gedurende ziekenhuis verblijf	0	56	22	22				*	
Z13	VAS-score	0	52	22	26				*	
Z14	NRS-score	0	33	37	30				*	
Z15	VRS-score	0	30	41	30				*	
Z16	Datum van stellen operatie indicatie	48	26	4	22					*

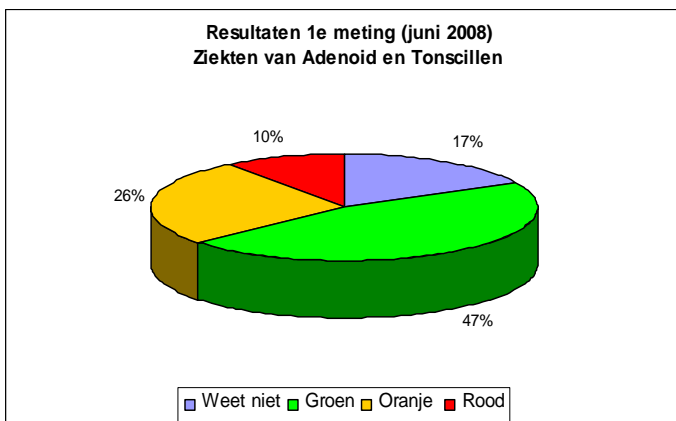
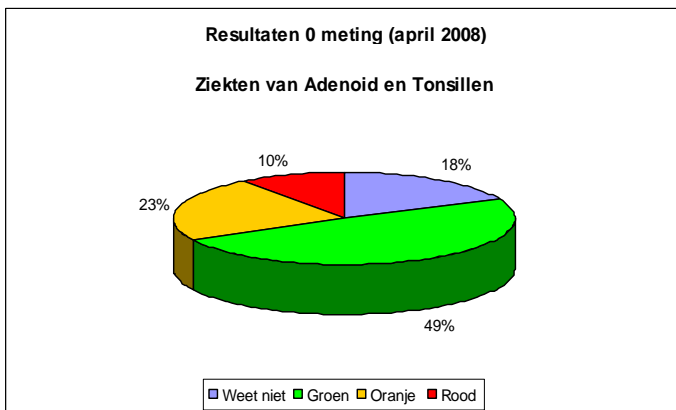
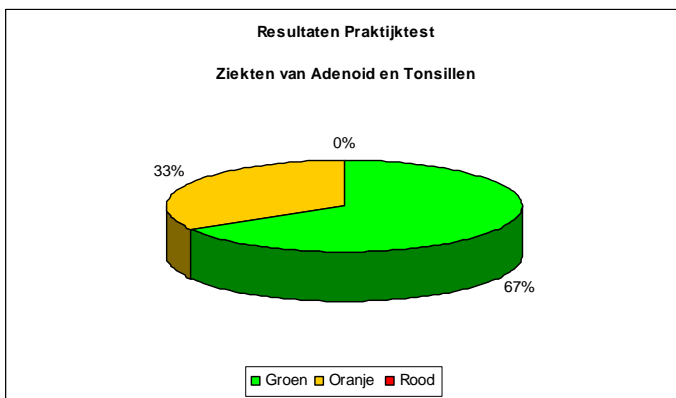
De variabelen Z12 – Z15 kunnen bij geen van de deelnemende ziekenhuizen op een eenvoudige wijze digitaal uitgevraagd worden. Deze waarden zijn wel nodig om de waarde van indicator 4 op te leveren.

¹² G: groen, eenvoudig digitaal beschikbaar; O: oranje, voornamelijk niet digitaal beschikbaar; R: rood, niet beschikbaar; W: weet niet / onbekend

Ook het opleveren van de variabele Z5, datum nabloeding, blijkt niet eenvoudig digitaal opleverbaar.

Uitvraagbaarheid

In de Praktijktest heeft een eerste schatting ten aanzien van de uitvraagbaarheid plaatsgevonden. In onderstaande diagrammen wordt het verschil tussen de schatting van de Praktijktest, de 0-meting en de 1-meting weergegeven voor de set Ziekten van Adenoïd en Tonsillen.



Opvallend is dat in de Praktijktest een positievere schatting is gemaakt ten opzichte van de 'groen' geclassificeerde variabelen.

