



Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:

Postbus 16119
2500 BC Den Haag

Telefoon:

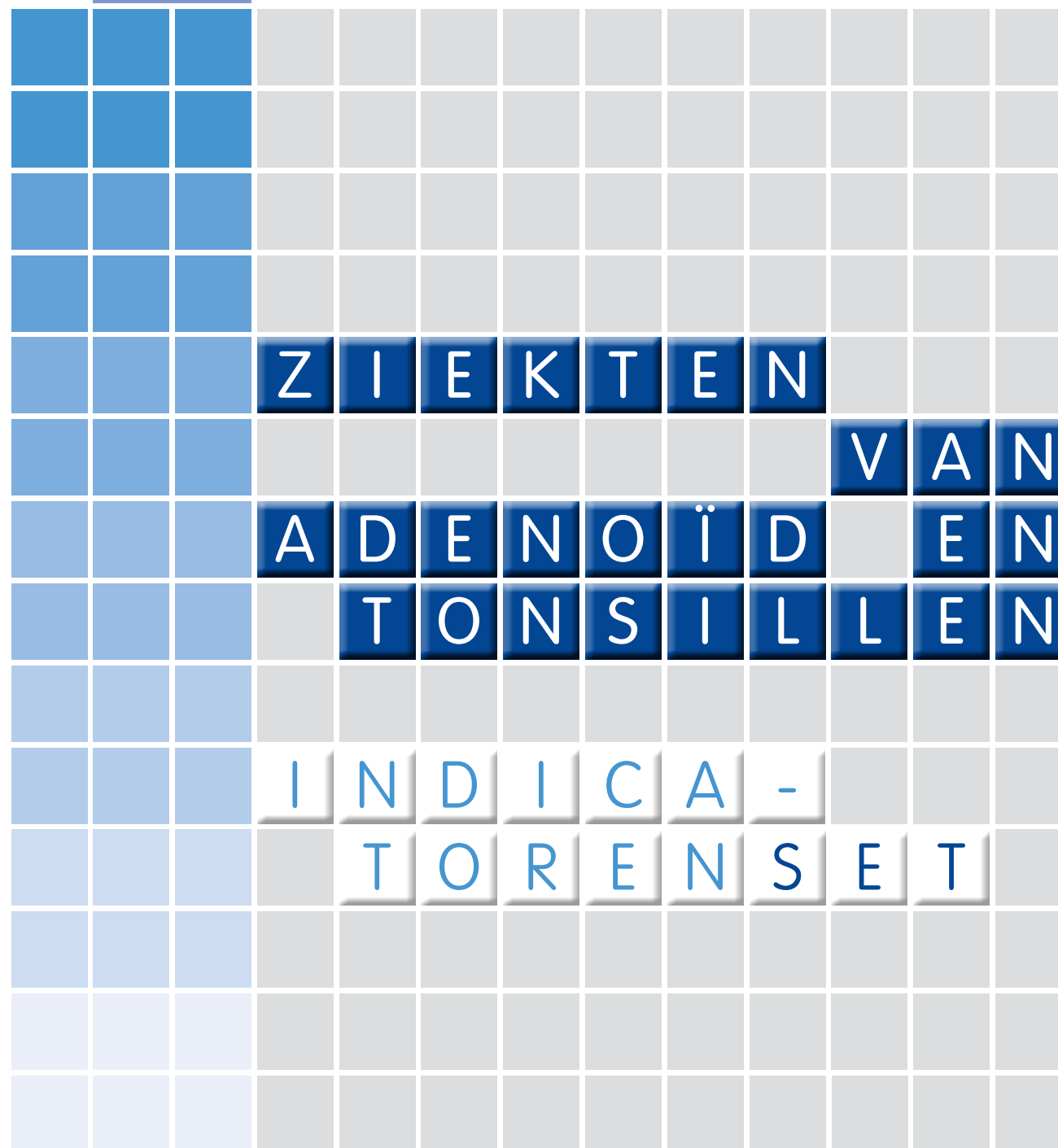
(070) 3407911

Telefax:

(070) 3405725

Internet:

www.zichtbarezorg.nl



Z I E K T E N

V A N

A D E N O Ï D E N

T O N S I L L E N

I N D I C A -

T O R E N S E T

Colofon

Internet: www.zichtbarezorg.nl

E-mail: info@zichtbarezorg.nl

Samenstelling werkgroep indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

mw. M.E.A. van Bergen-Rodts, *Vereniging Kind en Ziekenhuis, Dordrecht*

mw. drs. I.J.M. Harms, Menzis, *vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland*

mw. drs. A.Schuurhuis, *Anesthesioloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht*

dr. H.P.Verschuur, *voorzitter werkgroep 'externe indicatoren ziekten adenoïd en tonsillen' KNO-arts,*

Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag

dhr. H.J.A. Visser, KNO-arts, *'t Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer*

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 Ziekten van Adenoïd en Tonsillen pagina 8

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

3 Lijst te verzamelen variabelen pagina 23

- 3.1 Variabelenlijst

4 Instructies bij het bepalen van de indicatoren pagina 29

- 4.1 Algemene instructies
- 4.2 Populatiebepaling voor Ziekten van Adenoïd en Tonsillen
- 4.3 Bepaling van de indicatoren

Bijlage 1: Afkortingenlijst pagina 34

Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren pagina 35

Bijlage 3: Verwerken commentaar consultatieronde pagina 39

Bijlage 4: Verwerking bevindingen Inlooperperiode 2008 pagina 42

Bijlage 5: Autorisatie wetenschappelijke verenigingen pagina 45

1. Inleiding

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

1.1 Inzicht in kwaliteit van zorg

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

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

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

1.2 Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Om te werken aan stroomlijning in de uitvraag van kwaliteitsinformatie, hebben acht partijen¹ zich in 2007 verenigd in de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De Stuurgroep stelt vast over welk aanbod van de ziekenhuiszorg kwaliteit zichtbaar moet worden en zij zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. De Stuurgroep wordt ondersteund door de landelijke projectorganisatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Het is het streven van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen dat kwaliteitsinformatie zoveel mogelijk door middel van één kanaal uitgevraagd wordt en dat ziekenhuizen daarbij zoveel mogelijk door één organisatie worden ondersteund. Zichtbare Zorg Ziekenhuizen wil met deze aanpak bereiken dat de registratiedruk die op ziekenhuizen wordt gelegd beperkt wordt en dat er een duidelijk en gebruiksvriendelijk proces van meten en registreren ontstaat.

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

1.3 Indicatorenset

De werkgroep voor de indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen bestaat uit de volgende personen:

mw. M.E.A. van Bergen-Rodts, *Vereniging Kind en Ziekenhuis, Dordrecht*

mw. drs. I.J.M. Harms, *Menzis, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland*

mw. drs. A.Schuurhuis, *Anesthesioloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht*

dr. H.P.Verschuur, *voorzitter werkgroep 'externe indicatoren ziekten adenoïd en tonsillen' KNO-arts, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag*

dhr. H.J.A. Visser, *KNO-arts, 't Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer*

De indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen 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 in 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 hebben inhoudelijk input geleverd op de indicatoren en de meetspecificaties. De ervaringen uit de ziekenhuizen vormen de grondstof voor een verdere optimalisering van de indicatorensets en de bijbehorende registratiegidsen. De werkgroep externe indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen heeft de inhoudelijke input van de ziekenhuizen besproken en deze gebruikt voor de verbetering en aanscherping van de indicatorensets en de meetspecificaties. Een overzicht van de aanpassingen is te vinden in bijlage 4.

1.4 Totstandkoming van indicatorensets

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

Ontwikkelen

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

De werkgroep begint met het vaststellen voor welke patiëntengroepen, verrichtingen en kwaliteitsdomeinen indicatoren worden ontwikkeld. Een belangrijke leidraad hierbij is het AIRE- instrument, een methodologisch instrument dat dient als evaluatie- en toetsingskader voor indicatoren ([http://aire-instrument.com/AIRE_Instrument\(VERSIE2.0\).pdf](http://aire-instrument.com/AIRE_Instrument(VERSIE2.0).pdf)).

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

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

Op basis hiervan wordt een overzicht van potentiële indicatoren (groslijst) gemaakt. Door de groslijst in verschillende vergaderingen en met patiëntengroepen te bespreken stelt de werkgroep een uiteindelijke lijst van kwaliteitsindicatoren samen. Argumentatie voor afwijzing van indicatoren uit de lijst is gedocumenteerd (zie bijlage 2). Iedere indicator wordt uitgewerkt in een factsheet of in een vragenlijst.

Voordat de definitieve indicatorenset wordt opgeleverd wordt de set ter consultatie aangeboden aan de betrokken wetenschappelijke beroepsvereniging (zie bijlage 3). De definitieve indicatorenset wordt vastgesteld door de stuurgroep.

Testen

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

Invoeren

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

Onderhouden

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

6

7

1.5 Leeswijzer

Deze leeswijzer geeft weer hoe u de gids met kwaliteitsindicatoren voor Ziekten van Adenoïd en Tonsillen kunt gebruiken.

Hoofdstuk twee begint met een overzicht van de indicatoren die voor de Ziekten van Adenoïd en Tonsillenset 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 Ziekten van Adenoïd en Tonsillen 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 & praktijktest
- Autorisatie wetenschappelijke verenigingen
- Overige bijlagen

2. Overzicht indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

In dit hoofdstuk wordt de indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen beschreven. Deze set bestaat uit 5 indicatoren welke aan de hand van factsheets worden beschreven in paragraaf 2.1. Voor een aantal aandoeningen zijn aanvullende vragen opgesteld die structuurinformatie over het aanbod van de zorg verschaffen. Voor Ziekten van Adenoïd en Tonsillen zijn deze niet opgesteld en om die reden is paragraaf 2.2 dan ook leeg.

