

Indicatorenset Liesbreukoperaties

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2017

Colofon

Internet:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens (beschikbaar vanaf 1 februari voor leden van de NVZ en NFU): <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl.
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl.
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>.

Gegevensaanlevering

Zorginstellingen leveren vrijwillig en verplichte indicatoren aan via één door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal. Doorlevering vindt plaats in een voor de gebruiker uniform format. Kwaliteitsregistraties uploaden concept indicatoren naar het aanleverportaal, zodat zorginstellingen via één portaal indicatoren kunnen invullen, controleren en accorderen.

Samengesteld door:

*Federatie Medisch Specialististen
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Patiëntenfederatie Nederland
Zorgverzekeraars Nederland*

Deze indicatorenset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland waarmee het aanleveren van deze kwaliteitsgegevens in 2018 over verslagjaar 2017 wettelijk verplicht is.

Inhoudsopgave

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

- 3
- 1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren
- 3
- 2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Liesbreukoperaties
- 5
- 3. Lijst te verzamelen variabelen
- 10
- Bijlage 1: Wijzigingstabel zorginhoudelijke indicatoren
- 14

Deel 2: Klantpreferentievragen

- 15
- Klantpreferentievragen Liesbreukoperaties
- 15
- Bijlage 1: Wijzigingstabel klantpreferentievragen
- 18

Afkortingenlijst

19

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Liesbreukoperaties

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de ontwikkeling van de indicatorenset Liesbreuk bestond in 2009 uit de volgende personen:

NVvH: Dhr. Dr. J. Oskam, chirurg, Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp (voorzitter)

Dhr. Drs. Jhr. M.G. van Andringa de Kempnaer, chirurg, Wilhelmina Ziekenhuis te Assen

Dhr. Drs. P.G. Doornebosch, chirurg, Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp

Dhr. Dr. P.M.N.Y.H. Go, chirurg, Sint Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein

NPCF: Mw. Mr. Drs. M.M. Versluijs, beleidsmedewerker, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie te Utrecht

ZN: Mw. dr. A.M. Witteman, adviserend geneeskundige Univé zorgverzekeraar, Zorgverzekeraars Nederland/Kenniscentrum DBC te Zeist

De revisiewerkgroep voor de indicatorenset Liesbreukoperaties bestond in 2011 uit de volgende personen:

NVvH: Dhr. Dr. P.M.N.Y.H. Go, chirurg, Sint Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein

ZN: Dhr. Drs. G.W. Salemink, Zorgverzekeraars Nederland

Dhr. Dr. T. Verweij, adviserend geneeskundige Menzis, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland

Mw. Drs. K. Scheele, medisch adviseur CZ, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland

Afstemming met bestaande richtlijnen

Er is gebruik gemaakt van de richtlijn 'Behandeling van de liesbreuk' (NVvH, 2003) en de richtlijn 'Treatment of inguinal hernia in adult patiënts' (EHS, 2009).

Populatiebepaling Liesbreukoperaties

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor de indicatorensets was als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Door de invoering van DOT (DBC's op weg naar transparantie) per 1 januari 2012, is de populatiebepaling van indicatoren gewijzigd. Omdat via zorgproducten niet altijd precies de beoogde populatie geselecteerd kan worden en een aantal ziekenhuizen zich nog in een overgangsfase van DBC naar DOT bevinden, worden in de indicatorensets zowel de zorgproducten als DBC's genoemd.

De populatie voor de indicatorenset Liesbreukoperaties bestaat uit het aantal patiënten bij wie op enig moment in het verslagjaar een zorgproduct wordt afgesloten dat voldoet aan:

Zorgproduct	Korte omschrijving
110401022	Hernia femoralis/ inguinalis Oper open enkelzijdig zwaar Spijsvertering hernia
110401023	Hernia femoralis/ inguinalis Oper open dubbelzijdig zwaar Spijsvertering hernia
110401024	Hernia femoralis/ inguinalis Oper endoscopisch enkelzijdig zwaar Spijsvertering hernia
110401025	Hernia femoralis/ inguinalis Oper endoscopisch dubbelzijdig zwaar Spijsvertering hernia

DBC's

De populatie voor de indicatorenset Liesbreukoperaties bestaat uit het aantal patiënten bij wie op enig moment in het verslagjaar een DBC wordt afgesloten die voldoet aan:

