



Bezoekadres:

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag

Postadres:

Postbus 16119  
2500 BC Den Haag

Telefoon:

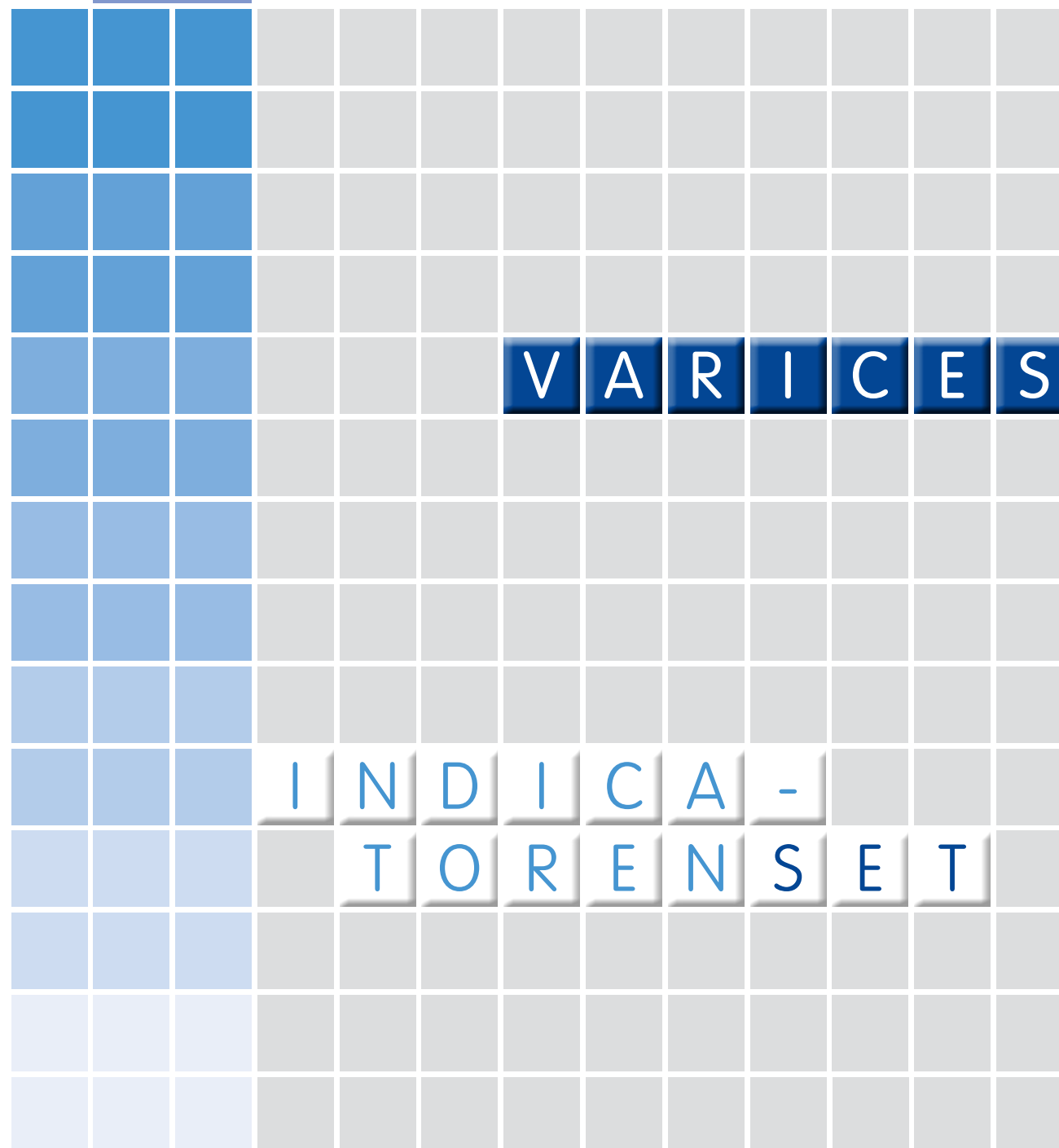
(070) 3407911

Telefax:

(070) 3405725

Internet:

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



V A R I C E S

I N D I C A -

T O R E N S E T

## Colofon

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

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

### Samenstelling werkgroep indicatorenset Varices

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

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

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

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

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

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

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

Mevr. drs .M.A. de Booys, *Vereniging van Vaatpatiënten, Bilthoven*

dr. H. Bruins Slot, *vertegenwoordiger ZN, adviserend geneeskundige Delta Lloyd*

### Vormgeving

Faydherbe/De Vringer

### Opmaak

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

Tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid  
van de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Den Haag, februari 2009

2

3

# Inhoudsopgave

## 1 Inleiding pagina 4

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

## 2 Overzicht indicatoren Varices pagina 8

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

## 3 Lijst te verzamelen variabelen pagina 17

- 3.1 Variabelenlijst

## 4 Instructies bij het bepalen van de indicatoren pagina 22

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

## Bijlage 1: Afkortingenlijst pagina 25

## Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren pagina 26

## Bijlage 3: Verwerken commentaar consultatieronde pagina 29

## Bijlage 4: Verwerking bevindingen Inlooperperiode 2008 pagina 34

## Bijlage 5: Autorisatie indicatoren door wetenschappelijke vereniging pagina 35

# 1. Inleiding

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

## 1.1 Inzicht in kwaliteit van zorg

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

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

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

## 1.2 Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

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

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

## 1.3 Indicatorenset

De werkgroep voor de indicatorenset Varices bestaat uit de volgende personen:  
Dr. C.H.A. Wittens, *chirurg, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam, voorzitter*  
Dr. Th.A.A van den Broek, *chirurg, Waterland Ziekenhuis, Purmerend*  
A.M.J. van der Kleij, *dermatoloog, Atrium Medisch Centrum, Heerlen*  
Dr. A.J.C. Mackaay, *chirurg, Meander Medisch Centrum, Amersfoort*  
Prof. dr. H.A.M. Neumann, *hoogleraar dermatologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam*

Dr. K.P. de Roos, *dermatoloog, Ziekenhuis Bernhoven, loc. Veghel*  
I.M. Toonder, *vasculair diagnostisch laborant; wetenschappelijk coördinator, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam*

Mevr. drs .M.A. de Booy, *Vereniging van Vaatpatiënten, Bilthoven*  
dr. H. Bruins Slot, *vertegenwoordiger ZN, adviserend geneeskundige Delta Lloyd*

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

Vervolgens zijn de indicatoren en meetspecificaties getest in een zogenaamde 'try-out periode'. Deze periode, ook wel de 'Inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen' genoemd, heeft plaatsgevonden in de periode januari – juli 2008. Aan deze periode hebben 33 ziekenhuizen meegedaan. Ziekenhuizen hebben tijdens deze periode gegevens verzameld en inhoudelijk input geleverd op de indicatoren en de meet-specificaties. De ervaringen van de ziekenhuizen vormen de grondstof voor een verdere optimalisering van de indicatorensets en de bijbehorende registratiegidsen.