2.1 Factsheets per indicator

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

Tabel 1. Toelichting aspecten van de indicatoren

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

Meetfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren gemeten worden. De gegevens die voor de indicatoren nodig zijn worden voor sommige indicatoren continu verzameld. Andere gegevens worden eenmaal per afgesproken periode verzameld.
Meetperiode	De gegevens worden opgevraagd over een zogenaamde meetperiode. Afspraken over deze meetperiode worden landelijk gemaakt.
Rapportagefrequentie	Afspraken over de rapportagefrequentie worden landelijk gemaakt. Bijvoorbeeld 1 keer per jaar.
Type indicator	We onderscheiden drie typen indicatoren. Als eerste zijn er structuurindicatoren. Deze beschrijven of de zorgaanbieder bepaalde voorzieningen heeft getroffen in de organisatie. Denk hierbij bijvoorbeeld over het beschikbaar stellen van een patiëntenfolder of het beschikken over een systeem voor complicatieregistratie. Het betreft veelal het eenmalig beantwoorden van een ja/nee vraag. Daarnaast zijn er procesindicatoren. Procesindicatoren volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Denk bijvoorbeeld aan het percentage operaties dat in dagbehandeling is uitgevoerd of het percentage diabetespatiënten dat in het afgelopen jaar een oogcontrole heeft gehad. Tot slot zijn er uitkomstindicatoren. Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg.
Meetniveau	Structuur indicatoren geven een indruk van de kwaliteit van zorg op het niveau van het ziekenhuis of maatschappniveau. Uitkomst en procesindicatoren worden meestal op patiëntniveau gemeten.
Kwaliteitsdomein	Kwaliteit van zorg wordt onderverdeeld in zes domeinen, namelijk: Veiligheid: het vermijden van veiligheidsrisico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en medewerkers. Effectiviteit: het leveren van nauwkeurige en juiste zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis Patiëntgerichtheid: het respecteren van de unieke noden, wensen en waarden van de patiënt. Tijdigheid: het leveren van zorg op de juiste tijd, verhinderen van wachttijden voor patiënten en medewerkers. Doelmatigheid: het vermijden van zorg die niet bijdraagt aan de vraagstelling van de patiënt en die niet redelijkerwijs kosteneffectief is, vermijden van verspilling. Gelijkheid: het leveren van gelijke zorg voor alle patiëntengroepen, ongeacht sekse, etniciteit, geografische afkomst en sociaal-economische status.

Daarnaast worden er nog extra punten uitgewerkt, bijvoorbeeld²:

- Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg
- Mogelijkheden tot verbetering
- Bependingen bij gebruik en interpretatie
- Validiteit
- Betrouwbaarheid
- Discriminerend vermogen

² Deze onderwerpen kunnen om inhoudelijke reden variëren per indicator

- Minimale bias/beschrijving relevante case-mix
- Registerbaarheid/haalbaarheid registratie/tijdsinvestering
- Referenties

10

11

1. Percentage nabloedingen	
Relatie tot kwaliteit	Één van de mogelijke complicaties die kunnen optreden tijdens of na een (adeno) tonsillectomie is het optreden van een nabloeding. Het percentage nabloedingen geeft volgens de werkgroep een indruk van de kwaliteit van de geboden behandeling. Verder moet rekening worden gehouden met patiëntenkenmerken zoals de gezondheidsstatus en gebruik van medicatie die het optreden van bloedingen kunnen beïnvloeden.
Operationalisatie	Percentage nabloedingen, waarvoor een heropname en/of een heroperatie nodig is, binnen 14 dagen na de ingreep.
Teller	Aantal patiënten bij wie een (adeno) tonsillectomie heeft plaatsgevonden en die binnen 14 dagen na de ingreep een heropname en/of een heroperatie moet ondergaan t.g.v. nabloeding.
Noemer	Totaal aantal patiënten die een (adeno) tonsillectomie heeft ondergaan.
Definitie(s)	<p>Nabloeding: een nabloeding wordt bepaald door de operateur of de verlengde arm.</p> <p>Heropname: iedere nieuwe opname binnen 14 dagen na de ingreep.</p> <p>Heroperatie: alle ingrepen waarbij opnieuw algehele anesthesie nodig is.</p>
In-/exclusiecriteria	De werkgroep stelt voor alle heropnames te registreren en in de toelichting te vermelden hoeveel er in ander ziekenhuis de ATE behandeling hebben ondergaan.
Bron teller	DBC-registratie, Verrichtingenregistratie, (Poli)klinische status, EPD
Bron noemer	DBC-registratie, Verrichtingenregistratie
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1x per meetperiode
Rapportagefrequentie	1x per meetperiode
Type indicator	Uitkomstindicator
Meetniveau	Patiëntniveau; rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, veiligheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Bij het verwijderen van amandelen is er, evenals bij iedere andere operatie, sprake van enig risico. In dit geval wordt het risico vooral gevormd door de mogelijkheid van een nabloeding. Daarom is bij deze ingreep een normale bloedstolling essentieel. Er mogen dus van tevoren, en ook in de eerste dagen na de ingreep, geen medicijnen worden ingenomen die de bloedstolling nadelig beïnvloeden. Met name geen medicijnen die acetylsalicylzuur bevatten (aspirine, acetosal etc.) en coumarine-derivaten. Aangeboren stollingsstoornissen kunnen bij de preoperatieve beoordeling veelal worden opgespoord.

Uit een onderzoek van Van Staaïj et al., blijkt dat van de 195 kinderen die tussen 2000 en 2003 in 24 ziekenhuizen in Nederland een adenotonsillectomie ondergingen er 12 (6%) van de kinderen een complicatie hadden die gerelateerd was aan de ingreep.

- 7 (4%) primaire nabloedingen:
 - 2 (1%) werden chirurgisch behandeld
 - 5 (3%) werden niet-chirurgisch behandeld
 - (3 opgenomen voor observatie)
- 5 (3%) post-operatieve misselijkheid

Mogelijkheden tot verbetering

Mogelijkheden voor het ziekenhuis, maatschap, team, arts om de uitkomst op deze indicator te verbeteren zijn het preoperatieve screenen op co-morbiditeit en stollingsstoornissen en daarnaast het geven van goede voorlichting.

Validiteit

In verschillende studies is onderzocht hoe vaak nabloedingen voorkomen. Een studie van Clark en Waddell, (2004) geeft op basis van tonsillectomieën die tussen 1998 en 2002 in Engeland zijn uitgevoerd (n=220497) aan dat 0.82% van de patiënten (n=1804) (volwassenen en kinderen) opnieuw geopereerd moesten worden om een nabloeding te stoppen. Daarbij is de kans dat volwassenen een nabloeding krijgen waarvoor heroperatie nodig is 4 keer zo groot als bij kinderen.

Uit een onderzoek van Mills et al., (2004) blijkt dat de primaire postoperatieve bloedingen (binnen 24 uur) 0,9 % was en dat 83% procent binnen de verplichte 4 uur observatieperiode optrad. Primaire bloedingen waarbij een heroperatie nodig was nodig in 0.37% van de kinderen. In totaal werden 4850 tonsillectomieën bij kinderen uitgevoerd.

Peeters et al hebben in 1999 gerapporteerd over gegevens van de voorgaande 11 jaar (2,363 tonsillectomieën en 3,295 adenodectomieën). De frequentie van grote bloedingen (major bleedings) post-adenodectomie was 0.2%. Na tonsillectomie was de frequentie van directe postoperatieve grote bloedingen 2.6% en 3.0%, respectievelijk bij kinderen en volwassenen. Secundaire bloedingen na tonsillectomie kwam bij 0.3% van de kinderen en 0.5% van de volwassenen voor. Peterson en Losek, (2004) laten op basis van een retrospectief onderzoek gedurende twee jaar 70 kinderen zien die een secundaire bloeding hebben (na 24 uur na tonsillectomie). De gemiddelde tijd tussen de ingreep en het melden op de spoedeisende hulp was 7.3 dagen. Van de 70 kinderen met bloedingen, werden 63 (90%) chirurgisch behandeld 7, (10%) werden geobserveerd. Drie 3 (43%) van de 7 kinderen die geobserveerd werden hadden opnieuw bloedingen.

Betrouwbaarheid

Wanneer de meetcondities gelijk blijven mag worden verwacht dat bij herhaling van de meting de resultaten gelijk blijven.

Discriminerend vermogen

Beschrijving van de wijze waarop de indicator in staat is de variatie tussen zorgverleners/ziekenhuizen die niet is toe te wijzen aan toevallige variatie, te meten.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

De werkgroep verwacht dat er relevante patiëntenkarakteristieken (leeftijd, kinderen met Down Syndroom) zijn die de uitkomsten van de indicator beïnvloeden. Hier worden naar verwachting in de richtlijn ZATT (ziekten van adenoïd en tonsillen tweede lijn) aanbevelingen over gedaan.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar H3.

Referenties

- Peeters A, Van-Rompaey D, Schmelzer B, Vidts G, Katz S. Tonsillectomy and adenotomy as a one day procedure? Acta Otorhinolaryngol.Belg. 1999 53[2], 91-97.
- Peterson J, Losek JD. Post-tonsillectomy hemorrhage and pediatric emergency care. Clin Pediatr (Phila) 43[5], 445-448. 2004.
- van Staij, B.K., van den Akker, E.H., Rovers, M.M., Hordijk, G.J., Hoes A,W., Schilder A.G. Effectiveness of adenotonsillectomy in children with mild symptoms of throat infections or adenotonsillar hypertrophy: open, randomised controlled trial. British Medical Journal. 2004 September 18;329(7467):651.