Indicatorenoverzicht

	Indicator	Geautomatiseerde registratie	Handmatige registratie	Afwijkende doelgroep	Extrapolatie afwijkende meetperiode	Protocol-lair standaard 100%	Onvolledige gegevens
1	Percentage nabloedingen	9	6	1	1	0	12
2	Aanwezigheid poliklinische pre operatief spreekuur	7	3	0	0	6	13
3	Ouder/verzorger structureel aanwezig bij ontwaken	24	0	0	0	0	5
4a	Postoperatieve pijn meting bij klinische patiënten	3	10	0	0	2	14
4b	Percentage patiënten met ernstige postoperatieve pijn bij klinische patiënten	3	5	0	0	0	21
4c	Postoperatieve pijn meting bij dagbehandeling	1	14	0	0	0	14
5a	Tijd tussen besluit ingreep en moment van ingreep (dagbehandeling)	12	2	0	0	0	15
5b	Tijd tussen besluit ingreep en moment van ingreep (klinisch)	11	2	0	0	0	16

Op basis van de stoplicht inventarisatie zou verwacht kunnen worden dat indicator 4 nog bij geen van de deelnemende ziekenhuizen opleverbaar zou zijn. Het blijkt echter dat een aantal ziekenhuizen toch meer moeite genomen heeft om gebruikmakend van de 'oranje classificatie' de waarde van de indicator op te leveren.

Beschrijvingen

Hieronder staan de specifieke opmerkingen ten aanzien van de indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen. De eerste opmerking is in een eerder stadium al gemaakt, gecontroleerd door het CBO en in het formele erratum opgenomen. De overige opmerkingen zijn door de individuele ziekenhuizen gemaakt tijdens het evaluatiegesprek of in de opmerkingsteksten bij het aanleveren van de gegevens. Opvallend is dat voor deze set in de webenquête veel opmerkingen geplaatst zijn.

Erratum:

- Bij de beschrijvingen van de benodigde verrichting codes bij de indicatoren is bij indicator 4 en 5 per abuis de code 32330 weggelaten.

Logboek / opmerkingen webenquête en evaluatiegesprek:

- Bij het invullen van de gegevens voor deze indicatoren hebben de ziekenhuizen veel en uitgebreide opmerkingen geplaatst.
- Registratiegids link met Z0 heeft relatie met indicator 4 en 5, dit is in de gids niet in het overzicht weergegeven.
- Een pre operatieve screening kan voor meerdere operaties gelden.
- Kinderen tot en met 30 kilo worden op de dag van de operatie beoordeeld door de anesthesioloog. Derhalve worden ze niet gezien op een pre operatief poliklinisch spreekuur. Patiënten zwaarder dan 30 kilogram worden gescreend door middel van een onderzoek op de polikliniek of op basis van een telefonisch gesprek.
- Niet duidelijk is of de uitvraag unieke patiënten betreft; een patiënt kan in één jaar twee keer een tonsillectomie ondergaan.
- Waarom wordt er voor klinische behandeling een afkapwaarde voor de wachttijd gehanteerd van 7 weken en voor de dagbehandeling van 6 weken. Nb. in de tekst van de webenquête staat in tegenstelling tot de registratiegids beschrijving voor beide behandelingen 6 weken genoemd.
- In de registratiegids staat groter dan 42/49 dagen vermeld. Dit moet kleiner dan zijn.
- Tevens wordt genoemd dat de wachttijdduur slechts bij een beperkt aantal van de patiënten toe te schrijven is aan het ziekenhuis. In veel gevallen wordt door de patiënt bewust gewacht tot een moment dat het de patiënt beter uitkomt. Een aantal ziekenhuizen geeft aan deze wens van de patiënt niet uit te kunnen filteren en daardoor besloten heeft geen gegevens op te leveren.
- Een aantal ziekenhuizen geeft aan protocollair te werken ten aanzien van het pre operatieve spreekuur, zowel voor volwassenen als voor kinderen.
- Pijnmetingen worden door veel ziekenhuizen uitgevoerd, echter de waarden worden handmatig geregistreerd in de statussen en zijn dus niet digitaal te ontsluiten.
- De onderdelen van een (Adenoïde)tonsillectomie ingreep bij kinderen, zowel in dagbehandeling als klinisch, vinden plaats volgens de Smiley richtlijn van Kind en Ziekenhuis.
- Er wordt geen specifieke code voor een nabloeding gehanteerd. Bovendien; elke heroperatie die binnen dezelfde opname heeft plaatsgevonden komt niet naar voren binnen het criterium heropname binnen twee weken.
- Ten aanzien van indicator 1: waarom wordt de exclusie gehanteerd van patiënten die elders zijn behandeld? Dit wordt niet geregistreerd.
- Waarom is ten aanzien van indicator 4a de omschrijving in de verrichting code nu ineens niet genoemd?