De werkgroep externe indicatoren Varices heeft de inhoudelijke input van de ziekenhuizen besproken en deze gebruikt voor de verbetering en aanscherping van de indicatorensets en de meetspecificaties. Een overzicht van de aanpassingen is te vinden in bijlage 4.

## 1.4 Totstandkoming van indicatorensets

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

### Ontwikkelen

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

De werkgroep begint met het vaststellen voor welke patiëntengroepen, verrichtingen en kwaliteitsdomeinen indicatoren worden ontwikkeld. Een belangrijke leidraad hierbij

is het AIRE- instrument, een methodologisch instrument dat dient als evaluatie- en toetsingskader voor indicatoren ([http://aire-instrument.com/AIRE\\_Instrument\(VERSIE2.0\).pdf](http://aire-instrument.com/AIRE_Instrument(VERSIE2.0).pdf)).

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

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

Op basis hiervan wordt een overzicht van potentiële indicatoren (groslijst) gemaakt. Door de groslijst in verschillende vergaderingen en met patiëntengroepen te bespreken stelt de werkgroep een uiteindelijke lijst van kwaliteitsindicatoren samen. Argumentatie voor afwijzing van indicatoren uit de lijst is gedocumenteerd (zie bijlage 2). Iedere indicator wordt uitgewerkt in een factsheet of in een vragenlijst. Voordat de definitieve indicatorenset wordt opgeleverd wordt de set ter consultatie aangeboden aan de betrokken wetenschappelijke beroepsvereniging (zie bijlage 3). De definitieve indicatorenset wordt vastgesteld door de stuurgroep.

#### Testen

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

#### Invoeren

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

#### Onderhouden

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

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

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

**Hoofdstuk drie** beschrijft hoe de variabelen, die u nodig heeft om de indicatoren te kunnen berekenen, verzameld kunnen worden. Dat gebeurt aan de hand van een variabelenlijst.

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

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

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

# 2. Overzicht indicatoren Varices

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

## 2.1 Factsheets per indicator

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

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

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

8

9

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

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

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

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

## 1. Percentage patiënten bij wie voorafgaand aan een invasieve therapie de C van de CEAP-classificatie is toegepast

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De CEAP-classificatie is een algemeen aanvaarde indeling voor varices waarmee men op een inzichtelijke manier de aard en omvang van varices in kaart kan brengen en in de tijd kan vervolgen. In de richtlijn wordt door de werkgroep aanbevolen de C van de CEAP-classificatie in de status te vermelden. Het klinisch beeld en de bevindingen bij Duplex-onderzoek bepalen samen de keuze van behandeling. De indicator zegt verder niet al te veel over de kwaliteit van zorg.
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten met varices bij wie voorafgaand aan een invasieve therapie de C van de CEAP-classificatie is toegepast.
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met varices bij wie voorafgaand aan een invasieve therapie de C van de CEAP-classificatie is toegepast in de meetperiode.*
<b>Noemer</b>	Totaal aantal patiënten met varices bij wie een invasieve therapie is uitgevoerd in de meetperiode.*
<b>Definitie(s)</b>	<p><b>Varices:</b> varix (meervoud: varices) betekent spatader. Doorgaans worden hiermee spataderen aan de benen bedoeld.</p> <p><b>Invasieve therapie:</b> alle therapieën, behalve de therapeutisch elastische kous (TEK).</p> <p><b>CEAP-classificatie:</b> de CEAP-classificatie is een algemeen aanvaarde indeling voor varices waarmee men op een inzichtelijke manier de aard en omvang van varices in kaart kan brengen en in de tijd kan vervolgen.</p>
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten die invasief zijn behandeld.*
<b>Bron Teller</b>	DBC registratie, CTG verrichtingen registratie, EPD, (poli)klinische status
<b>Bron Noemer</b>	DBC registratie, CTG verrichtingen registratie
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	01-01-08 tot en met 31-12-08
<b>Rapportage</b>	1x per meetperiode
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau. Rapportage op ziekenhuisniveau.
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit/doelmatigheid

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

10

11

## Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

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

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

### Mogelijkheden tot verbetering

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

### Validiteit

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

### Betrouwbaarheid

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

### Discriminerend vermogen

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

### Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

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

### Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

### Referenties

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

## 2. Percentage patiënten met C2-C3 varices bij wie voorafgaand aan een ingreep voor varices een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Uniforme afspraken over de indicatiestelling van het duplexonderzoek is een van de belangrijke onderwerpen in de richtlijn Varices. Het percentage patiënten waarbij voorafgaand aan een behandeling van C2 en C3 varices een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe veneuze systeem wordt uitgevoerd, geeft indirect een goede indicatie van de kwaliteit van de zorgverlening. Het is de beste test om de mate van reflux- en klepinsufficiëntie in het veneuze systeem aan te tonen. Dat geldt zowel voor primaire als voor recidief varices. Ook kunnen hiermee anatomische afwijkingen voorafgaande aan een chirurgisch ingreep in kaart worden gebracht, zoals het niveau van inmonding van de VSP in de v. poplitea. Duplex-onderzoek is dan ook niet alleen van belang voor de juiste indicatiestelling, maar ook een hulpmiddel voor de behandelaar tijdens de invasieve ingreep.
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten met C2-C3 varices, bij wie duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan een invasieve ingreep.
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met C2-C3 varices bij wie voorafgaand aan een invasieve ingreep een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd in de meetperiode.
<b>Noemer</b>	Totaal aantal patiënten met invasieve varices-ingrepen in de meetperiode.
<b>Definitie(s)</b>	<p><b>Varices:</b> varix (meervoud: varices) betekent spatader. Doorgaans worden hiermee spataderen aan de benen bedoeld.</p> <p><b>C2-C3 varices:</b> zichtbare varices (C2) of oedeem zonder verandering in de huid (C3).</p> <p><b>Duplexonderzoek:</b> een Duplex onderzoek is een combinatie van geluidsgolven (Doppler) en echografie. Daarmee kan de bloedstroom niet alleen hoorbaar, maar ook zichtbaar gemaakt worden.</p> <p><b>Invasieve ingreep:</b> alle therapieën, behalve de therapeutisch elastische kous (TEK).</p>
<b>In-/exclusiecriteria</b>	C2-C3 varices
<b>Bron Teller</b>	DBC registratie, CTG verrichtingen registratie, (poli)klinische status, EPD
<b>Bron Noemer</b>	DBC registratie, (poli)klinische status, EPD
<b>Meetperiode</b>	01-01-08 tot en met 31-12-08
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per meetperiode
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau. Rapportage op ziekenhuisniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, veiligheid