2. Aanwezigheid poliklinisch preoperatief spreekuur voor (adeno)tonsillectomie patiënten (en ouders/verzorgers)

Relatie tot kwaliteit	Het poliklinisch adequaat vaststellen van de gezondheidstoestand van de patiënt voorafgaand aan (adeno)tonsillectomie, het juist inschatten van het peroperatieve risico en het zo nodig optimaliseren van de conditie van de patiënt leidt tot een veiliger peri-operatief proces. Bovendien wordt aan patiënten en/of hun ouders tijdig informatie verschaft over de komende behandeling: de vorm van anesthesie die wordt toegepast, het nuchter zijn en de pijnbestrijding na de ingreep. Ook wordt de behandelingsovereenkomst gesloten (conform WGB0).
Operationalisatie	Percentage patiënten dat gepland staat voor een (adeno)tonsillectomie operatie en daarvoor pre-operatief beoordeeld wordt op een anesthesiologische polikliniek.
Teller	Het aantal geopereerde (adeno)tonsillectomie patiënten dat op een anesthesiologische polikliniek preoperatief beoordeeld is.
Noemer	Het totaal aantal geopereerde (adeno)tonsillectomie patiënten
Definitie(s)	Geen aanvullende definities nodig.
In-/exclusiecriteria	Voor deze indicator zijn geen in-/of exclusiecriteria te benoemen.
Bron Teller	DBC registratie, Verrichtingen registratie
Bron Noemer	DBC registratie
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1x per meetperiode
Rapportagefrequentie	1x per meetperiode
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau. Rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit en veiligheid, patiëntgerichtheid

12

13

Afstemming met indicatorenset Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

De indicator 'Aanwezigheid poliklinisch pré-operatief spreekuur voor (adeno)tonsillectomie patiënten (en ouders)' is gebaseerd op de indicator 'gebruik preoperatieve polikliniek' van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. In deze set is de indicator aangepast voor patiënten met ziekten van adenoïd en tonsillen.

In de indicatorenset van de Anesthesiologen gaat het om electieve operaties. Bij (adeno)tonsillectomie operaties is het onderscheid in electieve en acute operaties niet relevant.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het standpunt van de Nederlandse vereniging voor anesthesiologie ten aanzien van 'Preoperatieve zorg' omvat:

- Beoordeling gezondheidstoestand van de patiënt in relatie tot de voorgenomen ingreep.
- Risico-inschatting t.a.v. de voorgenomen ingreep.
- Optimalisatie van de conditie van de patiënt.
- Voorlichting aan de patiënt of diens vertegenwoordiger.
- Het verkrijgen van informed consent (conform WGB0).
- Opstellen van het peri-operatief beleid.

Door het tijdig (voordat de operatie gepland wordt) anesthesiologisch preoperatief beoordelen van de patiënt is er gelegenheid om de conditie van de patiënt te optimaliseren. Dit leidt tot minder afzeggingen van electief geplande ingrepen.

Door het uitsluitend op indicatie aanvragen van aanvullend onderzoek ten opzichte van het oude leeftijdsgebonden protocollaire model kan hierop tevens een kostenbesparing gerealiseerd worden. Uit onderzoek blijkt dat het organiseren van een pre-operatief spreekuur door de anesthesioloog pre-operatieve angst vermindert bij patiënten (Klopfenstein et al., 2000). Daarnaast toonden Ferschl et al., (2005) aan dat een anesthesiologisch spreekuur het aantal afzeggingen en vertragingen op de OK dag laat afnemen. In 62% van alle ziekenhuislocaties waar tonsillectomie bij kinderen plaats vindt bestaat een anesthesiespreekuur voor KNO ingrepen (Kind en Ziekenhuis, 2005)

Mogelijkheden tot verbetering

Streven naar een anesthesiologische preoperatieve polikliniek in ieder ziekenhuis conform het verenigingsstandpunt van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Hierbij is het streven uitdrukkelijk om alle electief geplande patiënten (eventueel vergezeld van ouder/wettelijk vertegenwoordiger) in die preoperatieve setting te spreken en te zien.

Validiteit

In diverse publicaties (Kantlay, 2006; Ferschl, 2005; Garcia-Miguel, 2003), volgend op het proefschrift van Dr. CLG Rutten uit 1996 met als titel 'De anesthesiologische preoperatieve zorg' en het rapport 'Preoperatief onderzoek' van de Gezondheidsraad in 1997, wordt het kwaliteitsbevorderende effect van een anesthesiologische preoperatieve polikliniek bevestigd.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van deze indicator is naar de mening van de 'Werkgroep interne indicatoren anesthesiologie' goed en geeft een goed beeld van de werkwijze in de verschillende ziekenhuizen. Bij deze indicator worden patiënten die om welke reden dan ook afzeggen/afgezegd niet meegeteld.

Discriminerend vermogen

Naar verwachting van de Werkgroep ZAT, zal er een aanzienlijk onderscheid zijn in de uitvoering van het poliklinisch pré-operatief spreekuur voor (adeno)tonsillectomie patiënten (en ouders) tussen de verschillende ziekenhuizen.

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

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

Registreerbaarheid

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar H3.

Referenties

- Ferschl M.B., Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays: *Anesthesiology* 2005; 103:855-9
- Garcia-Miguel FJ: Preoperative assessment, *The Lancet* 2003; 362:1749-57
- Kantlay K.L., The impact of a consultant anaesthetist led pre-operative assessment clinic on patients undergoing major vascular surgery: *Anaesthesia* 2006; 61:234-239
- Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis Beter kiezen 2005. Kiezen voor een kindgericht ziekenhuis. Juni 2005 (interne publicatie)
- Rutten C.L.G.: 'De anesthesiologische preoperatieve zorg', proefschrift 1996 'Preoperatief onderzoek', rapport Gezondheidsraad 1997
- Van Bergen-Rodts, M., Kolman, T. Smiley's voor zeven kinderafdelingen. Onderzoek naar kindgerichtheid van ziekenhuizen. *Kind en Ziekenhuis*. 2005 juli;72-78
- Verenigingsstandpunt 'preoperatieve zorg', Nederlandse vereniging voor anesthesiologie

14

15

Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1x per meetperiode
Rapportagefrequentie	1x per meetperiode
Type indicator	Structuurindicator
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Patiëntveiligheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In een aantal ziekenhuizen gaan kinderen na een (adeno)tonsillectomie niet naar een verkoeverkamer, maar worden direct na de operatie naar een kamer op de verpleegafdeling met monitoring vervoerd. Kind en Ziekenhuis heeft onderzoek gedaan naar de mogelijkheid die ouders/verzorgers hebben om bij het ontwaken aanwezig te zijn. Daaruit blijkt dat in 70% van alle KNO-ingrepen, in dagbehandeling, de ouder/verzorger bij het ontwaken van hun kind kan zijn (Rapportage Kind en Ziekenhuis, 2005; Van Bergen-Rodts, 2005).

Mogelijkheden tot verbetering

Verbetering van de directe postoperatieve organisatie. Het toelaten van een van de ouders bij het ontwaken uit de narcose, nadat het kind de o.k. heeft verlaten na een adenotonsillectomie is een van de maatregelen die kunnen worden genomen.

Validiteit

Kinderen die worden geopereerd zijn vaak angstig en gedesoriënteerd wanneer ze uit de narcose ontwaken. Over de invloed van ouders bij het ontwaken van de kinderen worden tegenstrijdige artikelen gevonden. Diniaco (1983) en Noonan et al., (1991) vonden dat de aanwezigheid van een van de ouders kalmerend werkt. Uit andere onderzoeken komt naar voren dat de aanwezigheid van ouders bij het ontwaken van kinderen uit narcose de angst bij kinderen niet doet afnemen (Tripi et al., 2004; Blesch, 1996). Uit literatuur komt tevens naar voren dat verpleegkundigen het idee van ouders bij het ontwaken niet direct omarmen (Blesch, 1996; Bru, 1993). Uit dezelfde artikelen komt echter ook naar voren dat met de juiste voorlichting aan ouders (en verkoeververpleegkundigen) de angst bij ouders/verzorgers vermindert. Uit onderzoek van Hall et al., (1995) en Tripi et al., (2004) blijkt dat recoverymedewerkers in eerste instantie bedenkingen hadden over de aanwezigheid van ouders bij het ontwaken, maar uiteindelijk beoordelen de medewerkers de aanwezigheid van ouders als positief. Uit de onderzoeken van Bru, (1993) en Tripi, (2004) komt naar voren dat respectievelijk 95% en 100% van de ouders bij een volgende ingreep opnieuw aanwezig zou willen zijn bij het ontwaken.