- Selecteer van de onderstaande DBC's alle afgesloten DBC's in het verslagjaar.
 - 0303.11.121.201: Dijbreuk/liesbreuk, operatie op de polikliniek
 - 0303.11.121.202: Dijbreuk/liesbreuk, operatie met dagopname
 - 0303.11.121.203: Dijbreuk/liesbreuk, operatie met klinische opname
 - 0303.11.121.206: Dijbreuk/liesbreuk, operatie klinisch zonder eigen opname
 - 0303.11.121.301: Dijbreuk/liesbreuk, kijkoperatie op de polikliniek

- 0303.11.121.302: Dijbreuk/liesbreuk, kijkoperatie met dagopname
- 0303.11.121.303: Dijbreuk/liesbreuk, kijkoperatie met klinische opname
- 0303.11.121.306: Dijbreuk/liesbreuk, kijkoperatie klinisch zonder eigen opname
- 0303.11.121.401: Dijbreuk/liesbreuk, operatie beiderzijds op polikliniek
- 0303.11.121.402: Dijbreuk/liesbreuk, operatie beiderzijds met dagopname
- 0303.11.121.403: Dijbreuk/liesbreuk, operatie beiderzijds met klinische opname
- 0303.11.121.406: Dijbreuk/liesbreuk, operatie beiderzijds klinisch zonder eigen opname
- 0303.11.121.501: Dijbreuk/liesbreuk, kijkoperatie beiderzijds op polikliniek
- 0303.11.121.502: Dijbreuk/liesbreuk, kijkoperatie beiderzijds met dagopname
- 0303.11.121.503: Dijbreuk/liesbreuk, kijkoperatie beiderzijds met klinische opname
- 0303.11.121.506: Dijbreuk/liesbreuk, kijkoperatie beiderzijds klinisch zonder eigen opname

DBC's kunnen zijn geopend voordat het verslagjaar is begonnen.

- De zorgproducten/DBC's kunnen zijn geopend voordat het verslagjaar is begonnen
- Binnen één van de hierboven genoemde gesloten zorgproducten/DBC's moet een van de onderstaande verrichtingen zijn uitgevoerd:
 - 35700: Hernia inguinalis, open procedure
 - 35702: Hernia incarcerata, zonder darmresectie, open procedure
 - 35703: Recidief hernia inguinalis, open procedure
 - 35710: Endoscopische operatie hernia inguinalis
 - 35712: Endoscopische operatie hernia incarcerata, zonder darmresectie
 - 35713: Endoscopische operatie recidief hernia inguinalis
- Parallele DBC's/zorgproducten worden meegenomen
- Uitsluitend patiënten selecteren die >18 jaar oud zijn.

De populatie wordt uiteindelijk bepaald door de in het verslagjaar afgesloten DBC-zorgproducten.

Om dubbelregistratie te voorkomen, dient – indien de indicator gebaseerd is op tellingen op patiëntniveau – geselecteerd te worden op het unieke patiëntnummer. In alle andere gevallen wordt geteld op verrichtingenniveau en telt iedere verrichting apart mee. Voor codes en instructies, zie de variabelenlijst en rekenregels (tabellen 1 en 2).

Peildatum

De structuurindicatoren worden, in verband met de actualiteit, eenmaal per jaar op peildatum 1 maart geregistreerd.

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 comorbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen worden gesteld aan het DBC-zorgproduct. Bijvoorbeeld de aanwezigheid 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 comorbiditeit, die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

Het inclusie criterium van de set Liesbreukoperaties betreft patiënten ouder dan 18 jaar met primaire enkel- en dubbelzijdige liesbreuken.