- Het is lastig dat je in de gids steeds op meerdere plaatsen moet zoeken naar 'regels'. Bij heroperatie staat in de tabel niet binnen hoeveel tijd, dit vind je pas weer achter in de gids.
- Naast heropnames waarbij een heringreep nodig was ook heropnames voor observatie.
- Protocollair worden alle patiënten postoperatief op pijn gemeten (of gebeld na ontslag in dagbehandeling). Dit wordt vastgelegd in een beperkte stand alone gegevensbase.
Uit deze gegevensbase kunnen alleen gegevens op afdelingsniveau gegenereerd worden en niet op patiëntniveau.
- In Nederland vindt geen uniforme registratie van nabloedingen plaats. Het is dus afhankelijk van de locatie definities en wijze van registratie. Nabloedingen kunnen worden geregistreerd als complicatie volgen de masterclassificatie (landelijke coderingsstandaard), waarop de KNO vereniging aansluiting heeft gemaakt. Vooralsnog is de nabloeding alleen uit de status of EPD te achterhalen.

Verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren – ZN indicatoren – IGZ Basisset 2008

Indicatorenset	Ziekten van adenoïd en tonsillen	Toelichting
Basisset IGZ 2008		
Zorgverzekeraars Nederland		

Legenda:

	De inhoud is hetzelfde als de Zichtbare Zorg Ziekenhuizen sets
	Komt niet voor in de set (Zorginkoop of basisset)
	In- en exclusie criteria komen niet volledig overeen
	Specifiekere uitvraag van gegevens
	Indicatoren verschillen (maar hebben wel dezelfde onderwerpen)

Bijlage 1 - Opmerkingen uit de evaluatieverslagen bij website

In deze bijlage worden alle opmerkingen van de contactpersonen en de implementatiemanagers over de website genoemd. De opmerkingen zijn zoveel mogelijk letterlijk overgenomen en onderverdeeld in een aantal onderwerpen. Veel opmerkingen hebben betrekking op de structuur en de indeling van de website, een aantal over inhoud en tijdigheid of actualiteit van de informatie. Als er in een opmerking twee onderwerpen worden genoemd zijn deze gesplitst.

Structuur

- Het besloten deel van de website is lastig te vinden.
- De website is in principe een goed instrument, maar ook nog erg in ontwikkeling. Contactpersoon heeft veel proefondervindelijk moeten ervaren. De website is soms nog wat onduidelijk.
- De website is niet overzichtelijk. Even snel kijken is niet echt mogelijk. Er is veel zoekwerk.
- Daarnaast is het een hele brede website. Dat maakt het niet altijd even duidelijk. Verder was in het begin niet alles even logisch in de navigatie.
- Is soms even zoeken naar de logische opbouw en de indeling van de website.
- Het is niet altijd logisch opgebouwd, dus is informatie weleens lastig te vinden.
- Contactpersoon geeft wel aan dat de indeling niet altijd even logisch is en ze wel moest zoeken naar de webenquête, toolkit etc.
- De website heeft men nauwelijks bekeken. Ze vonden deze verwarrend en ze moesten erg veel zoeken voor ze iets vonden.
- De webenquête vonden ze moeilijk op de site te vinden.
- De website is nog niet heel veel geraadpleegd. Is niet intuïtief opgebouwd, wat zoeken wat lastig maakt.

Inhoud

- Verder klopte een keer de aankondiging op de website over de intervisiebijeenkomst niet (locatie Amsterdam i.p.v. Utrecht). De aankondiging over 15 september is nu ook niet helder en 15 juni staat ook in deze uitnodiging. Dit soort slordigheidfoutjes in de website zijn niet handig.
- Soms bevat de website gedateerde informatie. Bijvoorbeeld nog steeds uitnodiging voor voorlichtingsbijeenkomst. Plaats dit in een archief.
- Er staan ook slordigheden op. Bijvoorbeeld 15 september 2 verschillende plaatsen aangegeven voor lunch en bijeenkomst.
- Overall mening: er zijn dingen in het begin genoemd die op de website zouden komen en het duurt uiteindelijk lang voordat het daadwerkelijk werkt.