Betrouwbaarheid

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

Discriminerend vermogen

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

3. Ouder/verzorger structureel aanwezig bij ontwaken

Relatie tot kwaliteit	Kinderen die worden geopereerd zijn vaak angstig en gedesoriënteerd wanneer ze uit de narcose ontwaken. De aanwezigheid van een van de ouders/verzorgers kan kalmerend werken (Diniaco, 1983).
Operationalisatie	Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/verzorgers om aanwezig te zijn tijdens het ontwaken op de verkoeverkamer? ja/nee
Definitie(s)	Verkoeverkamer: Hieronder wordt niet alleen de verkoeverkamer verstaan maar ook de verpleegafdeling of behandelunit met bewaking en uitzuigapparatuur
In-/exclusiecriteria	Voor deze indicator zijn geen in-/of exclusiecriteria te benoemen.
Bron	Protocol

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

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

Haalbaarheid registratie

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Blesch, P., Fisher M.L. The impact of parental presence on parental anxiety and satisfaction. AORN Journal. 1996 Apr;63(4):761-8
- Bru, G., Carmody, S., Donohue-Sword, B., Bookbinder, M. Parental visitation in the post-anesthesia care unit: a means to lessen anxiety. Child Health Care. 1993 Summer;22(3):217-26
- Diniaco, M.J., en Ingoldsby, B.B. Parental presence in the recovery room. AORN Journal 1983, Vol 38, No 4
- Hall, P.A., Payne, J.F., Stack, C.G., Stokes, M.A. Parents in the recovery room: survey of parental and staff attitudes. British Medical Journal 1995 Jan 21;310(6973):163-4
- Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis Beter kiezen 2005. kiezen voor een kindgericht ziekenhuis. Juni 2005 (interne publicatie)
- Noonan, A.T., Anderson, P., Newlon, P., Patrin, T., Ladue-Weber, K., Winstead-Fry, P. Family-centered nursing in the postanesthesia care unit: the evaluation of practice. J Post Anesth Nurs. 1991 Feb;6(1):13-6
- Tripi, P.A., Palermo, T.M., Thomas, S., Goldfinger, M.M., Florentino-Pineda I. Assessment of risk factors for emergence distress and postoperative behavioural changes in children following general anaesthesia. Paediatr. Anaesth. 2004 14[3], 235-240
- Van Bergen-Rodts, M., Kolman, T. Smiley's voor zeven kinderafdelingen. Onderzoek naar kindgerichtheid van ziekenhuizen. Kind en Ziekenhuis. 2005 juli;72-78

16

17

Teller 4a	Totaal aantal (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief.
Noemer 4a	Totaal aantal klinisch behandelde (adeno)tonsillectomie patiënten.
Operationalisatie 4b klinische patiënten	Het percentage (adeno)tonsillectomie patiënten met ernstige postoperatieve pijn, VAS/ NRS >7 of gemeten met de VRS* op enig moment tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief.
Teller 4b	Het aantal patiënten met een pijnintensiteitsmeting >7 tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief gemeten met de NRS, VAS.*
Noemer 4b	Totaal aantal patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief.
Operationalisatie 4c dagbehandeling	Het percentage patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om navraag te doen naar pijnintensiteit.
Teller 4c	Aantal patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om o.a. navraag te doen naar pijnintensiteit.
Noemer 4c	Totaal aantal patiënten in dagbehandeling, dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan.
Definitie(s)	VAS (Visual Analog Scale): de standaard VAS is een lijn van 10 centimeter, met aan de uiteinden 'geen pijn' en 'ergst denkbare pijn' (Gracely, 1978). NRS (Numeric Rating Scale): de NRS is een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ergst denkbare pijn) (Jensen, 2003). VRS (Verbal Rating Scale): in de VRS zijn verschillende schalen beschikbaar, van een vier woorden schaal (geen, licht, matig, ernstig) (Gracely, 1978) tot een zes puntsschaal (geen, heel licht, licht, nogal, ernstig, heel ernstig) (Caraceni, 2002). Deze laatste schaal is vertaald en gevalideerd in veertien verschillende talen, inclusief Nederlands (Caraceni, 2002).
In-/exclusiecriteria	Inclusie van alle patiënten die een (adeno)tonsillectomie hebben ondergaan
Bron teller 4a	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)
Bron noemer 4b	DBC-registratie
Bron teller 4b	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)
Bron noemer 4b	DBC-registratie, pijnmeting-systeem (eigen systeem)
Bron teller 4c	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)
Bron noemer 4c	DBC-registratie
Meetfrequentie	Continu
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Rapportage	1 x per meetperiode
Type indicator	Procesindicator en uitkomstindicator
Meetniveau	Patiënteniveau; rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid

4. Postoperatieve pijnmeting

Relatie tot kwaliteit	Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen om humanitaire redenen is pijn ongewenst, maar ook een voorspoedig herstel wordt negatief beïnvloed door postoperatieve pijn (indicator post-operatieve pijn NVA). Adenotonsillectomie kan een pijnlijke ingreep zijn, zowel bij kinderen als volwassenen. In de dagen na de ingreep kunnen patiënten hinder ondervinden ten gevolge van pijn, o.a. problemen met slapen, pijn bij drinken en gedragsveranderingen. Pijnstilling draagt bij aan voorspoedig herstel.
Operationalisatie 4a klinische patiënten	Het percentage (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijn gemeten is met de VAS/ NRS/VRS gedurende klinische opname. Het meetinstrument moet numeriek zijn of omgezet kunnen worden in numerieke maten. Hiervoor zijn de VAS (Visual Analog Scale) en/of de NRS (Numeric Rating Scale) en de VRS (Verbal Rating Scale) goede instrumenten.

* De koppeling tussen de VRS en de NRS/VAS moet nog gemaakt worden. De meeste instellingen zullen de NRS of VAS gebruiken.

De postoperatieve pijn indicator voor de dagbehandeling is door de werkgroep bewust als van een proces indicator geformuleerd. De werkgroep is van mening dat het bellen van patiënten de dag na de dagbehandeling zeker bijdraagt aan een verbetering van de kwaliteit van de behandeling. De werkgroep verwacht dat dit in veel ziekenhuizen nog geen dagelijks praktijk is. Als in de toekomst 80% van de ziekenhuizen een dergelijke praktijkvoering heeft, dan kan de indicator worden omgezet in een uitkomst indicator. Dan kan mogelijk ook voor de patiënten in dagbehandeling een pijn score geregistreerd worden.

In de periode waarin gewerkt wordt met de procesindicator kan nagedacht worden over een pijninstrument dat valide is om bij kinderen pijnintensiteit telefonisch te meten. De VAS die voor de klinische patiënten gebruikt wordt is niet geschikt voor gebruik via de telefoon. Er zijn ook andere schalen die pijnintensiteit meten en die mogelijk wel in een telefonisch consult toegepast kunnen worden. Daarnaast worden vooral kinderen in dagbehandeling behandeld. Het zijn het dan ook de ouders die een inschatting moeten maken van de pijnintensiteit.

Afstemming met indicatorenset Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

De indicator 'Postoperatieve pijnmeting' is gebaseerd op de indicator 'postoperatieve pijnintensiteit' van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. In deze set is de indicator aangepast voor patiënten met ziekten van adenoïd en tonsillen. In de indicatoren set van de NVA worden minimaal 6 pijnmetingen gedaan in de 1e 72 uur. Patiënten die een (adeno)tonsillectomie hebben ondergaan en worden opgenomen gaan veelal de volgende dag weer naar huis. Gekozen is voor de noemer: Totaal aantal patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief.

Bij de verpleging op de afdeling betekent dat eens per dienst. Het heeft de voorkeur de pijnmeting net zo als temperatuur meten of pols tellen structureel in te voeren in een werkschema.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Door de meeste auteurs wordt ernstige pijn gedefinieerd als score >7 uit 10. Ernstige pijn komt voor bij 29% - 8% van de postoperatieve patiënten (1) afhankelijk van de vorm van de analgesie. Zelfs bij optimale organisatie van de acute pijnservice blijkt >5% van de patiënten ernstige pijn te lijden (Van Kleef, anesthesiologendagen 2005). Gestreefd moet worden naar <10% patiënten met ernstige pijn postoperatief. Onderzoek van Sutters, et al., (1997) laat zien dat kinderen veel pijn hebben in de eerste 24 uur na de ingreep terwijl ze thuis zijn en dat ouders de pijnmedicatie minder vaak toedienen dan is voorgeschreven. Hamers, (1995) stelt dat door een te grote terughoudendheid bij het geven van pijnstillers in de eerste uren na tonsillectomie kinderen meer lijden dan nodig is.

Mogelijkheden tot verbetering

- Opleiding en routineregistratie vlg. richtlijn NVA.
- Terugkoppeling van de uitkomsten met de anesthesiologen met aanpassing van de behandeling.

18

19

- Opzetten van een pijnprotocol
- Goede voorlichting geven over pijnbestrijding (bijv. tijdens pré-operatief polikliniekbezoek aan anesthesioloog).

Validiteit

Rungby et al., (1999) beschrijven dat het hebben van pijn de voornaamste reden voor patiënten of verzorgers om contact te zoeken met een arts of verpleegkundige na de (adeno)tonsillectomie. Contacten waren of telefonisch of fysiek. Vierenzestig procent voelde zich opgelucht na telefonisch contact en 83% voelde zich opgelucht na fysiek contact.

Betrouwbaarheid

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

Discriminerend vermogen

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

Minimale bias/beschrijving relevante case-mix

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

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar H3.

Referenties

- Caraceni A., Cherny N, et al. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. J Pain Symptom Manage 2002;23(3):239-55
- Gracely, R.H., McGrath P, et al. Validity and sensitivity of ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors: manipulation of affect by diazepam. Pain 1978;5(1):19-29
- Hamers, J. Postoperative pain in Children; assessment and intervention. 1995 Proefschrift Maastricht
- Indicator post-operatieve pijn Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, versie 2005
- Jensen M.P. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. J Pain 2003;4(1): 2-21
- Sutters KA, Miaskowski C. Inadequate pain management and associated morbidity in children at home after tonsillectomy. J Pediatr Nurs. 1997 12[3], 178-185
- Rungby J.A., Romeling F, Borum P. Tonsillectomy: assessment of quality by consultation rate after discharge. J Laryngol Otol. 1999 Feb;113(2):135-9