2. Zorginhoudelijke indicatoren Liesbreukoperaties

1. Lokale Anesthesie	
Relatie tot kwaliteit	Lokale anesthesie is een doelmatige en patiëntvriendelijke anesthesievorm die in het buitenland bij liesbreukoperaties vrij gebruikelijk is en goede resultaten biedt, maar in Nederland weinig wordt toegepast. Het is wenselijk dat de beste methode van anesthesie voor de individuele patiënt gekozen kan worden, waarbij gebruik van lokale anesthesie een optie moet zijn. Deze mogelijkheid zal in de praktijk naar verwachting tot uiting komen in een hogere prevalentie van liesbreukoperaties onder lokale anesthesie.
Operationalisatie	Percentage lokale anesthesie bij open liesbreukoperaties
Teller	Aantal open enkelzijdige en primaire liesbreukoperaties onder lokale anesthesie
Noemer	Aantal open enkelzijdige en primaire liesbreukoperaties <input type="checkbox"/> niet van toepassing
Definitie	Bij lokale anesthesie wordt alleen het gebied verdoofd waar de operatie plaatsvindt. Spinale anesthesie valt niet binnen de definitie van lokale anesthesie.
In-/exclusiecriteria	Inclusie: leeftijd >18 jaar; enkelzijdige ingrepen Exclusie: laparoscopische ingrepen, recidief ingrepen en dubbelzijdige liesbreuken
Bron	Patiëntendossier
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2017 tot en met 31-12-2017
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid

Rekenregels

Indicator 1	Lokale Anesthesie	Formule
Teller	Aantal open enkelzijdige en primaire liesbreukoperaties in het verslagjaar in uw centrum onder lokale anesthesie	# patiënten noemer waarvoor L3 geldt
Noemer	Aantal open enkelzijdige en primaire liesbreukoperaties in uw centrum in het verslagjaar <i>NB: de definitie van deze noemer is NIET gelijk aan indicator 2b.</i>	# patiënten waarvoor L4 en L5 gelden en waarvoor geldt L10 =ja

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Operatieve behandeling van primaire reponibele liesbreuken onder lokale anesthesie leidt tot een lagere postoperatieve behoefte aan pijnstillers, blijft de longfunctie behouden en kunnen ADL-activiteiten sneller hervat worden dan wanneer voor algehele anesthesie wordt gekozen bij een liesbreukoperatie. Daarbij komt dat spinale anesthesie regelmatig urineretentie ten gevolge heeft. Dit is niet het geval bij lokale anesthesie (NVvH, 2003; EHS, 2009; Sanjay, 2007). Verder blijkt ook dat lokale anesthesie de mortaliteit verlaagd bij zowel electieve als spoedoperaties (EHS, 2009). Het blijkt

een veilige en kosteneffectieve procedure (NVvH, 2003).

Mogelijkheden tot verbetering

Uit onderzoek en naar de mening van de werkgroep is het gebruik van lokale anesthesie bij liesbreukoperaties voor verbetering vatbaar omdat het gebruik op dit moment nog geen 10% is. De toepassing van lokale anesthesie is zeer afhankelijk van de individuele situatie van de patiënt maar de werkgroep is van mening dat in het algemeen gezien er ruimte is voor verbetering.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De werkgroep geeft aan dat de mogelijkheid om voor lokale anesthesie te kiezen moet bestaan. Het is echter niet zo dat alle operaties voor lokale anesthesie in aanmerking komen. Bij jonge volwassenen wordt algehele anesthesie bijvoorbeeld vaak als prettiger ervaren. Een hoge score bij deze indicator is dus niet per definitie goede kwaliteit van zorg. Wel kan de score op de huidige indicator gezien worden als een proxy voor de mogelijkheid om voor lokale anesthesie te kiezen (als deze mogelijkheid aanwezig is zal de score op deze indicator naar alle waarschijnlijkheid hoger zijn dan wanneer deze in de praktijk ontbreekt).

Inhoudsvaliditeit

De NVvH, in haar richtlijn 'Behandeling van de liesbreuk', beveelt aan om lokale anesthesie bij alle patiënten te overwegen (NVvH, 2003). Verder laat onderzoek en verschillende richtlijnen zien dat lokale anesthesie geschikt is voor dagbehandeling (EHS, 2009; NVvH, 2003; Özgun, 2002), gepaard gaat met minder postoperatieve complicaties (EHS, 2009; Sanjay, 2007; NVvH, 2003; Özgun, 2002), sneller postoperatief ontslag (Nordin, 2003; Özgun, 2002; Song, 2000), hogere patiënttevredenheid (Özgun, 2002; Song, 2000) en lagere mortaliteit (EHS, 2009). De validiteit van de indicator lijkt hiermee gewaarborgd, de bewijskracht is C.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor de indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

Vergelijkbaarheid

De werkgroep is van mening dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden vergelijkbare resultaten oplevert.