12

13

## Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het duplexonderzoek is een combinatie van echografie en pulsed Doppler. Met de introductie van deze techniek wordt er vrijwel geen flebografie meer verricht. Met behulp van duplex wordt een beeld gemaakt, waaruit (of op basis waarvan) goede informatie wordt verkregen zowel over anatomie van het veneuze systeem als over flow (klepinsufficiëntie en obstructie) in dit systeem. Het uitvoeren van preoperatief duplexonderzoek lijkt de kans op het krijgen van recidief varices te verkleinen (Blomgren, et al., 2005). Het niet-invasieve karakter is een evident voordeel. Duplex is, in tegenstelling tot flebografie niet trombogene en heeft niet het potentiële risico van straling. De leden van de werkgroep zijn het er allen over eens dat duplexonderzoek eigenlijk onontbeerlijk is om te komen tot een goed behandelplan voor patiënten met varices. Er is zelfs onderzoek verricht waaruit blijkt dat bij patiënten met bezemrijsvarices een verhoogde kans bestaat op insufficiëntie van de crosse. Aangezien tekenen van chronische veneuze insufficiëntie altijd achterlopen bij de hemodynamiek is het klinisch beeld onvoldoende om tot een therapieplan te komen.

### Mogelijkheden tot verbetering

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

### Validiteit

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

### Betrouwbaarheid

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

### Discriminerend vermogen

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

### Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

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

### Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Het registreren van duplexonderzoek zal naar verwachting geen grote problemen opleveren. De vraag is meer of men overal dezelfde teller en noemer zal hanteren. Het gaat om het duplexonderzoek bij C2 en C3 patiënten. Behalve dat die classificatie nog

op te weinig plaatsen wordt toegepast zal ook de uniformiteit van classificeren nog veel te wensen over te laten. Mocht dit niet haalbaar zijn, dan is het wellicht verstandig de indicator eerst te beperken tot een structuurindicator, waarbij alleen maar wordt aangegeven of duplex beschikbaar is en hoe vaak onderzoek van veneuze insufficiëntie met duplex in totaal werd uitgevoerd i.v.m. het totaal aantal invasief behandelde patiënten. Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

#### Referenties

- Baker, S.R., Burnand, K.G., Sommerville, K.M., Thomas, M.L., Wilson, N.M., Browse, N.L. Comparison of venous reflux assessed by duplex scanning and descending phlebography in chronic venous disease. Lancet 1993; 341: 400-3.
- Baldt, M.M., Bohler, K., Zontsich, T., Bankier A.A., Breitenseher, M., Schneider, B., Preoperative imaging of lower extremity varicose veins: color coded duplex sonography or venography. J Ultrasound Med 1996; 15: 143-54.
- Blomgren, L., Johansson, G., Bergqvist, D. Randomized clinical trial of routine preoperative duplex imaging before varicose vein surgery. Br J Surg 2005; 92: 688-94.
- Haenen, J.H., van Langen, H., Janssen, M.C.H., Wollersheim, H., van 't Hof, M.A., van Asten, W.N.J.C., Skotnicki, S.H., Thien, T. Venous duplex scanning of the leg; range, variability and reproducibility. Clin Sci 96: 271-277, 1999
- Magnusson, M., Kalebo, P., Lukes, P., Sivertsson, R., Risberg, B. Colour Doppler ultrasound in diagnosing venous insufficiency. A comparison to descending phlebography. Eur J Vasc Endovasc Surg 1995; 9: 437-43.
- Meyer, T., Cavallaro, A., Lang, W. Duplex ultrasonography in the diagnosis of incompetent Cockett veins. Eur J Ultrasound 2000; 11 : 175-80.

## 2.2 Structuurinformatie over het aanbod van de zorg

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

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

<b>Vraag 2</b>	<b>Kunt u in onderstaande tabel aangeven welke en hoeveel behandelaars varices behandelen en hoeveel van hen dit vanuit een gespecialiseerd multidisciplinair behandelteam doen?</b>		
	<b>Behandelaar:</b>	<b>Aantal personen betrokken bij behandeling van spataderen:</b>	<b>Hoeveel van deze personen maken onderdeel uit van een vast multidisciplinair behandelteam voor spataderen?</b>
	Vaatchirurg		
	Dermatoloog		
	Vaatlaborant		
	Verpleegkundige		
	Nurse practitioner		
	Dokterassistente		
	Bandagist		
	Anders, namelijk:		
<b>Definities/Toelichting</b>	Geen bijzonderheden.		
<b>Technische haalbaarheid</b>	Aantal personen op 31-12-2008.		

<b>Vraag 3</b>	<b>Biedt uw ziekenhuislocatie de patiënt aan om de afspraken met behandelaars die samenhangen met variceszorg op één dag aaneensluitend voor hem/haar te plannen?</b>		
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee		
<b>Definities/Toelichting</b>	Geen bijzonderheden.		
<b>Technische haalbaarheid</b>	Geen bijzonderheden.		

<b>Vraag 4</b>	<b>Over welke diagnostische voorzieningen/onderzoeken voor varices beschikt uw ziekenhuislocatie? (Meerdere antwoorden mogelijk)</b>
	<input type="radio"/> Dopplersonderzoek <input type="radio"/> Duplexonderzoek <input type="radio"/> Lichtreflectie-rheografie <input type="radio"/> Anders, namelijk .....
<b>Definities/Toelichting</b>	Geen bijzonderheden.
<b>Technische haalbaarheid</b>	Geen bijzonderheden.

16

<b>Vraag 5</b>	<b>Hoeveel procent van de behandelingen voor varices wordt op één dag uitgevoerd?</b>
	..... %
<b>Definities/Toelichting</b>	Geen bijzonderheden.
<b>Technische haalbaarheid</b>	Selecteer op basis van de DBC coderingen de patiënten met de diagnose varices die onder behandeling waren van een vaatchirurg of een dermatoloog in de periode 1-1-2008 tot 31-12-2008 (Zie hoofdstuk 3, tabel 2, V1,V2). Bepaal van deze patiënten of de behandeling in dagbehandeling of poliklinisch heeft plaatsgevonden.

17

## 3. Lijst te verzamelen variabelen

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

### 3.1 Variabelenlijst

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd.

Op de volgende pagina's worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set varices. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

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

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

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

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

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

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

Tabel 2: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

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

Een voorbeeld is:  $peildatum - geboortedatum = leeftijd$ .