5. Tijd tussen besluit ingreep (adeno)tonsillectomie en moment van ingreep	
Relatie tot kwaliteit	Vanuit het oogpunt van patiëntgerichtheid wordt er kwalitatief goede zorg geleverd indien een patiënt niet lang op een ingreep hoeft te wachten. Indien patiënt lang op de wachtlijst staan (>9 maanden) wordt in de literatuur ook melding gedaan van spontaan herstel gedurende de wachtperiode (Woolford et al., 2000; Prim et al., 2002).
Operationalisatie	Percentage patiënten dat vanaf besluit tot ingreep binnen vastgestelde tijd een (adeno)tonsillectomie-ingreep heeft ondergaan.
Teller 5a dagbehandeling	Aantal patiënten dat vanaf besluit tot ingreep binnen 6 weken een (adeno)tonsillectomie-ingreep heeft ondergaan in dagbehandeling.
Noemer 5a dagbehandeling	Totaal aantal patiënten dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan in dagbehandeling.
Teller 5b klinisch	Aantal patiënten dat vanaf besluit tot ingreep binnen 7 weken een klinische (adeno)tonsillectomie-ingreep heeft ondergaan.
Noemer 5b klinisch	Totaal aantal patiënten dat een klinische (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan.
Definitie(s)	Treeknorm: In het Treekoverleg zijn afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de curatieve zorg. Tijdsperiode moeten binnen de Treeknorm vallen. 6 weken voor dagbehandeling en 7 weken voor klinische (adeno)tonsillectomie Besluit tot ingreep: moment van registratie in wachttijdmodule van het informatiesysteem.
In-/exclusiecriteria	Voor deze indicator zijn geen in-/of exclusiecriteria te benoemen.
Bron teller 5A,5B	DBC-registratie, opnameplanning
Bron noemer 5A,5B	DBC-registratie
Meetperiode	01-01-08 tot en met 31-12-08
Meetfrequentie	1x per meetperiode
Rapportagefrequentie	1x per meetperiode
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëtniveau; rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In 2000 werden in het Treekoverleg door betrokken partijen overeenstemming bereikt over streefnormen en maximale wachttijden voor niet-acute zorg. De treeknorm voor patiënten die een (adeno)tonsillectomie ondergaan in dagbehandeling is maximaal zes weken (80% < 4 weken). De treeknorm voor patiënten die een klinische (adeno)tonsillectomie ondergaan is maximaal zeven weken (80% < vijf weken).

Het RIVM heeft in januari 2005 gegevens over de gemiddelde wachttijden in 27 regio's in Nederland in verhouding tot de Treeknorm gepresenteerd. De gegevens zijn zowel voor de kliniek, de dagbehandeling als poliklinische zorg gepresenteerd over de voorgaande 24 maanden. Uit de gegevens komt naar voren dat in zes van de 27 regio's de klinische wachttijd boven de Treeknorm was en dat de wachttijd van de dagbehandeling in één regio boven de Treeknorm was.

Er zijn verschillende wachttijden gedefinieerd, bijvoorbeeld toegangstijd, wachttijd diagnostiek en wachttijd behandeling/operatie. Bij deze indicator gaat het om de tijd

20

21

in kalenderdagen, die zit tussen het moment van registratie in de wachttijdmodule van het informatiesysteem en de dag van de ingreep. In de definitie van wachttijd wordt uitgegaan van de wachttijd zoals vastgesteld door het ziekenhuis. Het komt voor dat behandelingen uitgesteld worden op verzoek van de patiënt. Aangenomen wordt dat er geen verschillen bestaan tussen ziekenhuizen wat betreft aantal patiënten die hun behandeling op eigen verzoek uitstellen. Exclusie van deze patiënten acht de werkgroep daarom niet nodig.

Mogelijkheden tot verbetering

- Logistiek op orde.
- Organiseren van behandelstraten/klinisch pad.

Validiteit

Vanuit het oogpunt van patiëntgerichtheid wordt er kwalitatief goede zorg geleverd indien een patiënt niet lang op een ingreep hoeft te wachten. In Nederland zijn afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden. Indien patiënten lang op de wachtlijst staan (>9 maanden) wordt in de literatuur ook melding gedaan van spontaan herstel gedurende de wachtperiode. Prim et al., 2002 rapporteerden dat de gemiddelde wachttijd 10.8 maanden was (range: 3.0-35.6 maanden; mediaan: 8.2 maanden). In 507 van de 623 kinderen (81.4%), was de operatie nog steeds geïndiceerd. Echter 116 patiënten (18.6%) hadden geen operatie meer nodig in verband met het spontaan verbeteren van het klinisch beeld. Er werd geen relatie gevonden tussen leeftijd en uitkomst, tijd op de wachtlijst of type procedure. Zij concluderen dat er geen klinisch bewijs was om te claimen dat het oplossen van terugkerende acute tonsillitis bij kinderen spontaan gebeurt in de loop der tijd. Woolford et al., 2000; rapporteren over een onderzoek waarin tachtig kinderen die minimaal 9 maanden op de wachtlijst hadden gestaan voor tonsillectomie gevraagd werden om naar een 'review clinic' te komen met indien nodig na 6 maanden nogmaals een bezoek. Negentien (27%) van de 70 kinderen die meededen in de studie hadden niet langer een ingreep nodig en werden verwijderd van de wachtlijst. Zij concludeerden dat kinderen die lang op de wachtlijst hebben gestaan eerst opnieuw beoordeeld moeten worden om te kijken of de geplande operatie nog geïndiceerd is.

Betrouwbaarheid

De genoemde indicator is volgens de werkgroep betrouwbaar; bij herhaalde meting en gelijk blijvende meetcondities mag eenzelfde uitkomst worden verwacht.

Discriminerend vermogen

Het discriminerend vermogen van de indicator is goed. Verschillen in wachttijden tussen de ziekenhuizen zullen met de indicator bepaald kunnen worden. 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 sociaaleconomische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep. Het komt voor dat behandelingen uitgesteld worden op verzoek van de patiënt.

Aangenomen wordt dat er geen verschillen bestaan tussen ziekenhuizen wat betreft aantal patiënten die hun behandeling op eigen verzoek uitstellen. Exclusie van deze patiënten acht de werkgroep daarom niet nodig.

Registreerbaarheid/haalbaarheid registratie

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar H3.

Referenties

- Prim, M.P., de-Diego, J.I., Larrauri, M., Diaz, C., Sastre, N., Gavilan J. Spontaneous resolution of recurrent tonsillitis in pediatric patients on the surgical waiting list. Int.J.Pediatr.Otorhinolaryngol. 2002 65[1], 35-38
- Woolford, T.J., Ahmed, A., Willatt, D.J., Rothera, M.P. Spontaneous resolution of tonsillitis in children on the waiting list for tonsillectomy. Clin.Otolaryngol.Allied Sci. 2000 25[5], 428-430

2.2 Structuurinformatie over het aanbod van de zorg

Bij de indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen zijn geen aanvullende vragen opgesteld die ingaan op de structuur van het aanbod van de zorg rondom deze aandoening.

22

23

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 1 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 Ziekten van Adenoïd en Tonsillen. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

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

Naam: Naam/beschrijving van de variabele

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

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

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

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

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.

In tabel 2 worden de variabelen beschreven die verzameld dienen te worden uit de verschillende bronnen die aanwezig zijn in het ziekenhuis. In tabel 3 staan de rekenregels beschreven om de samengestelde variabelen te berekenen.

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 leveren³. In de webenquête kan er vervolgens bij alle indicatoren aangegeven worden waar gegevens vandaan gehaald zijn (ZIS, DBC, enz.) en met welke methode.

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

Tabel 2: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
Z0	Patiëntnummer	Patiëntnummer	ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken.	1, 2, 4, 5
Z1	DBC (adeno)tonsillectomie operatie	02.11.52.211 02.11.52.212 02.11.52.213 02.11.52.216 02.21.52.211 02.21.52.212 02.21.52.213 02.21.52.216	DBC-registratie		1, 2, 4, 5
Z2	Verrichting: (adeno)tonsillectomie operatie	32320 tonsillectomie, tot en met 10 jaar 32321 tonsillectomie, 11 tot en met 15 jaar 32322 tonsillectomie, 16 jaar en ouder 32330 adenotomie	CTG-verrichtingen registratie		1, 2, 4, 5
Z3	Datum uitgevoerde (adeno)tonsillectomie operatie	dd-mm-jjjj	CTG-verrichtingen Registratie	De datum waarop de operatie is uitgevoerd wordt gekoppeld aan de activiteit.	2
Z4	Nabloeding	De registratie van nabloedingen verschilt per ziekenhuis. Mogelijkheden zijn onder andere: - Code 30 uit masterclassificatie - Code 8943 (wondtoilet)	Diverse bronnen, mogelijkheden zijn onder andere: - Master-classificatie (landelijke coderingsstandaard) (poli) - klinische status - EPD	In Nederland vindt geen uniforme registratie van nabloedingen plaats. In hoeverre deze variabele goed benaderbaar is, is afhankelijk van de lokale definities en wijze van registratie. Nabloedingen kunnen worden geregistreerd als complicatie volgens de masterclassificatie (landelijke coderingsstandaard), waarop de KNO vereniging aansluiting heeft gemaakt. De code voor nabloeding is 30. Vooral nog is de nabloeding alleen uit de status of EPD te achterhalen.	1

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
Z5	Datum nabloeding	dd-mm-jjjj	(poi) klinische status, EPD	Vooralsnog is de datum van de nabloeding alleen uit de status of EPD te achterhalen (zie hierboven).	1
Z6	Heropname	190021klinische opname	CTG-verrichtingen registratie	Een klinische opname die voorkomt binnen 2 weken na OK.	1
Z7	Datum heropname	dd-mm-jjjj	CTG-verrichtingen registratie		1
Z8	Heroperatie	Operatieve verrichtingencodes uitgevoerd door de KNO arts	CTG-verrichtingen registratie	Alle verrichtingen uit de zorgprofielklasse '5. operatieve verrichting' moeten geselecteerd worden.	1
Z9	Datum heroperatie	dd-mm-jjjj	CTG-verrichtingen registratie		1
Z10	POS	39691 preassessment dagopname 39692 preassessment opname	CTG-verrichtingen registratie	Sinds 2004 is het mogelijk om deze zorgactiviteit te registreren. Het is mogelijk dat lokaal een andere invulling aan deze code wordt gegeven.	2
Z11	POS-datum	dd-mm-jjjj	CTG-verrichtingen registratie		2
Z12	VAS/NRS/VRS gemeten om de 8 uur gedurende verblijf in ziekenhuis	ja/nee	Pijnmeting- systeem (eigen systeem)	Is/zijn postoperatief VAS/NRS/VRS-score(s) van de patiënt bekend? Let op: bij de DBC met een behandeling Klinisch Zonder Dagen kan de pijnmeting vastgelegd zijn op naam van het opnemende specialisme (ook van toepassing voor Z13, Z14 en Z15). Wat is de hoogste waarde van de VAS-score.	4
Z13	VAS-score	0-10	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)		4
Z14	NRS-score	0-10	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)	Wat is de hoogste waarde van de NRS-score.	4
Z15	VRS-score	4-puntsschaal: geen, licht, matig, ernstig 6-puntsschaal: geen, heel licht, licht, nogal, ernstig, heel ernstig	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)	Wat is de hoogste waarde van de VRS-score.	4

26

27

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
Z16	Datum van stellen operatie indicatie	dd-mm-jjjj	OK opnameplanning	Datum van opname op de OK wachtlijst (datum wachtlijstformulier/registratie wachtlijstmodule of datum opnamebureau) in instelling waar operatie plaatsvindt. Datum plaatsen op OK wachtlijst kan vallen in een kalenderjaar voorgaand aan het jaar van rapportage. Afhankelijk van lokale situatie digitaal beschikbaar.	5

Tabel 3: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Te berekenen gegevens	Variabele	Formule	Formule	Validatie regels	Nodig voor indicator	Toelichting
Heropname binnen 14 dagen na ingreep	Z17	Datum heropname – operatiedatum (adeno)tonsillectomie	Z7-Z3	$0 \leq Z17 < 14$	1	Ja = indien de heropname binnen 14 dagen plaatsvindt Nee = indien dit niet het geval is.
Heroperatie binnen 14 dagen na ingreep	Z18	Datum heroperatie – operatiedatum (adeno)tonsillectomie	Z9-Z3	$0 \leq Z18 < 14$	2	Ja = indien de heroperatie binnen 14 dagen plaatsvindt Nee = indien dit niet het geval is.
Nabloeding binnen 14 dagen na ingreep	Z19	Datum nabloeding – operatiedatum (adeno)tonsillectomie	Z5-Z3	$0 \leq Z19 < 14$	5	Ja = indien de nabloeding binnen 14 dagen plaatsvindt Nee = indien dit niet het geval is.
POS bezoek voor ingreep	Z20	Datum ingreep – datum POS bezoek	Z3-Z11	> 0	1	Ja = POS bezoek voor ingreep Nee = geen POS bezoek voor ingreep.
Ingreep binnen Treeknorm (in dagbehandeling)	Z21	Datum ingreep dagbehandeling – datum van stellen operatie-indicatie	Z3-Z16	< 42 dagen (6 weken)	5	Ja = indien de ingreep binnen 42 dagen (6 weken) na datum stellen operatie indicatie plaatsvindt. Nee = indien dit niet het geval is.
Ingreep binnen Treeknorm (bij klinische opname)	Z22	Datum ingreep klinisch – datum van stellen operatie-indicatie.	Z3-Z16	< 49 dagen (7 weken)	1	Ja = indien de ingreep binnen 49 dagen (7 weken) na datum stellen operatie indicatie plaatsvindt. Nee = indien dit niet het geval is.
Datum nabloeding ligt voor datum heropname of heroperatie.	Z23	Datum nabloeding ligt voor datum heropname of heroperatie.	Z7 – Z5 Of Z9 – Z5	> 0	5	Ja = indien de nabloeding voor de heropname of heroperatie plaatsvindt. Nee = indien dit niet het geval is.

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 indicatorset ziekten van adenoïd en tonsillen.

4.1 Algemene instructies

Meerdere locaties/vestigingen

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

Koppeling van registratiesystemen

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

4.2 Populatiebepaling voor Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

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.
 - 02.11.52.211
 - 02.11.52.212
 - 02.11.52.213
 - 02.11.52.216
 - 02.21.52.211
 - 02.21.52.212
 - 02.21.52.213
 - 02.21.52.216

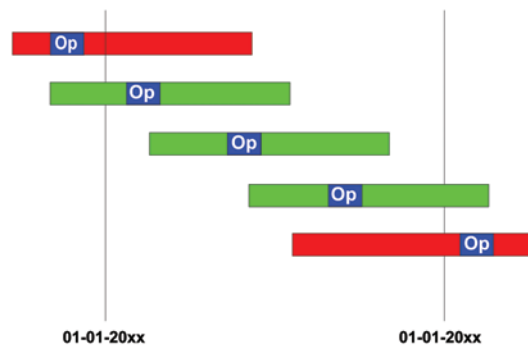
- Het kan dus zijn dat de DBC is geopend voor de begindatum van de meetperiode.
- Gedurende de meetperiode moet de onderstaande verrichting zijn uitgevoerd:
 - 32320 tonsillectomie, tot en met 10 jaar
 - 32321 tonsillectomie, 11 tot en met 15 jaar
 - 32322 tonsillectomie, 16 jaar en ouder
 - 32330 adenotomie

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

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

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

Figuur 1. Populatiebepaling populatie adenoïd en tonsillen



Op = operatie / zorgactiviteit

Bij het meten van de heroperaties en heropnamen als gevolg van een nabloeding moet in sommige gevallen voorbij de registratieperiode gekeken worden. In dit geval maximaal 14 dagen.

In- en exclusie criteria

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

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

4.3 Bepaling van de indicatoren

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

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

Indicator 1	Percentage nabloedingen	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die verzameld is voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie het aantal patiënten dat een nabloeding heeft gehad binnen 14 dagen (Z19=ja) en heropname of heroperatie heeft plaatsgevonden binnen 14 dagen (Z17=ja en/of Z18=ja).	Aantal patiënten noemer waarbij Z17 en/of Z18 = ja, Z19 = ja en Z23 = ja.
Noemer	Op basis van de DBC typering tellen van de patiënten die geregistreerd zijn (zie populatiebepaling).	Aantal patiënten waarvoor Z1 en Z2 gelden.

Indicator 2	Aanwezigheid poliklinisch pre-operatief spreekuur voor (adeno)tonsillectomie patiënten (en ouders/verzorgers)	Formule
Teller	Van de patiënten uit de populatie bepaald bij de noemer bepalen of er voor de OK een POS heeft plaatsgevonden.	Aantal patiënten noemer, waarbij Z20 = ja
Noemer	Op basis van de DBC typering tellen van de patiënten die geregistreerd zijn (zie populatiebepaling).	Aantal patiënten waarvoor Z1 en Z2 gelden.

Indicator 3	Ouder/verzorger structureel aanwezig bij ontwaken
Beantwoording van de vraag: Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/verzorgers om aanwezig te zijn tijdens het ontwaken op de verkoeverkamer? ja/nee	

Indicator 4a	Postoperatieve pijnmeting bij klinische patiënten	Formule
Teller	Aantal patiënten uit noemer waarbij een VAS/NRS/VRS-score(s) is vastgelegd.	Aantal patiënten uit de noemer waarbij Z12=ja
Noemer	Patiënten (zie populatiebepaling) waarbij er een DBC van een van de onderstaande typen is vastgelegd (klinische patiënten): 02.11.52.213 02.11.52.216 02.21.52.213 02.21.52.216	Aantal patiënten waarvoor Z1 (met behandelcode eindgetal 3 of 6) en Z2 gelden.

32

Indicator 4b	Het percentage patiënten met ernstige postoperatieve pijn bij klinische patiënten	Formule
Teller	Patiënten waarbij de maximale VAS-score of NRS-score. hoger dan 7 is	Aantal patiënten uit de noemer waarbij Z13>7 of Z14>7
Noemer	Zie teller indicator 4a	Aantal patiënten noemer indicator 4B waarbij Z12=ja

Indicator 4c	Postoperatieve pijnmeting bij dagbehandeling	Formule
Teller	Patiënten uit noemer waarbij een VAS/NRS/VRS-score is vastgelegd.	Aantal patiënten noemer waarbij Z12=ja
Noemer	Patiënten (zie populatiebepaling), waarbij er een DBC van een van de onderstaande typen is vastgelegd: 02.11.52.212 02.21.52.212	Aantal patiënten waarvoor Z1 (met eindgetal behandelcode een 2) en Z2 gelden.

33

Indicator 5a	Percentage patiënten dat vanaf besluit tot ingreep binnen vastgestelde tijd een (adeno)tonsillectomie heeft ondergaan (dagbehandeling)	Formule
Teller	Ga voor de bepaling van de teller uit van de populatie verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten die binnen de vastgestelde tijd een (adeno)tonsillectomie hebben ondergaan.	Aantal patiënten waarvoor Z1 (met eindgetal behandelcode een 2), Z2 en Z21 = ja gelden
Noemer	Patiënten (zie populatiebepaling), waarbij er een DBC van een van de onderstaande typen is vastgelegd: 02.11.52.212 02.21.52.212	Aantal patiënten waarvoor Z1 (met eindgetal behandelcode een 2) en Z2 gelden.

Indicator 5b	Percentage patiënten dat vanaf besluit tot ingreep binnen vastgestelde tijd een (adeno)tonsillectomie heeft ondergaan (klinische opname)	Formule
Teller	Ga voor de bepaling van de teller uit van de populatie verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten die binnen de vastgestelde tijd een (adeno)tonsillectomie hebben ondergaan.	Aantal patiënten waarvoor Z1 (met eindgetal behandelcode een 2), Z2 en Z22=ja gelden
Noemer	Patiënten (zie populatiebepaling) waarbij er een DBC van een van de onderstaande typen is vastgelegd (klinische patiënten): 02.11.52.213 02.11.52.216 02.21.52.213 02.21.52.216	Aantal patiënten waarvoor Z1 (met behandelcode eindgetal 3 of 6) en Z2 gelden.

AIRE	Appraisal of Indicators, Research and Evaluation
CBO	Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
EPD	Elektronisch patiëntendossier
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg.
KNO	Keel-, Neus- & Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
OMS	Orde van Medisch Specialisten
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVZ	Vereniging van Ziekenhuizen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIS	Ziekenhuis Informatie Systeem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Indicator	Type indicator	Kwaliteits- domein	Bron	Toelichting
1	Indicatie tonsillectomie niet anders omschreven (Sonstiges)	Effectiviteit	BQS, 2005	Afgesproken is indicatiestelling nog niet mee te nemen. Dit zit in het richtlijntraject en zal na totstandkoming van de richtlijn in het indicatoretraject meegenomen worden.
2	Leefrijdsverdeling van patiënten in aanmerking komend voor tonsillectomie	Effectiviteit	BQS, 2005	Afgesproken is indicatiestelling nog niet mee te nemen. Dit zit in het richtlijntraject en zal na totstandkoming van de richtlijn in het indicatoretraject meegenomen worden.
3	Tonsillectomie mit Adenotomie	Effectiviteit	BQS, 2005	Afgesproken is indicatiestelling nog niet mee te nemen. Dit zit in het richtlijntraject en zal na totstandkoming van de richtlijn in het indicatoretraject meegenomen worden.
4	Percentage nabloedingen bij patiënten zonder stollingsstoornis of hoge bloeddruk	Veiligheid/ effectiviteit	BQS	In aangepaste vorm verwerkt in indicator 1
5	Percentage nabloedingen bij alle patiënten	Veiligheid/ effectiviteit	BQS	In aangepaste vorm verwerkt in indicator 1
6	Emergency readmission after the removal of tonsils/ adenoids: Emergency readmissions between 1 and 28 days following discharge after elective operation for removal of tonsils and/or adenoids in children under 16 (April 1992-March 1995)	Veiligheid/ effectiviteit	NHS (schotland)	In aangepaste vorm verwerkt in indicator 1
7	Early outcome of tonsillectomy Teller: the number of patients who have a significant reactionary haemorrhage following tonsillectomy, during the time period under study Noemer: the total number of patients who have a tonsillectomy performed, during the time period under study.	Veiligheid/ effectiviteit	Royal Australian college of surgeons/ Australian Council on Healthcare Standards	In aangepaste vorm verwerkt in indicator 1
8	Percentage ongeplande heroperaties van het totaal aantal operaties in 2004.	Veiligheid/ effectiviteit	IGZ	In aangepaste vorm verwerkt in indicator 1
9	Percentage heroperaties binnen 48 uur per kalenderjaar	Veiligheid/ effectiviteit	DBC's indicatoren liesbreuk	In aangepaste vorm verwerkt in indicator 1
10	Percentage patiënten in dagbehandeling	Effectiviteit	DBC's indicatoren liesbreuk	Geen duidelijke relatie met kwaliteit van zorg
11	Aanwezigheid patiëntenfolder	Patiënt- gerichtheid	DBC's indicatoren liesbreuk	Vereniging Kind en Ziekenhuis geeft aan dat er betere indicatoren zijn. Voorlopig parkeren en afhankelijk van totale conceptset al dan niet uitwerken en meenemen.
12	Pre-operatieve patiënten voorlichting	Patiënt- gerichtheid	DBC's indicatoren heup en knie	Verwerkt in indicator 2

Indicator	Type indicator	Kwaliteits-domein	Bron	Toelichting
13	Beschikbaarheid van complicatie registratie		DBC's indicatoren heup en knie	Er is voor KNO geen landelijke registratie
14	Gebruik antibiotica profylaxe		DBC's indicatoren heup en knie	Doet niet ter zake. Wordt bij ATE niet gebruikt
15	Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision			Doet niet ter zake. Wordt bij ATE niet gebruikt
16	Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time			Doet niet ter zake. Wordt bij ATE niet gebruikt
17	Heeft de ouder de mogelijkheid om de anesthesie inleiding zelf te kiezen (prik/kap)	Patiënt-gerichtheid	Voorstel door werkgroep	NVA geeft aan dat ouder geen keuze heeft maar voorkeur kan uitspreken. Keuze van inleiding is professionele verantwoordelijkheid van anesthesioloog
18	Aanwezigheid patiëntenfolder	Patiënt-gerichtheid	Voorstel door werkgroep	Idem 11. Ver Kind en Ziekenhuis geeft aan dat er betere indicatoren zijn. Voorlopig parkeren en afhankelijk van totale conceptset al dan niet uitwerken en meenemen. Verwerkt in indicator 3
19	Heeft de ouder of verzorger de mogelijkheid om aanwezig te zijn tijdens de inleiding en postoperatief in de verkoeverkamer	Patiënt-gerichtheid	Voorstel door werkgroep	
20	Percentage ATE bij kinderen met intubatie	Effectiviteit doelmatigheid/patiënt-gerichtheid	Voorstel door werkgroep	Relatie met kwaliteit onbekend
21	Percentage ATE volwassenen in dagbehandeling	Effectiviteit doelmatigheid/patiënt-gerichtheid	Voorstel door werkgroep	Geen eenduidige relatie met kwaliteit van zorg
22	Percentage nabloedingen waarvoor heroperatie en/of opname binnen 48 uur	Effectiviteit	Voorstel door werkgroep	In aangepaste vorm verwerkt in indicator 1
23	Hoeveel kno-artsen zijn er werkzaam in uw ziekenhuis (locatie)?		Vragenlijst Consumentenbond	Niet relevant voor kwaliteit
24	Beschikt uw ziekenhuis (locatie) over brochures of folders waarin informatie is opgenomen over pijnbestrijding voor en na de ingreep, bestemd voor ouders van kinderen waarbij de neus- en/of keelamandelen worden geknipt?	Patiënt-gerichtheid	Vragenlijst Consumentenbond	In aangepaste vorm verwerkt in indicator 4

36

37

Indicator	Type indicator	Kwaliteits-domein	Bron	Toelichting
25	Beschikt uw ziekenhuis (locatie) over brochures of folders waarin informatie is opgenomen over nuchter blijven voor de ingreep bestemd voor ouders van kinderen waarbij de neus- en/of keelamandelen worden geknipt?	Patiënt-gerichtheid	Vragenlijst Consumentenbond	Geen indicator specifiek voor ATE (geldt voor alle operaties en hoort in pré-operatief spreekuur)
Aanbevelingen uit richtlijnen				
26	The following are recommended as reasonable indications for consideration of tonsillectomy in both children and adults, based on the current level of knowledge, clinical observation in the field and the results of clinical audit. Patients should meet all of the following criteria: - sore throats are due to tonsillitis - five or more episodes of sore throat per year - symptoms for at least a year - the episodes of sore throat are disabling and prevent normal functioning.	Indicatiestelling	Effectiviteit	SGN
27	A six month period of watchful waiting is recommended prior to tonsillectomy to establish firmly the pattern of symptoms and allow the patient to consider fully the implications of operation.	Indicatiestelling?	Effectiviteit/patiënt-gerichtheid	SGN
28	Once a decision is made for tonsillectomy, this should be performed as soon as possible, to maximise the period of benefit before natural resolution of symptoms might occur (without tonsillectomy).	Proces	Effectiviteit	SGN
29	Emergency re-admissions within four weeks of discharge after tonsillectomy and/or adenoidectomy in children under 16 years (from April 1992 to March 1995) are one of the Scottish Office clinical outcome indicators.	Uitkomst	Effectiviteit/veiligheid	SGN
				In aangepaste vorm verwerkt in indicator 5
				Verwerkt in indicator 1
				Wordt geparkeerd
				Geen evidence
				Afgesproken is indicatiestelling nog niet mee te nemen. Dit zit in het richtlijnentraject en zal na totstandoming van de richtlijn in het indicatortraject meegenomen worden.

Aanbevelingen uit richtlijnen	Suggestie voor indicator	Type indicator	Kwaliteits-domein	Bron	Reden
30	Terugkeer naar OK tgv nabloeding (daarbij onderscheid maken in primaire en secundaire bloeding)	Uitkomst	Effectiviteit/veiligheid	Systematic review of the safety and efficacy of electro-surgery for tonsillectomy	Verwerkt in indicator 1
31	Secondary haemorrhage requiring bloodtransfusion	Uitkomst	Effectiviteit/veiligheid	Systematic review of the safety and efficacy of electro-surgery for tonsillectomy	Verwerkt in indicator 1
32	All secondary bloodtransfusion	Uitkomst	Effectiviteit/veiligheid	Systematic review of the safety and efficacy of electro-surgery for tonsillectomy	Verwerkt in indicator 1

38

39

Bijlage 3: Verwerken commentaar consultatieronde

Algemeen	Vereniging/organisatie	Verwerkt/niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*			
1	NVZ	Niet verwerkt	Het is een indicator die een duidelijke relatie heeft met de kwaliteit van de geboden behandeling. Ten aanzien van de registratiesystemen wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de reeds in de ziekenhuizen bestaande systemen. Een groot gedeelte van de gegevens die nodig zijn voor de indicatoren worden al in ziekenhuizen geregistreerd.
2	NVZ	Niet verwerkt	Deze indicator is zoals opgemerkt een verbijzondering van een indicator ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie om toegepast te worden op alle OK-patiënten. De pijnmetingen vinden op dit moment dan ook in steeds meer ziekenhuizen plaats. Mede ook door ontwikkelingen zoals de indicatorenset van de inspectie en verbeterprogramma Sneller Beter. Ziekenhuizen staan bij deze ontwikkelingen voor de uitdaging om op verpleegafdelingen routinematige pijnregistraties op te zetten en daarnaast om de geregistreerde gegevens centraal toegankelijk te maken en dan ook te kunnen koppelen aan bijvoorbeeld de DBC registratie.
3	Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde (NVK)	Niet verwerkt	Geïncludeerd zijn heropnames na zowel primaire als secundaire bloeding (mits binnen zeven dagen na behandeling). De werkgroep is van mening dat gezien de lage incidentie van de bloedingen het niet zinnig is onderscheid te maken in primaire en secundaire bloedingen.
4	NVK	Niet verwerkt	Het idee van een pré-operatief anesthesiologisch spreekuur is o.a. het geven van voorlichting aan patiënten en het creëren van gelegenheid om de conditie van de patiënt te optimaliseren. Hierdoor wordt pré-operatieve angst verminderd en worden minder operaties afgezegd en vertragingen op OK-dag komen minder voor. Om dit te bereiken moet het spreekuur niet op de dag van operatie plaatsvinden maar een korte tijd ervoor. Het pre-operatief (inloop) spreekuur heeft ook een functie in het toestemming verlenen voor de operatie volgens de WGB0.

Algemeen	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*			
5	NVK	Verwerkt	Voorstel is om de term 'structureel' op te nemen in de definitie. 'Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/verzorgers om aanwezig te zijn tijdens het ontwaken op de verkoe-om aanwezig te zijn tijdens het ontwaken op de verkoe-verkamer'?
6	NVK	Verwerkt	De werkgroep is het eens met het gegeven commentaar en heeft een aanvullende indicator geformuleerd, waarmee het percentage patiënten waarbij een pijnscore wordt gemeten bepaald kan worden. Het % (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijn gemeten is met de VAS/NRS/VRS gedurende klinische opname. Teller: Totaal aantal patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief. Noemer: Totaal aantal patiënten dat opgenomen werd om ATE-ingreep te ondergaan.
7	NVK	Niet verwerkt	Dit zijn wachttijden zoals ze zijn opgenomen in de Treenormen. Aangezien dit bestaande, van overheidswege vastgestelde, normen zijn hebben wij deze overgenomen.
8	KNO-heelkunde reactie 1b	Verwerkt	Het meetinstrument moet numeriek zijn of omgezet kunnen worden in numerieke maten. Hiervoor zijn de NRS (Numeric Rating Scale), de VRS (Verbal Rating Scale) en/of de VAS (Visual Analog Scale) goede instrumenten.
9	KNO-heelkunde reactie 1a	Verwerkt	De indicator is op grond van genoemde literatuur aangepast in: heropname binnen 14 dagen na ingreep.

40

41

Algemeen	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*			
10	KNO-heelkunde reactie 1c	Deels verwerkt	De vraag is hoe vaak dit voorkomt. De werkgroep maakt de inschatting dat het enkele keren per jaar voorkomt. Deze enkele patiënten zijn wel erg interessant. Door de patiënten op te nemen in exclusiecriteria zouden deze in geen enkel ziekenhuis worden geregistreerd. De werkgroep stelt voor alle heropnames te registreren en in toelichting te vermelden hoeveel er in ander ziekenhuis de ATE behandeling hebben ondergaan. Zie bovenstaande.
11	KNO-heelkunde reactie 2	Deels verwerkt	

* Indien mogelijk/nodig is het commentaar samengevat

Commentaar	Consequentie
Bij de beschrijvingen van de benodigde verrichting codes bij de indicatoren is bij indicator 4 en 5 per abuis de code 32330 weggelaten.	Indicator aangepast
Registratiegids link met ZO heeft relatie met indicator 4 en 5, dit is in de gids niet in het overzicht weergegeven.	Indicator aangepast
Waarom wordt er voor klinische behandeling een afkapwaarde voor de wachttijd gehanteerd van zeven weken en voor de dagbehandeling van zes weken. Nb. in de tekst van de webenquête staat in tegenstelling tot de registratiegids beschrijving voor beide behandelingen zes weken genoemd.	Webenquête aanpassen
In de registratiegids staat groter dan 42/49 dagen vermeld. Dit moet kleiner dan zijn.	Indicator aangepast.
Waarom is ten aanzien van indicator 4a de omschrijving in de verrichting code nu ineens niet genoemd?	Indicator aangepast.

42

43

Voorstel op basis van de inlooperperiode (nog niet geaccordeerd door bestuur Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en heelkunde van het Hoofd- Halsgebied)

Commentaar	Voorstel
LOGBOEK/OPMERKINGEN WEBENQUÊTE EN INTERVIEW	
Niet duidelijk is of de uitvraag unieke patiënten betreft, een patiënt kan in één jaar twee keer een tonsillectomie ondergaan.	Geen aanpassing
De onderdelen van een (adenoïde)tonsillectomie ingreep bij kinderen, zowel in dagbehandeling als klinisch, vinden plaats volgens de Smiley richtlijn van Kind en Ziekenhuis.	Geen aanpassing
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.	Geen aanpassing
Indicator 1: Percentage nabloedingen	
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.	Geen aanpassing
Ten aanzien van indicator 1: waarom wordt de exclusie gehanteerd van patiënten die elders zijn behandeld? Dit wordt niet geregistreerd.	Geen aanpassing
Naast heropnames waarbij een heringreep nodig was ook heropnames voor observatie.	Geen aanpassing
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. Vooral is de nabloeding alleen uit de status of EPD te achterhalen.	Geen aanpassing
Indicator 2: preoperatieve screening	
Een preoperatieve 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.	Geen aanpassing Geen aanpassing Geen aanpassing

Commentaar

Voorstel

LOGBOEK/OPMERKINGEN WEBENQUÊTE EN INTERVIEW

Niet duidelijk is of de uitvraag unieke patiënten betreft, een patiënt kan in één jaar twee keer een tonsillectomie ondergaan.

Geen aanpassing

De onderdelen van een (adenoïde)tonsillectomie ingreep bij kinderen, zowel in dagbehandeling als klinisch, vinden plaats volgens de Smiley richtlijn van Kind en Ziekenhuis.

Geen aanpassing

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.

Geen aanpassing

Indicator 1: Percentage nabloedingen

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.

Geen aanpassing

Ten aanzien van indicator 1: waarom wordt de exclusie gehanteerd van patiënten die elders zijn behandeld? Dit wordt niet geregistreerd.

Geen aanpassing

Naast heropnames waarbij een heringreep nodig was ook heropnames voor observatie.

Geen aanpassing

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. Vooral is de nabloeding alleen uit de status of EPD te achterhalen.

Geen aanpassing

Indicator 2: preoperatieve screening

Een preoperatieve 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.

Geen aanpassing

Geen aanpassing

Geen aanpassing

Code is toegevoegd.

In de registratiegids is de link toegevoegd.

De Treeknorm is vastgesteld:

- De Treeknorm voor patiënten die een (adeno)tonsillectomie ondergaan in dagbehandeling is maximaal 6 weken (80 % < 4 weken).
- De Treeknorm voor patiënten die een klinische (adeno)tonsillectomie ondergaan is maximaal 7 weken (80 % < 5 weken).

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Indicator aangepast.

Commentaar	Voorstel
LOGBOEK/OPMERKINGEN WEBENQUÊTE EN INTERVIEW	
Een aantal ziekenhuizen geeft aan protocolair te werken ten aanzien van het pre operatieve spreekuur, zowel voor volwassenen als voor kinderen. Indicator 3: Ouder/verzorger structureel aanwezig bij ontwaken Geen opmerkingen.	Geen aanpassing
Indicator 4: Postoperatieve pijnmeting Pijnmetingen worden door veel ziekenhuizen uitgevoerd, echter de waarden worden handmatig geregistreerd in de statussen en zijn dus niet digitaal te ontsluiten. Protocolair 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. Indicator 5: tijd tussen besluit ingreep (adeno) tonsillectomie en moment van ingreep	Geen aanpassing
Tevens wordt genoemd dat de wachttijd voor 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.	Geen aanpassing Exclusie van deze patiënten acht de werkgroep daarom niet nodig omdat aangenomen wordt dat er geen verschillen bestaan tussen ziekenhuizen wat betreft aantal patiënten die hun behandeling op eigen verzoek uitstellen.

44

45

CBO
t.a.v. mevrouw M. van der Zwan
Postbus 20064
3502 LB UTRECHT

Utrecht, 30 juli 2008

Betreft: Autorisatie externe indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

Onze ref. 08/2098

Geachte mevrouw Van der Zwan,

Het Bestuur van de KNO-vereniging gaat akkoord met autorisatie van de externe indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen.

Met vriendelijke groet,

Dr. A.J.T.M. Garretsen, secretaris
KNO-vereniging

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie



CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
T.a.v. mw.dr.s. C.J.G.M. Rosenbrand, senior adviseur
Postbus 20064
3502 LB UTRECHT

Kwaliteitsinstituut CBO	
Datum	21-5-07
Volgnummer	134
Archiefcode	
Projectnummer	
Actie door	
Kopie naar	

Uw kenmerk
JJE/me/234/2007

Kenmerk
B07.157/pl

Datum
18 mei 2007

Betreft: indicatoren Ziekten Adenoïd en Tonsillen

Geachte heer Van Everdingen,

Naar aanleiding van uw schrijven d.d. 14 maart 2007 heeft het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) de indicatoren betreffende "Ziekten Adenoïd en Tonsillen" voor goedkeuring voorgelegd aan zijn ledenvergadering op 11 mei 2007.

Het verheugt ons u mee te kunnen delen dat de ledenvergadering de indicatoren "Aanwezigheid poliklinisch preoperatief spreekuur" en "postoperatieve pijnmeting" heeft aangenomen.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

C.J. van Oort
Secretaris

C.c. mw.dr. M. Kallewaard, programmamanager indicatoren, Orde van Medisch Specialisten