Registratiebetrouwbaarheid

De werkgroep spreekt zijn zorgen uit over de registreerbaarheid en de registratielast die de huidige indicator met zich meebrengt.

Referenties

- EHS Guidelines: Treatment of inguinal hernia in adult patients. 2009: European Hernia Society.
- Nordin P, Zetterström H, Gunnarsson U, Nilsson E. Local, regional, or general anaesthesia in groin hernia repair: multicentre randomized trial. *Lancet* 2003;362:853-8.
- NVvH richtlijn: Behandeling van de liesbreuk. Utrecht, 2003: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
- Oskam J, Croonenborg JJ van, Everdingen JJE van. Kwaliteit van liesbreukoperaties in de etalage: Set externe indicatoren. Utrecht, 2006: in opdracht van ZonMw.
- Özgun H, Kurt MN, Kurt I, Cevikel MH. Comparison of local, spinal, and general anaesthesia for inguinal herniorrhaphy. *Eur J Surg* 2002;168:455-9.
- Sanjay P, Woodward A. Inguinal hernia repair: local or general anaesthesia? *Ann R Coll Surg Engl* 2007;89:497-503.
- Song D, Greilich NB, White PF et al. Recovery profiles and costs of anesthesia for outpatient unilateral inguinal herniorrhaphy. *Anesth Analg* 2000;91:876-1.
- Sungurtekin H, Sungurtekin U, et al. Comparison of local and spinal anesthesia techniques in inguinal hernia repair. *J of Ambulatory Surgery* 2003;10:128-32.

2. Volume	
Relatie tot kwaliteit	Complexe zorg vergt deskundigheid en ervaring. Met name bij 'high risk' interventies en/of bij kwetsbare patiëntengroepen weegt dit aspect zwaar vanuit veiligheid- en patiëntenperspectief. Patiënten geven aan dat zij graag behandeld willen worden door een arts die vaak een bepaalde handeling doet. Uit literatuur blijkt dat er een duidelijke relatie bestaat tussen het aantal operaties dat door een specialist wordt uitgevoerd en de kwaliteit van de geleverde zorg (minder complicaties; kortere ligduur etc.).
Operationalisatie 2a	Hoeveel chirurgen op uw ziekenhuislocatie behandelden op de peildatum liesbreuken door middel van open ingrepen?
Operationalisatie 2b	Hoeveel chirurgen op uw ziekenhuislocatie behandelden op de peildatum liesbreuken door middel van laparoscopische ingrepen?
Operationalisatie 2c	Hoeveel open ingrepen bij een liesbreuk werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd?
Operationalisatie 2d	Hoeveel laparoscopische ingrepen bij een liesbreuk werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd?
Definitie	Werken op uw ziekenhuislocatie: Het specialisme registreert haar DBC-zorgproducten op uw ziekenhuislocatie
In- /exclusiecriteria	Inclusie: leeftijd >18 jaar; 2a en 2b: <u>Exclusief</u> co-assistenten, ANIOS en AIOS 2c en 2d: <u>Inclusief</u> behandelingen door co-assistenten, ANIOS en AIOS. <u>Inclusief</u> enkelzijdige en dubbelzijdige ingrepen.
Bron	DBC-registratie en verrichtingenregistratie, ziekenhuisregistratie
Meetfrequentie	2a en 2b: 1x per jaar 2c en 2d : continu
Peildatum	2a en 2b: 01-03-2018
Verslagjaar	2c en 2d: 01-01-2017 tot en met 31-12-2017
Rapportagefrequentie	2a en 2b: 1x per jaar 2c en 2d: 1x per verslagjaar
Type indicator	2a en 2b: Structuur 2c en 2d: Proces
Meetniveau	2a en 2b: Ziekenhuisniveau 2c en 2d: Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid

Rekenregels

Indicator 2c	Volume	Formule
Selecteer het aantal open ingrepen bij een liesbreuk in het verslagjaar		# patiënten waarvoor L6 en L7 gelden en waarvoor geldt L10 =ja

Indicator 2d	Volume	Formule
Selecteer het aantal laparoscopische ingrepen bij een liesbreuk in het verslagjaar		# patiënten waarvoor L8 en L9 gelden en waarvoor geldt L10 =ja

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een liesbreuk wordt behandeld wegens het optreden van acute complicaties (zoals incarceratie, strangulatie en ileus), ter vermindering van klachten en ter preventie van complicaties. Het doel van de behandeling van een liesbreuk is het doen verdwijnen van de liesbreuksymptomen door het opheffen van de liesbreuk met minimaal ongemak voor de patiënt en op de meest kosteneffectieve wijze. Dit kan zowel conservatief als operatief. Curatie wordt slechts bereikt door operatief herstel.