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

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

18

19

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
V0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken.	1, 2
V1	Diagnose varices (vaatchirurg)	03.11.423.201 03.11.423.203 03.11.423.402 03.11.423.201 03.21.423.203 03.21.423.402 03.21.423.403	DBC-registratie	De patiënten van wie een DBC met de onderstaande codering is afgesloten in de meetperiode, dienen geselecteerd te worden. Aantal invasieve technieken wordt voornamelijk niet meegenomen (laser en foam/lucht injectie).	1, 2
V2	Diagnose varices (dermatoloog)	10.11.24.41 (scleroth incl. compressie) 10.21.24.41	DBC-registratie	De patiënten van wie een DBC met de onderstaande codering is afgesloten in de meetperiode, dienen geselecteerd te worden.	1, 2
V3	Invasieve ingreep	CTG 33656 exeresis saph. Magna + exc. Mult. Varices en/of CTG 33658 (subfaciale) perforantectomie en/of 33957 exeresis saph. parva + exc. Mult. Varices en/of 33660 scleroth compressie 33651 EXCISIE VARIX 33652 EXCISIE 2 VARICES 33653 EXCISIE 3 VARICES 33654 EXCISIE >3 VARICES	CTG Verrichtingen registratie	Een aantal invasieve technieken zijn voornamelijk niet op te voeren. Hierbij moet vooral gedacht worden aan nieuwe technieken als lasertherapie, foaminspuiting etc..	1, 2
V4	Datum invasieve ingreep varices	dd-mm-jjjj	CTG Verrichtingen registratie	Hiervoor wordt de datum van uitvoering van V3 vastgelegd. Indien meerdere ingrepen, dan wordt de datum van de eerste ingreep gebruikt.	1, 2

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
V5	C van de CEAP-classificatie	C1,C2,C3,C4,C5 of C6	(poli)klinische status of EPD	Nodig voor exclusie criterium indicator 2.	2
V6	Datum CEAP-classificatie	dd-mm-jjjj	(poli)klinische status of EPD		1
V7	Duplex-onderzoek	33694 DOPPLER MET EVT. PVR 39738 ONDERZ. VEN. AFWIJKINGEN EXTREMITETEN 39739 DUPLEXONDERZ. ARTERIEN OF VENEN 39775 DUPLEX BLOEDVATEN IN EXTREMITETEN 39778 UITBREIDING TCD/DUPLEX MET 1 AANVULLENDE TEST 39773 STANDAARD TC-DUPLEX	Verrichtingen registratie		2
V8	Datum duplex-onderzoek	dd-mm-jjjj	Verrichtingen registratie	<b>Hiervoor wordt de datum van uitvoering van V8 vastgelegd.</b>	2

20

21

Tabel 3: Rekenregels voor te berekenen variabelen

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

# 4. Instructies bij het bepalen van de indicatoren

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

## 4.1 Algemene instructies

### Meerdere locaties/ vestigingen

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

### Koppeling van registratiesystemen

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

## 4.2 Populatiebepaling

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

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

03.11.423.201	03.11.423.202	03.11.423.203	03.11.423 401
03.11.423 402	03.11.423 403	03.21.423.201	03.21.423.202
03.21.423.203	03.21.423 401	03.21.423 402	03.21.423 403
10.11 24.41 (sceroth incl. compressie)			
10.21 24.41			

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

22

23

Gedurende de meetperiode moet één van de onderstaande verrichting zijn uitgevoerd:

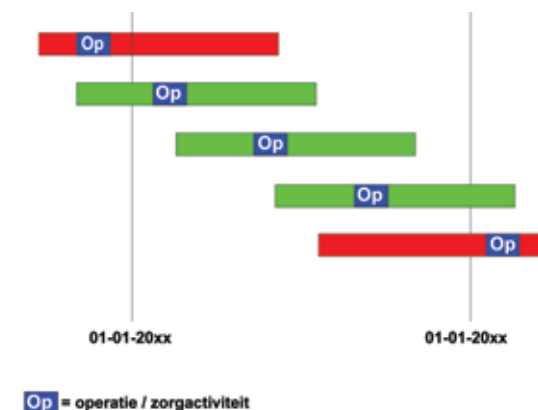
33656	exerese saph. Magna + exc. Mult. Varices
33658	(subfaciale) perforantectomie
33957	exerese saph. parva + exc. Mult. Varices
33660	scleroth compressie
33651	EXCISIE VARIX
33652	EXCISIE 2 VARICES
33653	EXCISIE 3 VARICES
33654	EXCISIE >3 VARICES

Parallele DBC's worden meegenomen. Wel wordt gekeken naar alle verrichtingen die aangevraagd en/of uitgevoerd zijn door de Chirurg of Dermatoloog aangezien verrichtingen aan de andere DBC gekoppeld kunnen zijn.

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

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

**Figuur 1. Populatiebepaling varices**



### In- en exclusiecriteria

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

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

Voor de indicatoren wordt gekeken naar de invasief behandelde patiënten. Daarnaast wordt bij indicator 2 alleen gekeken naar de varices patiënten met een C2 of C3-classificatie. Dat wil zeggen dat ziekenhuizen deze gegevens ook moeten vastleggen.

24

### 4.3 Bepaling van de indicatoren

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

Op deze pagina wordt per indicator aangegeven hoe de indicator uitkomst bepaald kan worden.

Indicator 1	Percentage patiënten bij wie voorafgaand aan een invasieve therapie de C van de CEAP-classificatie is toegepast	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die verzameld is voor de noemer. Het aantal patiënten waarbij pre-operatief de C van de CEAP-classificatie is vastgesteld.	Aantal patiënten noemer waarbij V9=ja
<b>Noemer</b>	Aantal varices patiënten met invasieve behandeling (zie populatiebepaling)	Aantal patiënten V1 en/of V2 en in ieder geval een verrichting uit V3

Indicator 2	Percentage patiënten met C2-C3 varices bij wie voorafgaand aan een ingreep voor varices een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd	Formule
<b>Teller</b>	Tel van de in de noemer geselecteerde patiënten het aantal patiënten dat een duplex voor de operatie heeft gehad.	Aantal patiënten noemer waarbij V10=ja
<b>Noemer</b>	Aantal varices patiënten met invasieve behandeling (zie populatiebepaling), waarbij de C classificatie 2 of 3 is.	Aantal patiënten verzameld onder V1 en V2 en verrichting uit V3 waarbij aantal V5='C2' of 'C3'