- Het besloten deel moet meer gevuld gaan worden met Goede registratievoorbeelden van deelnemende ziekenhuizen.
- Uiteindelijk stelt de toolkit niet veel voor.
- De informatievoorziening via de website mag sneller. Het zou mooi zijn als de relevante documenten direct na een bijeenkomst op de website staan.

Gebruik / alerts

- Actief promoten van nieuwe artikelen op de website.
- De code voor het besloten deel van de website kwam laat in het traject.
- Toekomst: vooral combinatie met website en directe mails die aangeven welke actuele ontwikkelingen er zijn.
- Website minder actief bezocht. Graag melding wanneer er wijzigingen zijn en mailing met wat er is aangepast.
- Website wordt minder bekeken (kost te veel tijd).

Behoudpunten

- Communicatie is doelgericht en op tijd. De website is niets mis mee.
- Website is goed, een aantal keer op gekeken.
- De website is goed, duidelijk. Men kon alles wel vinden. Het besloten deel was wel eens lastig te vinden. Kleine dingetjes kunnen wat slimmer.
- De site was erg overzichtelijk.
- Prima, alles staat er wel op.
- De website is duidelijk.
- Ze vonden de website voor zover gezien overzichtelijk en duidelijk.
- Contactpersoon vindt de website erg volledig. Het is goed om aandoeningen op de website te ordenen naar specialisme.
- Website bezoek was vooral heel gericht. Wel prettig om te bezoeken ook de vragen (FAQ) waren helder.
- De navigatie op de website is door contactpersoon niet als een probleem ervaren.

Bijlage 2 - Opmerkingen uit de evaluatieverslagen bij webenquête

Deze bijlage geeft een overzicht van de opmerkingen die de contactpersonen en de implementatiemanagers tijdens de evaluatiegesprekken hebben gemaakt met betrekking tot de webenquête. De opmerkingen zijn zoveel mogelijk letterlijk overgenomen en onderverdeeld in een aantal onderwerpen.

Locaties

- Brugmaatschappen werken voor de Zorggroep over beide locaties, niet-brugmaatschappen werken of in X of in Y. Het moet dus mogelijk zijn om resultaten van indicatoren in te vullen voor de Zorggroep of afzonderlijk voor de locaties. Een alternatief kan zijn als in de webenquête bij sublocaties (Y) de mogelijkheid wordt opgenomen om te verwijzen naar de uitkomsten van de indicatoren van de hoofdlocatie (X) zonder dat je de waarde weer opnieuw moet invullen → principe eenmalige registratie. Deze functie moet per indicator mogelijk zijn.
- Bij het invullen kun je echter niet goed zien voor welke locatie je aan het invoeren bent.
- Men moest met 2 locaties werken terwijl men dit eigenlijk niet wilde. Dit zorgde voor veel extra werk. Bovendien was het invullen lastiger met twee locaties, doordat men niet direct bij de indicatoren kon komen.

Indicatoren

- Het is onhandig dat percentages niet gelijk berekend worden. Daardoor mis je een snelle check. Er was ook onduidelijkheid in de berichtgeving: er werd gecommuniceerd dat je geen 'nullen' in mag vullen, maar van de helpdesk moest het uiteindelijk wel omdat de resultaten anders niet goedgekeurd konden worden.
- In de inleiding staat dat je bij missende waarden geen '0' mag invullen terwijl dat uiteindelijk wel moest van de helpdesk.
- Het zou bij het invoeren van gegevens helpen als DBC-codes en verrichtingencodes zoveel mogelijk staan gemeld in de webenquête. Hierdoor zou de webenquête een snel overzicht geven in de aan te leveren gegevens.
- Is het mogelijk ook de stoplichten aan te geven in de webenquête?
- Het was soms onduidelijk waar de indicatoren per aandoening ingevuld moesten worden.
- Bij sommige vragen wist men wel noemer maar niet teller (omdat geen dossiers gelicht zijn). Dan '0' ingevuld en met tekst aangegeven wat de bedoeling was.
Liever mogelijkheid aangeven om 'niet bekend' in te vullen. Het werken met lege velden is nu onhandig.

- Wanneer je 1 variabele niet hebt, zou direct duidelijk moeten worden bij welke indicatoren deze nog meer voorkomt.
- In de toekomst is het gewenst om velden leeg te kunnen laten, of een '?' te kunnen plaatsen.

Contactpersoon

- Bij elke indicator moet een contactpersoon worden ingevuld, terwijl 1 keer vaak genoeg is.
- Steeds dezelfde contactpersoon vermeld, moest daardoor steeds worden overgeschreven.
- Software: elke keer moet je een contactpersoon invullen. Vanuit het ziekenhuis zouden we dit graag anders zien en één contactpersoon willen hebben.

Opmerkingen/logboek

- Het zou handiger zijn wanneer je opmerkingen bij de indicator direct bij de indicator in kan vullen (dus niet pas helemaal onderaan de enquête).
- Daarnaast geeft contactpersoon aan dat het handiger is als je opmerkingen per indicator kan aangeven.
- Graag logboekfunctie per vraag mogelijk maken.
- Logboek is niet meer zichtbaar en kan ook niet worden geprint.

Afsluiten

- Bij de controle aan het einde van de enquête moest je op 'akkoord' klikken. Je kon echter ook op het kruisje drukken om die melding af te sluiten. Vervolgens kreeg je een melding in beeld alsof je de resultaten al geaccordeerd had (een dergelijke melding zou je niet verwachten en leidt tot verwarring).
- De webenquête kon niet afgesloten worden als er bijv. een KVK nummer voor een buitenpoli ontbrak → niet gebruiksvriendelijk, een buitenpoli heeft vaak geen eigen KvK nummer.
- Voor het afsluiten moest op een lichtblauw balkje geklikt worden, dat door de kleur eigenlijk niet goed opviel.
- Ook was niet helemaal helder dat eerst iedere set geaccordeerd moest worden voordat de volledige autorisatie plaats kon vinden.
- Twee verschillende codes voor de webenquête geeft een goed gevoel over hoe serieus alles genomen wordt.
- Waarschuwing bij verlaten van de pagina, zodat niet per ongeluk alles weg is.

Afdrukken

- Het lukte niet om de hele pagina te printen. De instructie hiervoor volgt van het Ondersteuningsteam.

- Printmogelijkheid: per indicator graag uitprinten, of pdf per indicator aan kunnen maken. Logboek komt niet op de printversie (misschien waarschuwing of afvink mogelijkheid toevoegen).
- Contactpersonen misten ook een rapportage/uitdraai functie.
- Printen per aandoening, pdf per aandoening, kan allemaal ietwat beter.
- Er was niet de mogelijkheid om een pdf te maken van de ingevulde gegevens, dit was lastig.

Overige

- De webenquête was erg traag, snelheid maakt het invullen van een dergelijke enquête aanzienlijk aantrekkelijker.
- In het weekeinde van 28 en 29 juni lijkt de Digizizo server uit de lucht te zijn geweest.
- Het is niet altijd duidelijk waar je door kunt klikken.
- Verbeterpunten voor webenquête: met 'i' tekst op laten poppen voor instructies ter plekke.
- 4 juli de website en webenquête nog bekeken; hier was geen opmerking geplaatst dat deze gesloten was.
- Contactpersonen misten de exportmogelijkheid naar Excel aan het einde, voor intern gebruik. Contactpersoon geeft aan dat het in de toekomst ook mooi zou zijn als je de gegevens van (de) vorige jaar(en) terug kan zien.
- De webenquête liep soms vast als je teveel tekst had ingevuld, of rare leestekens.
- Webenquête uitbreiden met ballonnetjes waarin bijvoorbeeld de DBC's staan vermeld.

Behoudpunten

- Behoudpunten webenquête: de manier op zich is prima, maar maak het gebruiksvriendelijker.
- Tool, webenquête is duidelijk.
- De mogelijkheid voor het invullen van een toelichting. Deze toelichting moet ook meegenomen worden in de presentatie van de gegevens (bijv. bij de benchmark).
Het principe van het vastleggen van de indicatoren via internet is prima.
- Webenquête werkt goed.
- Werkt goed, kan geen velden leeg laten, vermelden wanneer je geen gegevens hebt dat je dan dus 0 moet invullen.
- Een enquête via internet werkt prettig.
- De webenquête zag er ook mooi uit.
- De ingebouwde controles werken goed. De webenquête is gebruiksvriendelijk.
- De webenquête is duidelijk, gebruiksvriendelijk, zeker vergeleken met het jaarverslag. De controle beviel erg goed, bijvoorbeeld als ze iets vergeten waren in te vullen dan wordt dat aangegeven.