Met de beschikbare evidence is de Lichtenstein-techniek de eerste keus bij de behandeling van een primaire liesbreuk (NVvH, 2003). De voordelen van de endoscopische techniek (o.a. iets sneller herstel en lagere kans op langdurige pijnklachten) wegen niet op tegen de nadelen (o.a. kleine kans op ernstige complicaties), mede door de lagere moeilijkheidsgraad en lagere kosten van de Lichtenstein techniek (NVvH, 2003).

Een aantal beschrijvende retrospectieve studies bij non-mesh-technieken wijst op betere prestaties door ervaren chirurgen (Davies, 1995; Dudda, 1990; Decurtins, 1984). Veel beschrijvende studies van herniaspecialisten (Lichtenstein Hernia Institute, New Jersey Hernia Center, Shouldice Hospital) wijzen op betere resultaten die behaald worden door training en specialisatie (Deysine, 2001). Endoscopische liesbreukchirurgie kent een duidelijke leercurve (Simons, 2009; Liem, 1996; Phillips, 1995; Toy, 1990). Eén studie beschrijft verbeteringen van de resultaten na 30 operaties (TAPP-techniek) (Edwards, 2000), de 'European Hernia Association' noemt in haar richtlijn een leercurve van 50 tot 100 ingrepen, waarbij de eerste 30 tot 50 meest invloedrijk zijn (Simons, 2009).

Mogelijkheden tot verbetering

Voor complexe zorg is regionale concentratie aangewezen. Voor de acute zorg is het maken van afspraken met de ambulancezorg over de toestroom van patiënten hier onderdeel van. Voor niet-acute zorg geldt dat patiënten moeten worden doorverwezen of expertise van gespecialiseerde centra kan worden aangetrokken.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Hoewel een leercurve ook aanwezig is bij de Lichtenstein techniek, is deze minder ingrijpend dan die van endoscopische technieken. Volumennormen zijn voor beide nog afwezig. Voor endoscopische operaties is bewijs (zij het erg weinig) dat chirurgen ervaren zijn na 50 tot 100 ingrepen, waarbij de eerste 30-50 als meest invloedrijk worden gezien (Simons, 2009). Het is echter niet duidelijk wat het volume moet zijn voor de meest optimale resultaten.

Het aantal patiënten (operationalisaties 3b en 3c) kan niet één-op-één worden gedeeld door het aantal specialisten (operationalisatie a), aangezien er verschillende factoren van invloed zijn zoals omvang van de aanstelling van de medisch specialist en het feit dat een medisch specialist op meerdere locaties werkzaam kan zijn.

Inhoudsvaliditeit

De literatuur laat zien dat een leercurve bestaat voor liesbreukoperaties (Simons, 2009; Nordin, 2008; Borenstein, 2005; NVvH, 2003). De mate van bewijskracht voor deze indicator is B. Een volumennorm ontbreekt echter in zowel nationale als internationale richtlijnen. Wel beveelt de 'European Hernia Association Guideline' aan dat training met begeleiding in liesbreukoperaties moet worden uitgevoerd bij onervaren chirurgen (Simons, 2009) en blijkt dat endoscopische ingrepen beter worden uitgevoerd in gespecialiseerde centra dan in algemene chirurgische centra (Simons, 2009). Een recente studie vindt echter geen relatie tussen volume, en morbiditeit of mortaliteit (Bisgaard, 2009). De richtlijn van de NVvH (2003) geeft als bewijskracht B.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor de indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

Vergelijkbaarheid

Bij deze indicator spelen bias en case-mix geen rol.

Registratiebetrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) hetzelfde resultaat oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf. De benodigde informatie wordt door ziekenhuizen geregistreerd in de zorgactiviteiten-registratie en DBC-registratie. Deze indicator is daarmee op een betrouwbare manier

te meten en de resultaten zijn goed retrospectief controleerbaar.

Referenties

- Bisgaard T, Kehlet H, Bay-Nielsen MB, et al. Nationwide study of early outcomes after incisional hernia repair. *Brit J Surg* 2009;96:1452-7.
- Borenstein SH, To T, Wajja A, Langer JC. Effect of subspecialty training and volume on outcome after pediatric inguinal hernia repair. *J Pediatr Surg* 2005;40:75-80.
- Davies BW, Campbell WB. Inguinal hernia repair: see one, do one, teach one? *Ann R Coll Surg Engl* 1995;77:299-301.
- Decurtins M, Buchmann P. Is the treatment of inguinal hernia an operation for beginners? *Chirurg* 1984;55:589-92.
- Deysine M. Hernia clinic in a teaching institution: creation and development. *Hernia* 2001;5:65-9.
- Dudda W, Schunk R. Lotheissen-McVay repair of hernia. Late follow-up analysis after 1202 operations for inguinal and femoral hernias. *Langenbecks Arch Chir* 1990;375:351-8.
- Liem MS, van Steensel CJ, Boelhouwer RU, Weidema WF, Clevers GJ, Meijer WS, Vente JP, de Vries LS, van Vroonhoven TJ. The learning curve for totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair. *Am J Surg* 1996;171:281-5.
- Nordin P, Linden W van der. Volume of procedures and risk of recurrence after repair of groin hernia: national register study. *BMJ* 2008;336:934-7.
- NVvH Richtlijn: Behandeling van de liesbreuk. Utrecht, 2003. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
- Phillips EH, Rosenthal R, Fallas M, Carroll B, Arregui M, Corbitt J, Fitzgibbons R, Seid A, Schultz L, Toy F, et al. Reasons for early recurrence following laparoscopic hernioplasty. *Surg Endosc* 1995;9:140-4; discussion 144-5.
- Schmedt CG, Sauerland S, Bittner R. Comparison of endoscopic procedures vs Lichtenstein and other open mesh techniques for inguinal hernia repair: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc* 2005;19:188-99.
- Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009;13:343-403.
- Simons MP, Lange D de, Beets GL, et al. Voor de praktijk: Richtlijn 'Liesbreuk' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:2111-7.
- Toy FK, Smoot RT, Jr. Toy-Smooth laparoscopic hernioplasty. *Surg Laparosc Endosc* 1991;1:151-5.

3. Lijst te verzamelen variabelen

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

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 liesbreuk. 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 codering 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: $\text{peildatum} - \text{geboortedatum} = \text{leeftijd}$.

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
L0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken.	1: Lokale anesthesie 2: Volume
L1	Datum operatie Primaire enkel- en dubbelzijdige Liesbreuk	dd-mm-jjjj	Verrichtingen Registratie	Hiervoor wordt de datum van <u>uitvoering</u> van L5 (indicator 1), L7 en L9 (indicatoren 2b en 2c) vastgelegd.	1: Lokale anesthesie 2: Volume
L2	Geboortedatum	dd-mm-jjjj	ZIS	Nodig om leeftijd te bepalen	1: Lokale anesthesie 2: Volume
L3	Lokale anesthesie	lokale anesthesie = ja	Patiëntendossier		1: Lokale anesthesie
L4	Diagnose Primaire enkelzijdige Liesbreuk, open procedure	110401022 Hernia femoralis/ inguinalis Oper open enkelzijdig zwaar Spijsvertering hernia DBC's: 0303.11.121.201 0303.11.121.202 0303.11.121.203 0303.11.121.206	DBC- Registratie	De patiënten van wie een zorgproduct/DBC met de onderstaande codering is gesloten in het verslagjaar, dienen geselecteerd te worden.	1: Lokale anesthesie
L5	Open procedure, geen recidief	35700 Hernia inguinalis, alleen open procedure 35702 Hernia incarcerata, zonder darmresectie, open procedure	Verrichtingen Registratie	Aan het zorgproduct moet minimaal een van de onderstaande verrichtingen gekoppeld zijn: 35700 35702	1: Lokale anesthesie
L6	Diagnose Primaire enkel- en dubbelzijdige Liesbreuk, open procedure	110401022 Hernia femoralis/ inguinalis Oper open enkelzijdig zwaar Spijsvertering hernia 110401023	DBC- Registratie	De patiënten van wie een zorgproduct/DBC met de onderstaande codering is gesloten in het verslagjaar, dienen geselecteerd te worden.	2c: Volume