### Bijlage 1: Afkortingenlijst

25

<b>AIRE</b>	Appraisal of Indicators, Research and Evaluation
<b>CBO</b>	Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
<b>DBC's</b>	Diagnose Behandeling Combinaties
<b>EPD</b>	Elektronisch patiëntendossier
<b>IGZ</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze inspectie bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten.
<b>OMS</b>	Orde van Medisch Specialisten
<b>RIVM</b>	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
<b>NIVEL</b>	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
<b>NFU</b>	De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
<b>NPCF</b>	De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
<b>NVA</b>	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
<b>NVZ</b>	De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is de brancheorganisatie van de ziekenhuizen
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>ZIS</b>	Ziekenhuis Informatie Systeem
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland

Nr	Indicator	Type	Kwaliteits-domein	Bron	Reden van afwijzing of verwerkt
<b>INDICATIESTELLING EN DIAGNOSTIEK</b>					
1	Indicatie behandeling.	proces	effectiviteit	werggroep	Indicatiestelling is deels subjectief. Daarmee is deze indicator onuitvoerbaar.
2	Beschikt uw ziekenhuis (locatie) over een goed geoutilleerd vaatdiagnostisch laboratorium.	structuur	effectiviteit	werggroep	Dit is geen discriminerende factor. Nagenoeg alle ziekenhuizen waar behandeling voor varices plaats vindt beschikken hierover.
3	Percentage patiënten bij wie voorafgaand aan een invasieve therapie de CEAP-classificatie is toegepast.	proces	effectiviteit	richtlijn / ZN	De CEAP-classificatie is een algemeen aanvaarde indeling voor varices waarmee men op een inzichtelijke manier de aard en omvang van varices in kaart kan brengen en in de tijd kan vervolgen. In de richtlijn wordt door de werkgroep aanbevolen de C van de CEAP-classificatie in de status te vermelden. Het klinisch beeld en de bevindingen bij Duplex-onderzoek bepalen samen de keuze van behandeling. De indicator zegt verder niet al te veel over de kwaliteit van zorg.
4	Percentage patiënten bij wie voorafgaand aan een invasieve therapie een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem wordt uitgevoerd.	proces	effectiviteit/ veiligheid	richtlijn / ZN / BQS	Dit lijkt een zinvolle indicator. Bij een aantal patiënten wordt na duplex een andere behandeling gekozen. In de richtlijn staat: <i>Indien men besluit tot invasieve therapie bij C2-C3 varices wordt voorafgaand aan de behandeling een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem uitgevoerd.</i> Dit vereist wel dat in elk ziekenhuis duplex-apparatuur aanwezig is, hetgeen zo lijkt te zijn.
5	Duplexonderzoek preoperatief voor localisatie van te behandelen plekken.	proces	effectiviteit	ZN	Uniforme afspraken over de indicatiestelling van het duplexonderzoek is een van de belangrijke onderwerpen in de richtlijn Varices. Het percentage patiënten voorafgaand aan een behandeling van C2 en C3 varices een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe veneuze systeem wordt uitgevoerd geeft indirect een goede indicatie van de kwaliteit van de zorgverlening. Het is de beste test om de mate van reflux- en klepinsufficiëntie in het veneuze systeem aan te tonen. Dat geldt zowel voor primaire als voor recidief varices. Ook kunnen hiermee anatomische afwijkingen voorafgaande aan een chirurgisch ingreep in kaart worden gebracht, zoals het niveau van inmonding van de VSP in de v. poplitea. Duplex-onderzoek is dan ook niet alleen van belang voor de juiste indicatiestelling, maar ook een hulpmiddel voor de behandelaar tijdens de invasieve ingreep.
6	Preoperatieve diagnostiek met aanvullend beeldonderzoek.	proces	effectiviteit	BQS	Is volgens de Duijste Flebologen Vereniging aangetoond effectiever. Deze indicator lijkt overbodig als duplex standaard wordt uitgevoerd en de uitslag daarvan tijdens de operatie op de OK beschikbaar is.

26

27

Nr	Indicator	Type	Kwaliteits-domein	Bron	Reden van afwijzing of verwerkt
<b>BEHANDELING</b>					
7	Gebruik trombose profylaxe tijdens de operatieve ingreep bij risicopatiënten of risicosituaties.	proces	veiligheid	IGZ	Tromboseprofylaxe niet geïndiceerd in dagbehandeling of bij patiënten die snel mobiel zijn. Mede daardoor moeilijk te operationaliseren in een indicator. Hier wordt in de richtlijn ook niets over gezegd.
8	Heeft de patiënt de mogelijkheid om de anesthesie zelf te kiezen.	structuur	patiënt-gerichtheid	werggroep	Wel nuttig, maar moeilijk of niet te operationaliseren in een indicator.
9	Percentage patiënten in dagbehandeling.	proces	effectiviteit; kosten; patiënt-gerichtheid	ZN	Lijkt een potentieel nuttige indicator. Om een ingreep in dagbehandeling te laten plaatsvinden dient geregeld te zijn: preoperatieve beoordeling door anesthesioloog, thuis adequate opvang en vervoer naar huis. Zegt iets over de organisatiegraag van ziekenhuis en afdeling.
10	Percentage patiënten bij wie geen invasieve behandeling van varices mogelijk is, dat compressie-therapie ontvangt.	proces	effectiviteit	richtlijn	In de richtlijn staat: <i>De werkgroep is van mening dat, indien invasieve behandeling van varices niet mogelijk of wenselijk is, behandeling met behulp van een Therapeutisch Elastische Kous (Klasse II, lengte AD) zinvol zou kunnen zijn;</i> de richtlijn is te vrijblijvend; bovendien moeilijk te operationaliseren in een indicator.
11	VSM stripping femur (Oberschenkel) in stadium 1 en 2 van Hach	proces	effectiviteit	BQS	Voegt niks toe aan de tekst in de richtlijn over de korte strip.
12	VSM stripping tot aan proximale onderbeen (Unterschenkel).	proces	effectiviteit	BQS	Onduidelijk waarom dit erin staat.
13	(Deels) VSM stripping van distale onderbeen bij incomplete 'Stammvarikose' van distale onderbeen.	proces	effectiviteit	BQS	Dit is in principe de korte strip tot net onder de knie. Is in de richtlijn uitvoerig aan de orde gekomen. Onduidelijk waarom dit er in staat.
14	Stripping of 'Mündungsfligatur' van VSP bij proximale onderbeen.	proces	effectiviteit	BQS	Behandeling die niet veel wordt uitgevoerd. Indicator heeft dus geen zin.
15	Bij tenminste 80% van de patiënten die wordt behandeld voor een saphene stam als oorzaak voor zijn C2- C3 varices wordt de betrokken stam geobliteerd.	uitkomst	effectiviteit	werggroep/ richtlijn	Ook de stripping van de VSP wordt in Nederland niet genoeg en op te weinig plaatsen uitgevoerd om er een indicator aan te wijden. In de richtlijn staat: <i>Bij een insufficiënte VSM is het strippen van de stam met een crosscutomie de goud standaard. Mogelijk goede minimaal invasieve alternatieven zijn endoveneuze behandelingen zoals foamscleroseren, VNUS™ of laser therapie.</i> In de richtlijn wordt geen verdere specificatie gegeven; is dan ook moeilijk te operationaliseren in een indicator.
16	De behandeling van patiënten met C2-C3 varices geschiedt bij 90% van hen door een behandelaar met ruime ervaring.	structuur	effectiviteit/ veiligheid	werggroep	In de richtlijn staat: <i>Ter overweging dat de werkgroep van mening is dat de (operatieve) behandeling van VSP stamvarices dient te geschieden door een op het gebied van veneuze insufficiëntie ervaren behandelaar;</i> hier wordt geen onderbouwing aan gegeven. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de behandeling van deze patiënten niet meer geschiedt door de jongste assistent als solist, of door een weinig ervaren behandelaar. Is niet of nauwelijks te operationaliseren. Hoe definieer je ruime ervaring?

Nr	Indicator	Type	Kwaliteits- domein	Bron	Reden van afwijzing of verwerkt
<b>PATIËNTENVOORLICHTING</b>					
17	Aanwezigheid patiëntenfolder	structuur	patiënt- gerichtheid	vragenlijst consumenten- bond	Lijkt een potentieel nuttige indicator; goed te operationaliseren, maar eigenlijk zou je de aard van de voorlichting willen beoordelen. Aanwezigheid van folder betekent niet dat deze wordt meegegeven/meegenomen of gelezen.
<b>COMPLICATIES</b>					
18	Percentage nabloeding, abusievelijk onderbinden van arterie, zenuwletsel, DVT.	uitkomst	veiligheid/ effectiviteit	werkgroep	Goed te operationaliseren in een indicator, maar het komt waarschijnlijk te weinig voor en/of is vaak niet ernstig genoeg om dit bij iedereen te gaan bijhouden (incidentie?). Ook moeten er dan eerst goed afspraken worden gemaakt over wat men onder hematoom, zenuwletsel e.d. verstaat. Gezien ook de brede interesse voor patiëntveiligheid op dit moment in de gehele westerse wereld is dit echter wel een indicator die men zou kunnen overwegen als de complicatieregistratie beter is ingebed in het ziekenhuisgebeuren.
19	Percentage ongeplande heroperaties van het totaal aantal operaties per jaar.	uitkomst	effectiviteit/ veiligheid	IGZ	Het registreren van heroperaties geeft op zich veel inzicht in de kwaliteit van zorg maar stuit in de praktijk op allerlei bezwaren: 1) veel mensen met een recidief komen niet terug; 2) mensen die terug komen, gaan vaak niet terug naar hun operateur (o.a. om onvoldoende kwaliteit); 3) als een heroperatie als zodanig is geregistreerd, zou de verzekeraar de meest aanwezige instantie zijn om de gegevens te verschaffen; ervan uitgaande dat patiënten niet switchen van verzekeraar; 4) deze indicator heeft alleen zin als men het eens is over de definitie van een recidief en het tijdsbestek waarin het recidief valt. Is moeilijk te operationaliseren. Ook weinig discriminerend in verband met lage frequentie? Verzekeraars, zo wordt gesteld, kunnen recidieven zien in hun DBC-administratie. Dat is niet juist, verzekeraars kunnen alleen zien hoe vaak dezelfde DBC wordt gedeclareerd maar dat ook betekenen het andere been, een VSP die later insufficient wordt of een dubbel aangelegde VSM die bij een eerdere operatie niet werd gevonden of herkend.
20	Beschikbaarheid van complicatie registratie.	structuur	veiligheid/ effectiviteit	IGZ	Te algemeen; wel nuttig. Zie no. 18.
21	Postoperatieve wondinfecties.	uitkomst	veiligheid/ effectiviteit	BOS	Te algemeen; wel nuttig. Zie no. 18.

28

29

## Bijlage 3:

## Verwerken commentaar consultatieronde

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

Nr	Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
	<p>kwiteit kost geen geld maar levert geld op. Wel veel evidence voor] Als over enige tijd zou blijken dat de endovasculaire behandeling de huidige behandeling kan evenaren dan kan dit het pre-operatieve lokaliserende duplex eventueel vervangen omdat de endovasculaire behandeling onder duplex 'zicht' plaats vindt.</p>			
3	<p>De opmerking op pg 8 ' duplex, flebografie op achtergrond' lijkt mij te zwak geformuleerd. Ik zou prefereren 'obsoleet'. De enige indicatie is als duplex ons in de steek laat of bij bekkenvarices.</p>	ZN	Niet verwerkt	<p>Voor gewone varices is een flebografie inderdaad obsoleet. Enkele uitzonderingen kwamen in de richtlijn aan de orde, zoals bekkenvarices. Vandaar het voorbehoud.</p>
4	<p>De gekozen formulering op pg 8 is mogelijk voor velen multi-interpretabel en niet duidelijk. Er zou duidelijk gemaakt moeten worden dat er in 100% van de varices [C2-C6] een duplex onderzoek moet plaats vinden en dat bij te opereren patiënten juist voorafgaande aan de ingreep een lokaliserende duplex door de operateur een standaard procedure moet zijn.</p>	ZN	Niet verwerkt	<p>Duplexonderzoek is doorgedrongen in alle ziekenhuizen. Op individuele poliklinieken en flebologische centra buiten de ziekenhuizen wordt relatief nog teveel gebruik gemaakt van dopplersonderzoek. 100% Duplex is echter niet de norm. De indicator is het percentage patiënten dat een Duplex onderging. Iedereen kan straks op Internet zien hoe goed een behandelaar dat regelt. Overigens is niet veel bekend over het juiste tijdstip voor behandeling. Is direct voor OK hetzelfde als: wanneer de inkt nog zichtbaar is?</p>
5	<p>Pg 13, duplexlokalisatie nog niet overal standaard. Juist om die reden is het opnemen van de lokaliserende duplex zo belangrijk ter verkrijging van draagvlak. Uit ervaring weet ik dat het lokaliseren van te opereren patiënten slecht past in de logistiek van de dagelijkse indeling van een chirurg, ik kan me voorstellen dat dit de reden is dat lang niet elke chirurg die varices opereert met duplex lokaliseert. Maar dat mag geen reden zijn om het niet tot good practice te verheffen. Want daarom gaat nu juist.</p>	ZN	Deels verwerkt	<p>De leden van de werkgroep zijn het er allen over eens dat duplexonderzoek eigenlijk onontbeerlijk is om te komen tot een goed behandelplan voor patiënten met varices. Er bestaat zelfs onderzoek dat bij patiënten met bezemrijsvarices er een verhoogde kans is op een insufficiëntie van de crosse. Aangezien tekenen van chronische veneuze insufficiëntie altijd achter lopen bij de hemodynamiek is het klinisch beeld onvoldoende om tot een therapieplan te komen.</p>
6	<p>Dagbehandeling zegt weinig over de kwaliteit van de zorg zoals er terecht staat. Het is mogelijk een procesindicator die iets zegt over de logistieke mogelijkheden van een ziekenhuis. Dat het impliciet een indicator is voor preoperatieve beoordeling anesthesist, opvang thuis en vervoer waag ik te betwijfelen. Het zou dan beter zijn om deze drie items tot indicator te verheffen. Iemand stelt dat het de kosten drukt. Dat zal wel waar zijn maar als behandelaar ben je toch in de eerste plaats geïnteresseerd in de vraag of de zorg goed is. En in dit verband</p>	ZN	Verwerkt	<p>De indicator dagbehandeling is om redenen van relevantie gesneuveld.</p>

30

31

Nr	Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
	<p>is goed wederom erop te wijzen dat betere zorg goedkoper uitkomt dan minder goede zorg. Je zou kunnen denken aan de CAHPS [consumer assessment of health survey] dat momenteel door verzekeraars wordt ontwikkeld. Aan patiënten wordt een vragenlijst toegestuurd met allerlei vragen over de zorg die is verleend. Hierin zouden de vragen over vervoer, opvang en pre-op screening in kunnen staan.</p>			
7	<p>De indicator over de patiëntenfolder vind ik ook niet zo'n sterke indicator omdat het er in feite om gaat of de gang van zaken, een aantal mogelijke complicaties [zenuwletsels bv.] goed pre-op besproken zijn. Dat blijkt niet uit het uitdelen van een folder.</p>	ZN	Verwerkt	<p>Informatieverstrekking is een wettelijke plicht. Hoe maken we meetbaar dat dit ook gebeurt op een juiste manier? De werkgroep vond dit een legitieme vraag, maar het gaat er om het hebben van voorlichtingsmateriaal, maar om wat er in de praktijk ook wat mee gebeurt. De werkgroep heeft daarom in overleg met de patiëntenvereniging besloten eerst goed voorlichtingsmateriaal te maken. In tweede instantie kan dan worden getoetst of deze informatie wordt uitgereikt en opgevolgd. Zodoende is de indicator komen te vervallen.</p>
8	<p>Percentage patiënten met CEAP classificatie: Dit zou wel degelijk een goede indicator zijn want dan wordt meetbaar welke pts ten onrechte alleen met sclerotherapie wordt behandeld. Ik weet natuurlijk ook wel dat op dit moment weinigen de CEAP classificatie daadwerkelijk gebruiken maar het is nu juist de bedoeling dat kwaliteit meetbaar wordt gemaakt. Dat het op dit moment moeilijk te operationaliseren is om dezelfde reden een in eigenlijk argument. Er gaat binnenkort een pilot beginnen in 6 ziekenhuizen om dit operationaliseren en benchmarken te onderzoeken. Zonder een EPD waarin de dokter de echte diagnose vastlegt [dus ook de CEAP classificatie] is de toekomst van kwaliteitsindicatoren kansloos. Als het % CEAP een indicator wordt is dat een stimulans voor de invoering van een EPD.</p>	ZN	Verwerkt	<p>De werkgroep is van mening dat dit een goede indicator is om als beroepsgroep transparant te zijn over de geleverde zorg. In de toekomst zal goed gekeken moeten worden hoe de gegevens naar buiten gebracht worden om misbruik te voorkomen.</p>
9	<p>Duplex onmiddellijk voorafgaande aan de behandeling uitgevoerd door de operateur stelt de operateur in staat de inmonding van de VSP vast te stellen, de grootte van de perforatoren te bepalen als mede het niveau. De aanbeveling in de richtlijn is: indien men besluit tot invasieve therapie bij C2-C3 varices wordt VOORAFGAANDE AAN DE BEHANDELING een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem uitgevoerd. In het concept indicatoren varices staat op pg 11 het woord ' ten tijde van ' en de opmerkingen over de</p>	ZN	Deels verwerkt	<p>Er is onvoldoende bewijs voor het doen van het preop Duplex onderzoek door de operateur zelf. Het kan zelfs ongewenst zijn, want vele moderne behandelaars kunnen niet meer zelf de probe vasthouden. Wel moet altijd de chirurg zelf het been met tekeningen zien, eventueel bijtekenen, en verder moet hij op zijn medewerkers vertrouwen.</p>

Nr	Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
	inmondig van de VSP. Ik kan dit allemaal niet anders interpreteren dan ' een lokalisatie duplex onmiddellijk voorafgaande aan de operatie'. Ik weet niet of er evidence bestaat voor mijn stelling, het zal wel niet.			We moeten indicatiestelling en preoperatieve markering blijven scheiden, al was het maar om efficiënt te kunnen blijven plannen. Dat zal ook na volledige introductie van endovasculaire behandelingen zo zijn.
10	Heroperaties. Verzekeraars zo wordt gesteld kunnen recidieven zien in hun DBC administratie. Dat is niet juist, verzekeraars kunnen alleen zien hoe vaak dezelfde DBC wordt gedeclareerd maar dat ook betekenen het andere been, een VSP die later insufficiënt wordt of een dubbel aangelegde VSM die bij een eerdere operatie niet werd gevonden of herkend.	ZN	Ter kennisgeving aangenomen	
11	Het voorkomen van grote bloedingen en zenuwletsels is toch wel in percentages voor de komma uit te drukken. Ook is het zo dat de NVvH en de visitatie-commissie van de NVvH sterk aandringen op het registreren van complicaties. Gezien ook de brede interesse voor patiëntveiligheid op dit moment in de gehele westerse wereld is het m.i. een gemiste kans om niet het registreren van complicaties als indicator te gebruiken. Als dit wordt ingebracht voor de angst dat de resultaten van een complicatieregistratie op straat komen kan dit worden afgedekt door het voeren van een complicatie registratie tot structuur indicator te maken. De resultaten van een registratie kunnen binnen de NVvH en de visitatie' s worden beoordeeld.	ZN	Niet verwerkt	Over de complicatieregistratie is nog steeds veel te doen. Dit ligt meer op het bord van koepels en bestuurders om hier afspraken over te maken. In de toekomst zal goed gekeken moeten worden hoe de gegevens naar buiten gebracht worden om misbruik te voorkomen.
12	Ik denk dat er een vergissing op blz. 7 is gebeurd. Er staat dat de BeNeLux vereniging voor flebologie is benaderd voor bovengenoemd stuk, maar tijdens onze laatste vergadering binnen de BeNeLux heb ik dit nog even bij alle bestuursleden nagevraagd, en dat blijkt niet zo te zijn. Wel is er binnen de commissie flebologie van de NVDV uit nagedacht over kwaliteitsindicatoren.	A. Sommer (derm. AZM)	Verwerkt	Gecorrigeerd.
13	Mij valt op dat het hele manuscript een best 'gesloten' karakter heeft, terwijl juist op dit moment heel veel evidence based onderzoek aan de gang is naar e.g. foambehandeling en ook endoveneuze laser behandeling. Het lijkt me dan ook niet de werkelijkheid weergevend wat er op blz. 21 vermeld staat. Een heel lang stuk over stripping, enkele regels over endolaser, en foam wordt nog niet eens genoemd! Dat vertekent de werkelijkheid, en zeker als deze leeswijzer bedoeld is voor mensen, die er verder niets van afweten!	A. Sommer (derm. AZM)	Ter kennisgeving aangenomen	

32

33

Nr	Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt
14	Wij zijn van mening dat voor een goede registratie van de kwaliteitsindicatoren geen elektronisch dossier noodzakelijk is. In de titel staat voorafgaand aan een ingreep, maar uit de verdere tekst blijkt het te gaan om een operatieve ingreep. Wij stellen voor het woord operatieve toe te voegen, ook in het stukje: relatie tot kwaliteit. Wij zijn het er mee eens dat preoperatief duplexonderzoek aan te bevelen is. De werkgroep vindt dat duplexonderzoek onontbeerlijk is voor behandelplan: Echter in de richtlijn staat dat oriënterende Doppleronderzoek voor C1 en C2 varices wel degelijk voldoende kan zijn en wij zijn het hier ook ten volle mee eens. Er wordt gesproken over invasief, waarschijnlijk wordt bedoeld operatief. De woorden operatief en invasief worden door elkaar gebruikt, maar het is duidelijk, dat hier geen sclerocompressie bedoeld wordt. Het moet duidelijk worden dat behandeling met therapeutische elastische kousen een belangrijk onderdeel kan zijn van het therapieplan voor varices en niet alleen iets wat toegepast wordt als er niet geopteerd kan worden. Sclerocompressietherapie is ook een optie en valt niet onder invasieve ingreep.	EM de Boer, HM van den Hoogenband, (derm. Vumc)	Alle opmerkingen verwerkt

\* Indien mogelijk/nodig is het commentaar samengevat

Commentaar*	LOGBOEK / OPMERKINGEN WEBENQUÊTE EN INTERVIEW:	Consequentie	Toelichting
1	CEAP classificatie wordt in de status vastgelegd en is daardoor niet digitaal te ontsluiten.	Geen wijziging	Indicator 1: percentage patiënten bij wie voorafgaand aan een invasieve therapie de C van de CEAP-classificatie is toegepast. In rapportage stond destijds al 'Zonder een EPD waarin de behandelaar de diagnose vastlegt en classificeert hebben de kwaliteitsindicatoren weinig kans van slagen'
2	Verschil in registratie door chirurgen en dermatologen ten aanzien van registratie CEAP classificatie. Opvallend dat verschillende ziekenhuizen melden dat juist of de chirurgen de CEAP noteren of juist de dermatologen.	Geen wijziging	
3	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.	Geen wijziging	Niet relevant voor de indicator of de dermatoloog of vaatchirurg de behandeling uitvoert. Er zijn inmiddels Chirurgische en Dermatologische DBC's.
4	Ook op andere codes dan de in de gids opgegeven codes wordt geregistreerd.	Geen wijziging	Indicator 1 en 2. Opmerking niet specifiek genoeg.
5	In 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?	Patiënten toegevoegd in de noemer van indicator 2	Indicator 1 en 2. Bij indicator 1 staan in de teller en noemer 'aantal patiënten'. Bij indicator 2 staat in de teller 'aantal patiënten', maar in de noemer 'aantal ingrepen'.
6	De instructie zou expliciet moeten vermelden dat datum duplexonderzoek binnen de DBC moet vallen, dat is nu aangenomen.	Geen wijziging	Indicator 2: Percentage patiënten met C2—C3 varices bij wie voorafgaand aan een ingreep voor varices een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd. Hoe een populatie wordt bepaald wordt uitgelegd bij 4.2 (registratiegids) <i>bepalen van de populatie</i> .
7	Het toepassen van sclerotherapie (inspuiten en compressietherapie) bij heelkunde wordt met een aparte behandelcode gecodeerd. Deze is daarom meegenomen in de DBC.	Geen wijziging	Indicator 1 en 2. Opmerking: lokale registratie van DBC's kan van invloed zijn op betrouwbaarheid indicatoren.
8	In sommige gevallen is een en ander zo duidelijk voelbaar en zichtbaar dat een duplexonderzoek zowel door de dermatoloog als door de patiënt niet gewenst is.	Geen wijziging	Indicator 2. Dit is niet juist. Er is voldoende evidence dat die zogenaamde duidelijke gevallen ook foutief kunnen zijn.
9	Een ziekenhuis gebruikt ten aanzien van de C van de CEAP classificaties de codes 1—6 (dus hoger dan de genoemde 1—4).	Geen wijziging	Indicator 1 en 2. Bij variabele V5 (registratiegids) worden C1t/m C6 genoemd.
10	Het uitvoeren van een duplex onderzoek is standaardonderdeel van het protocol Varices.	Geen wijziging	
11	Wat te doen als er niet met de CEAP classificatie wordt gewerkt?	Geen wijziging	Als er niet met de CEAP classificatie gewerkt wordt zou dit veranderd moeten worden.

\* indien mogelijk/nodig samengevat

34

35



CBO  
T.,a.v. de weledelzeergeleerde heer  
dr. J.J.E. van Everdingen  
Postbus 20064  
3002 LB Utrecht

Onze referentie : 2007/2063-4.16  
Datum : 26 september 2007  
Betreft : Varices

Geachte heer Van Everdingen, beste Jannes,

Uw brief d.d. 22 augustus 2007, ref.nr. JJE/mvdz/627/2007, hebben wij in goede orde ontvangen. Uw vraag kunnen wij als volgt antwoorden.  
De richtlijn Diagnostiek en behandeling van Varices is door de Algemene Ledenvergadering van de NVDV d.d. 19 januari 2007 geaccordeerd.

Met vriendelijke groeten,  
Namens het bestuur van de NVDV,

Elke M.G.J. de Jong,  
secretaris

cc: Dr. K-P. de Roos, e-mail: [kpdr@home.nl](mailto:kpdr@home.nl)