		Hernia femoralis/ inguinalis Oper open dubbelzijdig zwaar Spijsvertering hernia			
		DBC's: 0303.11.121.201 0303.11.121.202 0303.11.121.203 0303.11.121.206 0303.11.121.301 0303.11.121.401 0303.11.121.402 0303.11.121.403 0303.11.121.406			
L7	Open procedure, inclusief recidief	35700 Hernia inguinalis, alleen open procedure 35702 Hernia incarcerata, zonder darmresectie, open procedure 35703 Recidief hernia inguinalis, open procedure	Verrichtingen Registratie	Aan het zorgproduct moet minimaal een van de onderstaande verrichtingen gekoppeld zijn: 35700 35702 35703	2c: Volume
L8	Diagnose Primaire enkel- en dubbelzijdige Liesbreuk, kijkoperatie	110401024 Hernia femoralis/ inguinalis Oper endoscopisch enkelzijdig zwaar Spijsvertering hernia 110401025 Hernia femoralis/ inguinalis Oper endoscopisch dubbelzijdig zwaar Spijsvertering hernia	DBC- Registratie	De patiënten van wie een zorgproduct/DBC met de onderstaande codering is gesloten in het verslagjaar, dienen geselecteerd te worden.	2d: Volume
		DBC's: 0303.11.121.301 0303.11.121.302 0303.11.121.303 0303.11.121.306 0303.11.121.501 0303.11.121.502			

		0303.11.121.503 0303.11.121.506			
L9	Laparoscopische procedure	35710 endoscopische operatie hernia inguinalis 35712 Endoscopische operatie hernia incarcerata, zonder darmresectie 35713 Endoscopische operatie recidief hernia inguinalis	Verrichtingen Registratie	Aan het zorgproduct moet minimaal een van de onderstaande verrichtingen gekoppeld zijn: 35710 35712 35713	2d: Volume

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Varia- bele	Te berekenen gegevens	Berekening	Formule	Validatie regels	Benodigd voor indicator
L10	Leeftijd	Datum van ingreep - geboortedatum	L1-L2	≤18 jaar = nee >18 jaar = ja	1: Lokale anesthesie 2: Volume

Bijlage 1: Wijzigingstabel zorginhoudelijke indicatoren

De zorginhoudelijke indicatoren van deze set zijn ongewijzigd gebleven.

Deel 2: Klantpreferentievragen

Vragenlijst klantpreferenties Liesbreukoperaties

De volgende vragen gaan in op het aanbod van de zorg rondom liesbreukoperaties. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt/consument om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn opgesteld door Patiëntenfederatie Nederland.

Om te achterhalen welke informatie de patiënt wil gebruiken om een ziekenhuis op te kiezen, zijn er focusgroepen en/of telefonische interviews gehouden. Door middel van een vragenlijst aan een grotere groep patiënten is onderzocht welke aspecten voor deze groep patiënten het meest van belang zijn.

Bij elke vraag worden, waar nodig, definities beschreven en de technische haalbaarheid toegelicht. Daar waar 'ziekenhuis' of 'ziekenhuislocatie' staat, kan ook 'zelfstandig behandelcentrum' gelezen worden.

Informatievoorziening	
Vraag 1	A. Wordt de uitleg aan de patiënt ondersteund door beeldmateriaal?* <i>(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)</i> <input type="checkbox"/> Ja, foto's/plaatjes over hoe een liesbreuk eruit ziet <input type="checkbox"/> Ja, video's over de behandelingsvormen/operatie van liesbreuken <input type="checkbox"/> Nee B. Krijgt de patiënt dit beeldmateriaal ook mee naar huis?* <i>(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Dit staat op de website ¹ en is dus altijd beschikbaar voor de patiënt <input type="checkbox"/> Nee
<i>Definities</i>	¹ Met website wordt de website van het ziekenhuis bedoeld of een duidelijke verwijzing op de website naar een andere website waar de informatie te vinden is.
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2018

Bereikbaarheid / Nacontrole	
Vraag 2	A. Op welke manier is uw ziekenhuislocatie bereikbaar voor vragen na de operatie?* <i>(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)</i> <input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Telefonisch, ook na kantooruren en in het weekend <input type="checkbox"/> Via een e-mail aan de arts (reactietermijn max. 48 uur) <input type="checkbox"/> Via een e-consult ¹ <input type="checkbox"/> De ziekenhuislocatie belt de patiënt 1-2 dagen na de liesbreukoperatie om te informeren hoe het gaat B. Hoe vindt de nacontrole plaats?*

	<p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <input type="checkbox"/> Via een gesprek op de poli met de operateur <input type="checkbox"/> Via een gesprek op de poli met een verpleegkundige of arts anders dan operateur ² <input type="checkbox"/> Telefonische nacontrole door verpleegkundige of arts <input type="checkbox"/> De patiënt kan zelf kiezen tussen een telefonische controle of een controle op de poli <input type="checkbox"/> Er vindt geen nacontrole plaats, tenzij hier (medische) indicaties voor zijn
<i>Definities</i>	<p>¹ Patiënt kan in een beveiligde omgeving vragen stellen aan de arts en heeft binnen 1 dag antwoord op gestelde vragen. ² Met verpleegkundige of arts wordt in deze vraag bedoeld: verpleegkundige, verpleegkundig specialist, Physician Assistant, arts-assistent.</p>
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2018

Zorgpad / One-stop-shop	
Vraag 3	<p>A. Is uw liesbreukzorg vastgelegd in een zorgpad¹?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	<p>B. Beschikt uw ziekenhuislocatie over een one-stop-shop² liesbreuken?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, inclusief behandeling <input type="checkbox"/> Nee
<i>Definities</i>	<p>¹ Een zorgpad is een omschrijving van de te gebruiken methoden en hulpmiddelen, om de zorgprocessen van (poli)klinische of transmurale multi- en interdisciplinaire teams rond een specifieke patiëntengroep op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken, waarmee de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening vergroot wordt. ² In een one-stop-shop worden alle onderzoeken m.b.t. liesbreuk voor de patiënt op één dag ingepland.</p>
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2018

Voorkeur arts	
Vraag 4	<p>A. Wordt de patiënt die (telefonisch en indien mogelijk online) een afspraak maakt voor de behandeling van een liesbreuk, standaard gevraagd of hij/zij voorkeur heeft voor een bepaalde arts?^{1*}</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, dit is beleid²</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Is het mogelijk online een afspraak te maken?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
<i>Definities</i>	<p>¹ Met uitzondering van een doorverwijzing naar een specifieke arts door een andere (huis)arts.</p> <p>² Onder beleid wordt verstaan: iedereen van de afdeling handelt op een gelijke manier. Dit kan bijvoorbeeld door dit tijdens het inwerkproces mee te nemen of doordat collega's elkaar er op wijzen.</p>
<i>Technische haalbaarheid</i>	*Peildatum: 1 maart 2018

Bijlage 1: Wijzigingstabel vragenlijst klantpreferenties

De klantpreferentievragen van deze set zijn ongewijzigd gebleven.

Afkortingenlijst Liesbreukoperaties

ADL	Activiteiten van het dagelijks leven
AIOS	Arts in opleiding tot specialist
ANIOS	Arts niet in opleiding tot specialist
ASA	American Society of Anesthesiologists
CAPHS	Consumer Assessment of Health Plans
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
DOT	DBC's op weg naar transparantie
EHS	European Hernia Society
EPD	Elektronisch patiëntendossier
KZD	Klinisch zonder dagen
LMR	Landelijke Medische Registratie
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut en Nederlands Elektrotechnisch Comité
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (nieuwe naam per medio 2016: Patiëntenfederatie Nederland)
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVZ	NVZ Vereniging van Ziekenhuizen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
FMS	Federatie Medisch Specialisten
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SES	sociaal-economische status
TAPP- techniek	Transabdominale preperitoneale techniek
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZIS	Ziekenhuis informatiesysteem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland