

Toetstabel Ziekten van Adenoid en Tonsillen vj 2019

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN
Indicator 4a, 4c										
	Extra schrapactie ivm HLA-ambitie 25% reductie proces- en structuurindicatoren voor vj 2019	criterium 1 t/m 5	Schrappen	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	PFN heeft een dringend verzoek bij de werkgroep neergelegd om indicator 4a en 4c te schrappen ivm een extra schrapactie ivm de HLA-ambitie om 25% proces- en structuurindicatoren te schrappen voor vj 2019. Buiten de reguliere planning om is in september en oktober contact gezocht met alle relevante partijen om deze indicatoren (alsnog) te schrappen voor vj 2019. De relevante partijen hebben ingestemd met het schrapvoorstel. Het Zorginstituut neemt het advies van de werkgroep over.									
Advies ZIN	Niet transparant									
Overige indicatoren										
	Ongewijzigd	criterium 1 t/m 5	Behouden conform vorig vj							
Overweging ZIN	Overige indicatoren ongewijzigd behouden.									
Advies ZIN	Verplicht Transparant									

Indicatorenset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2019

Versie: juni 2018

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 Specialisten

Patiëntenfederatie Nederland

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied

Stichting Kind en Ziekenhuis

Zelfstandige Klinieken Nederland

Zorgverzekeraars Nederland

Deze indicatorenset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland waarmee het aanleveren van deze kwaliteitsgegevens in 2020 over verslagjaar 2019 wettelijk verplicht is.

Inhoudsopgave

	Overzicht indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen	3
Deel 1	Zorginhoudelijke indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen	
	1. Algemene informatie	4
	2. Zorginhoudelijke indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen	6
Deel 2	Klantpreferenties	21
Bijlage	Wijzigingstabel	26

Overzicht Indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen over verslagjaar 2019

1	Nabloedingen	Percentage patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en dat binnen 14 dagen na de ingreep een heroperatie heeft ondergaan ten gevolge van een nabloeding	Verplicht transparant
2	Postoperatieve pijnmeting	Percentage patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om navraag te doen naar pijnintensiteit.	Verplicht transparant
3	Kinderafdeling en kinderverpleegkundige	A. Heeft de ziekenhuislocatie waar de ingreep plaats vindt een kinderafdeling? B. Worden kinderen verpleegd door kinderverpleegkundigen ¹ ?	Verplicht transparant
4	Narcose en overnachtingsmogelijkheden ouders	A. Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/ verzorgers om aanwezig te zijn bij het onder narcose brengen en tijdens het ontwaken van hun kind? B. Is er op uw ziekenhuislocatie een verkoeverkamer speciaal voor kinderen aanwezig? C. Is er de mogelijkheid voor ouders om bij hun kind te overnachten indien het kind een nacht in het ziekenhuis moet blijven?	Verplicht transparant
5	Vaste behandelaar	Hebben patiënten met ziekten van Adenoïd en Tonsillen op uw ziekenhuislocatie één vaste KNO-arts?	Verplicht transparant
6	Informatievoorziening	A. Wordt aan elke patiënt informatie over het zorgtraject verstrekt, afgestemd op de belevingswereld van het kind ¹ , voorafgaand aan de ingreep? B. Wordt aan de patiënt of ouder/verzorger standaard informatie op papier meegegeven over de keuze (van de ouder) om wel of niet te opereren in relatie tot afwachtend beleid ² ?*	Verplicht transparant
7	Bereikbaarheid	Krijgt de patiënt een e-mailadres voor niet-acute vragen (maximale reactietermijn 24 uur op werkdagen) en telefoonnummer mee op papier (en/of digitaal) waarop hij/zij 's avonds, 's nachts en in het weekend kan bellen voor dringende vragen?	Verplicht transparant
8	Advies pijnbestrijding	A. Krijgt de ouder/verzorger van de patiënt met ziekten van Adenoïd en Tonsillen voorafgaand aan de behandeling informatie <u>op papier</u> mee, met een gericht advies voor pijnbestrijding vóór en ná de ingreep? ¹ * B. Worden ouders en kind vóór de opnamedag gezien door een anesthesioloog?*	Verplicht transparant
9	Vorbereiding op operatie	Worden bij de voorbereiding op de operatie voor patiënten onder de 12 jaar alle onderstaande mogelijkheden aangeboden?	Verplicht transparant

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

Indicatorwerkgroep

Dhr H.J. Rosingh, KNO-arts, Isala, Zwolle
Dhr. C. C. Wever, KNO-arts, LUMC, Leiden
Dhr. R.M. van Haastert, KNO-arts, Westfriesgasthuis, Hoorn
Mw. H. Rippen, directeur Stichting Kind en Ziekenhuis
Mw. M. Muris-Nyst, sr beleidsadviseur Patiëntenfederatie Nederland

Afstemming met bestaande richtlijnen

Voor de indicatorenset is gebruik gemaakt van de volgende richtlijn: Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de Tweede lijn (KNO, 2007).

Populatiebepaling voor Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie.

De populatie voor de indicatorset Ziekten van Adenoïd en Tonsillen bestaat uit het aantal patiënten dat een tonsillectomie, adenotomie of adenotonsillectomie heeft ondergaan voor ziekten van adenoïd en tonsillen en dat op enig moment in het verslagjaar een DBC heeft die voldoet aan:

- 0302.11.52.212
- 0302.11.52.213
- 0302.11.52.216
- 0302.21.52.212
- 0302.21.52.213
- 0302.21.52.216

Binnen de gesloten DBC moet één van de onderstaande zorgverrichtingen zijn uitgevoerd:

- 32320 tonsillectomie, tot en met 10 jaar, inclusief eventuele adenotomie
- 32321 tonsillectomie, 11 tot en met 15 jaar, inclusief eventuele adenotomie
- 32322 tonsillectomie, 16 jaar en ouder, inclusief eventuele adenotomie
- 32330 adenotomie
- 332323 tonsillectomie / Sluder / + Adenotomie 0-10 jaar

Er dient gekeken te worden of genoemde verrichtingen vallen onder de DBC 0302.xx.52.xxx, aangezien de verrichtingen ook aan andere, voor deze indicatorenset niet relevante, DBC's gekoppeld kunnen 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.

2. Zorginhoudelijke indicatoren Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

1. 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 patiënten met een nabloeding 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 patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en dat binnen 14 dagen na de ingreep een heroperatie heeft ondergaan ten gevolge van een nabloeding
Teller	Aantal patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en dat binnen 14 dagen na de ingreep een heroperatie heeft ondergaan ten gevolge van een nabloeding
Noemer	Aantal patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden
Definitie(s)	<p><i>Nabloeding:</i> Een nabloeding wordt bepaald door de operateur of de verlengde arm. In de richtlijn wordt nabloeding gedefinieerd als zodanig indien her-ingreep noodzakelijk is (NVKNO).</p> <p><i>Heroperatie:</i> Alle ingrepen waarbij opnieuw algehele anesthesie nodig is.</p> <p>De werkgroep stelt voor alle heroperaties te registreren en in de toelichting te vermelden hoeveel patiënten in een ander ziekenhuis de ATE behandeling hebben ondergaan.</p>
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Bron teller	DBC-registratie, Verrichtingenregistratie, (Poli)klinische status, EPD
Bron noemer	DBC-registratie, Verrichtingenregistratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2019 tot en met 31-12-2019
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Uitkomst
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, veiligheid

Rekenregels

Indicator 1	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 (Z9 = ja) en waarbij daarna een heroperatie heeft plaatsgevonden binnen 14 dagen (Z10=ja en Z11=ja).	# patiënten noemer waarvoor Z4 en Z6 gelden en waarvoor geldt Z9=ja en Z10=ja en Z11=ja
Noemer	Selecteer alle patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden.	# patiënten waarvoor Z1 en Z2 gelden
	<i>Deze noemer is dezelfde als de noemer voor indicator 2</i>	

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 coumarinederivaten. Aangeboren stollingsstoornissen kunnen bij de preoperatieve beoordeling veelal worden opgespoord.

Uit een onderzoek van Van Staaij et al. (2004), blijkt dat van de 195 kinderen die tussen 2000 en 2003 in 24 ziekenhuizen in Nederland een adenotonsillectomie ondergingen er 12 (6%) een complicatie hadden die gerelateerd was aan de ingreep.

- 7 (4%) primaire nabloedingen:
 - o 2 (1%) werden chirurgisch behandeld;
 - o 5 (3%) werden niet-chirurgisch behandeld;
- 5 (3%) post-operatieve misselijkheid.

Mogelijkheden tot verbetering

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

Inhoudsvaliditeit

In verschillende studies is onderzocht hoe vaak nabloedingen voorkomen. Een studie van Clark en Waddell (2004) gaf op basis van tonsillectomieën die tussen 1998 en 2002 in Engeland zijn uitgevoerd (n=220.497) aan dat 0,82% van de patiënten (n=1.804 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 dan 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 waren aanwezig bij 0,37% van de kinderen. In totaal werden 4.850 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. Secondaire bloedingen na tonsillectomie kwamen 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 en 7 (10%) werden geobserveerd. Drie van de 7 (43%) kinderen die geobserveerd werden hadden opnieuw bloedingen.

De mate van bewijskracht voor deze indicator is D, dat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

Uit de resultaten van de uitvraag van deze indicator is gebleken dat het percentage heroperaties ten gevolge van een nabloeding klein is en dat er relatief weinig verschillen tussen de ziekenhuizen bestaan. De statistische betrouwbaarheid van deze indicator is dan ook laag. De werkgroep acht het desalniettemin een belangrijke indicator.

Vergelijkbaarheid

De werkgroep verwacht dat er relevante patiëntkenmerken zijn die de uitkomsten van de indicator beïnvloeden, zoals leeftijd en het Down Syndroom (KNO, 2007).

Registratiebetrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicatoren onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

De gevraagde gegevens worden voor een deel vastgelegd in DBC- en verrichtingenregistraties, deze

gegevens zijn relatief makkelijk terug te vinden. Het aantal nabloedingen moet handmatig in het EPD of de status opgezocht worden.

Referenties

- Clark MPA, Waddell A. The surgical arrest of post-tonsillectomy haemorrhage: hospital episode statistics. *Ann R Coll Surg Engl* 2004;86:411-2.
- Mills N, Anderson BJ, Barber C, White J, Mahadevan M, Salkeld L, Douglas G, Brown C. Day stay pediatric tonsillectomy--a safe procedure. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:1367-73.
- Peeters A, Van-Rompaey D, Schmelzer B, Vidts G, Katz S. Tonsillectomy and adenotomy as a one day procedure? *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1999;53:91-7.
- Peterson J, Losek JD. Post-tonsillectomy hemorrhage and pediatric emergency care. *Clin Pediatr* 2004;43:445-8.
- Richtlijn Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de Tweede lijn. Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, 2007.
- van Staij BK, van den Akker EH, Rovers MM, Hordijk GJ, Hoes AW, Schilder AG. Effectiveness of adenotonsillectomy in children with mild symptoms of throat infections or adenotonsillar hypertrophy: open, randomised controlled trial. *BMJ* 2004;18;651.

Informatie voor patiënten

De meest voorkomende complicatie bij het verwijderen van neus- en keelamandelen is een nabloeding. Soms moeten patiënten met een nabloeding opnieuw geopereerd worden. Deze indicator geeft het percentage patiënten aan bij wie binnen 14 dagen na de operatie een nieuwe operatie is gedaan om de bloeding te stoppen. Het percentage zou zo laag mogelijk moeten zijn. Een complicatie kan komen doordat er iets is misgegaan tijdens de operatie, maar het kan ook komen doordat een patiënt een slechte lichamelijke conditie heeft of bepaalde medicijnen gebruikt.

2. Postoperatieve pijnmeting

Relatie tot kwaliteit	Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen om humanitaire reden is pijn ongewenst, maar ook een voorspoedig herstel wordt negatief beïnvloed door postoperatieve pijn. 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 een voorspoedig herstel.
Operationalisatie	Percentage patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om navraag te doen naar pijnintensiteit
Teller	Aantal patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie ingreep om o.a. navraag te doen naar pijnintensiteit
Noemer	Aantal patiënten in dagbehandeling, dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan
In-/exclusiecriteria	Inclusie van alle patiënten die een (adeno)tonsillectomie hebben ondergaan
Bron teller	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)
Bron noemer	DBC-registratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2019 tot en met 31-12-2019
Rapportage	1 x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Patiënteniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid

Rekenregels

Indicator 2	Postoperatieve pijnmeting bij dagbehandeling	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 is gebeld om navraag te doen naar pijnintensiteit.	# patiënten uit de noemer waarvoor geldt Z8=ja
Noemer	Selecteer alle patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden, waarbij er een DBC van een van de onderstaande typen is vastgelegd (patiënten in dagbehandeling): 0302.11.52.212 0302.21.52.212.	# patiënten waarvoor Z1 (met behandelcode eindgetal 2) en Z2 gelden

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De postoperatieve pijn indicator voor de dagbehandeling is door de werkgroep bewust als een procesindicator 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 dagelijkse praktijk is. Als in de toekomst 80% van de ziekenhuizen een dergelijke praktijkvoering heeft, dan kan de indicator worden omgezet in een uitkomstindicator. Dan kan mogelijk ook voor de patiënten in dagbehandeling een pijnscore 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 (2007)

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 indicatorenset van de NVA worden minimaal 6 pijnmetingen gedaan in de eerste 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.

Door de meeste auteurs wordt ernstige pijn gedefinieerd als score >7 uit 10. Ernstige pijn komt voor bij 8%-29% van de postoperatieve patiënten 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

Er zijn verschillende mogelijkheden tot verbetering:

- Opleiding en routineregistratie volgens richtlijn NVA.
- Terugkoppeling van de uitkomsten met de anesthesiologen met aanpassing van de behandeling.
- Opzetten van een pijnprotocol

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

Inhoudsvaliditeit

Rungby (1999) beschrijven dat het hebben van pijn de voornaamste reden is 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. De mate van bewijskracht voor deze indicator is C.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicatoren discrimineren tussen de ziekenhuizen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zullen registreren.

Vergelijkbaarheid

Volgens de werkgroep zijn er effecten van case-mix te verwachten op deze indicatoren. Zo kan de pijnbeleving regionaal verschillen. Dit kan effect hebben op de vergelijkbaarheid van de indicatoren.

Registratiebetrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicatoren onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten opleveren. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

De gevraagde gegevens worden voor een deel vastgelegd in DBC-registraties, deze gegevens zijn relatief makkelijk terug te vinden. Voor de pijnscores moet een eigen registratiesysteem opgezet worden. Dit is mogelijk arbeidsintensief.

Referenties

- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Interne indicatoren. Januari 2007.
- 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;23:239-55.
- Gracely RH, McGrath P, et al. Validity and sensitivity of ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors: manipulation of affect by diazepam. *Pain* 1978;5:19-29.
- Hamers J. Postoperative pain in Children; assessment and intervention. 1995 Proefschrift Maastricht.
- Jensen MP. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. *J Pain* 2003;4:2-21.
- Rungby JA, Romeling F, Borum P. Tonsillectomy: assessment of quality by consultation rate after discharge. *J Laryngol Otol* 1999;113:135-9.
- Sutters KA, Miaskowski C. Inadequate pain management and associated morbidity in children at home after tonsillectomy. *J Pediatr Nurs* 1997;12:178-85.

Informatie voor patiënten

Na de operatie kunnen patiënten pijn ervaren. Door de pijn kunnen patiënten bijvoorbeeld problemen hebben met slapen en drinken, waardoor het herstel langer kan duren. Goede pijnstilling zorgt voor een sneller herstel. Het is belangrijk om pijn te meten, zodat de pijnstilling daarop aangepast kan worden. Het percentage bij 3a geeft aan bij hoeveel patiënten na de operatie de pijn één keer per 8 uur wordt gemeten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Het percentage bij 3b geeft aan bij hoeveel patiënten ernstige pijn wordt gemeten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Sommige patiënten mogen al snel na de operatie naar huis. Het percentage bij 3c geeft aan hoeveel patiënten zijn gebeld om navraag te doen naar de pijn die zij ervaren.

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 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 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

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: Nabloedingen 2: Postoperatieve pijnmeting
Z1	DBC (adeno)tonsillectomie operatie	0302.11.52.212 0302.11.52.213 0302.11.52.216 0302.21.52.212 0302.21.52.213 0302.21.52.216	DBC-registratie		1: Nabloedingen 2: Postoperatieve pijnmeting
Z2	Zorgverrichting: (adeno)tonsillectomie operatie	32320 tonsillectomie, tot en met 10 jaar, inclusief eventuele adenotomie 32321 tonsillectomie, 11 tot en met 15 jaar, inclusief eventuele adenotomie 32322 tonsillectomie, 16 jaar en ouder, inclusief eventuele adenotomie 32330 adenotomie 332323 tonsillectomie / Sluder / + Adenotomie 0-10 jaar	Zorgverrichtingen registratie		1: Nabloedingen 2: Postoperatieve pijnmeting
Z3	Datum uitgevoerde (adeno)tonsillectomie operatie	dd-mm-jjjj	Zorgverrichtingen registratie	De datum waarop de operatie is uitgevoerd wordt gekoppeld aan de activiteit.	1: Nabloedingen

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
Z4	Nabloeding	De registratie van nabloedingen verschilt per ziekenhuis. Mogelijkheden zijn onder andere: - Code 30 uit masterclassificatie - Code 8943 (wondtoilet) - CBV code 332343 (Pharynx, reïnterventie nabloeding, ATE)	Diverse bronnen, mogelijkheden zijn onder andere: - Masterclassificatie (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: Nabloedingen
Z5	Datum nabloeding	dd-mm-jjjj	(poli) klinische status, EPD	Vooral nog is de datum van de nabloeding alleen uit de status of EPD te achterhalen (zie hierboven).	1: Nabloedingen
Z6	Heroperatie	Operatieve verrichtingencodes uitgevoerd door de KNO arts	Zorgverrichtingen registratie	Alle verrichtingen uit de zorgprofielklasse "5. operatieve verrichting" moeten geselecteerd worden.	1: Nabloedingen
Z7	Datum heroperatie	dd-mm-jjjj	Zorgverrichtingen registratie	Hiervoor wordt de datum van uitvoering Z6 gebruikt	1: Nabloedingen
Z8	VAS/NRS/VRS telefonisch nagevraagd na operatie	Ja/nee	Pijnmeting-systeem (eigen systeem)	Scoor een 'ja' indien na de operatie de pijnscore telefonisch is nagevraagd	2: Postoperatieve pijnmeting

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Variabele	Te berekenen gegeven	Berekening	Formule	Validatie regels	Nodig voor indicator	Toelichting
Z9	Heroperatie binnen 14 dagen na ingreep	Datum heroperatie – operatiedatum (adeno)tonsillectomie	Z7-Z3	$0 \leq Z8 < 14$	1: Nabloedingen	Ja= indien de heroperatie binnen 14 dagen plaatsvindt Nee = indien dit niet het geval is.
Z10	Datum nabloeding ligt voor datum heroperatie.	Datum nabloeding ligt voor datum heroperatie.	Z7 – Z5	≥ 0	1: Nabloedingen	Ja= indien de nabloeding voor de heroperatie plaatsvindt. Nee = indien dit niet het geval is.
Z11	Nabloeding binnen 14 dagen na ingreep	Datum nabloeding – operatiedatum (adeno)tonsillectomie	Z5-Z3	$0 \leq Z 14 < 14$	1: Nabloedingen	Ja= indien de nabloeding binnen 14 dagen plaatsvindt Nee = indien dit niet het geval is.

Deel 2: Klantpreferentievragen

Kinderafdeling en kinderverpleegkundige	
Vraag 3	<p>A. Heeft de ziekenhuislocatie waar de ingreep plaats vindt een kinderafdeling?</p> <p>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, maar er is een vaste afspraak met een ziekenhuis in de buurt voor spoedopnames</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Worden kinderen verpleegd door kinderverpleegkundigen¹?</p> <p>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
<i>Definities</i>	¹ Zie: https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/20160512%20Expertisegebied%20kinderverpleegkundige.pdf voor een beschrijving van dit expertisegebied
<i>Informatie voor patiënten</i>	<i>volgt nog</i>
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2020

Narcose en overnachtingsmogelijkheden ouders	
Vraag 4	<p>A. Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/verzorgers om aanwezig te zijn bij het onder narcose brengen, en tijdens het ontwaken van hun kind op de verkoeverkamer?</p> <p>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, beide ouders/verzorgers kunnen op beide momenten aanwezig zijn</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, één van de ouders/verzorgers kan op beide momenten aanwezig zijn</p> <p><input type="checkbox"/> Beide ouders/verzorgers kunnen aanwezig zijn bij het onder narcose brengen, maar <u>niet</u> tijdens het ontwaken van hun kind op de verkoeverkamer</p> <p><input type="checkbox"/> Eén van de ouders/verzorgers kan aanwezig zijn bij het onder narcose brengen, maar <u>niet</u> tijdens het ontwaken van hun kind op de verkoeverkamer</p> <p><input type="checkbox"/> Beide ouders/verzorgers kunnen aanwezig zijn tijdens het ontwaken van hun kind op de verkoeverkamer, maar <u>niet</u> bij het onder narcose brengen</p> <p><input type="checkbox"/> Eén van de ouders kan aanwezig zijn tijdens het ontwaken van hun kind op de verkoeverkamer, maar <u>niet</u> bij het onder narcose brengen</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Is er op uw ziekenhuislocatie een verkoeverkamer speciaal voor kinderen aanwezig?*</p> <p>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, op de verkoeverkamer liggen kinderen en volwassenen door elkaar</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, maar indien mogelijk worden kinderen wel bij elkaar gelegd en afgeschermd van de volwassenen</p> <p>C. Is er structureel de mogelijkheid voor ouders om bij hun kind te overnachten indien het kind een nacht in het ziekenhuis moet blijven?^{1*}</p> <p>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
Definities	¹ Rooming-in
Informatie voor patiënten	<p>4a. Kinderen die onder narcose moeten worden behandeld, zijn vaak minder angstig als hun vader of moeder erbij is op het moment dat zij in slaap worden gebracht. Stichting Kind en Ziekenhuis raadt ouders/verzorgers daarom aan te kiezen voor een ziekenhuis waar zij bij hun kind kunnen zijn op het moment dat de narcose wordt ingeleid.</p> <p>Voor kinderen is het belangrijk dat hun ouders/verzorgers aanwezig zijn als zij ontwaken uit de narcose. Kinderen zijn vaak verward al zij bijkomen uit de narcose; zij raken minder snel in paniek als hun vader of moeder dan bij hen is.</p> <p>4b. De verkoeverkamer wordt ook wel de uit slaapkamer genoemd. Voor kinderen is het prettig als de uitslaapkamer speciaal voor kinderen is.</p> <p>4c. Voor kinderen is het belangrijk dat hun ouders/verzorgers kunnen overnachten als zij een nacht in het ziekenhuis moeten blijven. De meeste ziekenhuizen bieden ouders/verzorgers de mogelijkheid om 's nachts bij hun kind te blijven. Dit wordt rooming-in genoemd. Ouders/verzorgers moeten daarvoor geen accommodatie als van een hotel verwachten. Veelal wordt voor de nacht een vouwbed naast het bed van het kind gezet. Het blijven slapen kost ouders/verzorgers niets. Voor maaltijden, koffie, thee en frisdranken moet gewoonlijk wel betaald worden.</p>
Technische haalbaarheid	* Peildatum: 1 maart 2020

Vaste behandelaar	
Vraag 5	<p>Hebben patiënten met ziekten van Adenoïd en Tonsillen op uw ziekenhuislocatie één vaste KNO-arts¹?</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
Definities	<p>¹ Met vaste arts wordt bedoeld: de arts die de patiënt bij elk (poli)klinisch consult, en/of dagopname en controleafspraak ziet en die het behandelplan opstelt, uitvoert en controleert (situaties uitgezonderd waarbij de patiënt tijdens afwezigheid van de vaste behandelaar wegens medische noodzaak door een vervangend arts wordt gezien).</p>
Informatie voor patiënten	<p>Het is voor kinderen, hun ouders/verzorgers en volwassenen belangrijk dat zij een vaste KNO-arts hebben.</p>
Technische haalbaarheid	<p>* Peildatum: 1 maart 2020</p>

Informatievoorziening	
Vraag 6	<p>A. Wordt aan elke patiënt informatie over het zorgtraject verstrekt, afgestemd op de belevingswereld van het kind¹, voorafgaand aan de ingreep?</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, schriftelijk <input type="checkbox"/> Ja, digitaal <input type="checkbox"/> Ja, mondeling <input type="checkbox"/> Ja, via 2 van bovenstaande kanalen (schriftelijk, digitaal, mondeling) <input type="checkbox"/> Ja, zowel schriftelijk, digitaal als mondeling <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Wordt aan de patiënt of ouder/verzorger standaard informatie op papier meegegeven over de keuze (van de ouder) om wel of niet te opereren in relatie tot afwachtend beleid²?</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, maar deze keuze wordt wel mondeling besproken <input type="checkbox"/> Nee</p>
Definities	<p>¹ Omdat het gros van de doelgroep onder de 4 jaar is, heeft het gebruik van beeldmateriaal (foto's/video's) de voorkeur</p> <p>² In diverse literatuur wordt aangehaald dat bij niet opereren de uitkomsten bij milde klachten gelijk zijn ten opzichte van een kind dat wel wordt geopereerd. In de literatuur wordt ook melding gedaan van 'spontaan herstel' bij een langere wachttijd (> 9 maanden). Bij 7 of meer tonsillitiden is een ATE wel zinvol en ook bij klachten van obstructieve apneus is een ATE de eerste keuze van behandeling</p>
Informatie voor patiënten	<p>6a. Het is belangrijk dat de patiënt of de ouder/verzorger informatie krijgt over de behandeling. Een patiënt of de ouder/verzorger kan alleen toestemming voor een behandeling geven als hij weet waar het omgaat. Daarnaast is het voor de patiënt en de ouder/verzorger prettig om te weten wat hen te wachten staat.</p> <p>6b. Het is niet duidelijk in welke mate opgezette en ontstoken keelamandelen van invloed zijn op de gezondheid van een kind. Ook KNO-artsen verschillen daarover van mening. Bij één en hetzelfde kind zal de ene arts adviseren de amandelen te laten knippen, terwijl de andere arts zal aanraden ze te laten</p>

	zitten. Daardoor is het voor de patiënt en de ouder/verzorger niet eenvoudig om een beslissing te nemen. Informatie op papier kan de patiënt of ouder/verzorger helpen om een weloverwogen keuze te maken.
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2020

Bereikbaarheid	
Vraag 7	<p>Krijgt de patiënt een e-mailadres voor niet-acute vragen (maximale reactietermijn 24 uur op werkdagen) en telefoonnummer mee op papier (en/of digitaal) waarop hij/zij 's avonds, 's nachts en in het weekend kan bellen voor dringende vragen?</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, de patiënt krijgt een e-mailadres mee op papier en/of digitaal</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, de patiënt krijgt een telefoonnummer mee op papier en/of digitaal</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, de patiënt ontvangt zowel e-mailadres als telefoonnummer op papier en/of digitaal</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
<i>Definities</i>	
<i>Informatie voor patiënten</i>	Voor patiënten is het prettig dat zij ook 's avonds, 's nachts en in het weekend kunnen bellen met dringende vragen. Soms hebben patiënten na de afspraak nog vragen. Deze vragen kunnen gaan over de diagnose of behandeling. Het is prettig voor patiënten als zij voor korte vragen niet naar het ziekenhuis hoeven. Vragen stellen via e-mail is hiervoor een goede oplossing.
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2020

Advies pijnbestrijding	
Vraag 8	<p>A. Krijgt de ouder/verzorger van de patiënt met ziekten van Adenoïd en Tonsillen voorafgaand aan de behandeling informatie <u>op papier</u> mee, met een gericht advies voor pijnbestrijding vóór en ná de ingreep?^{1*}</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, informatie over mogelijke pijnbestrijding vóór de ingreep</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, informatie over mogelijke pijnbestrijding ná de ingreep</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, informatie over mogelijke pijnbestrijding vóór en ná de ingreep</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Worden ouders en kind vóór de opnamedag gezien door een anesthesioloog?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, standaard</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, maar wel door een anesthesiemedewerker met de relevante opleiding en bevoegdheden</p>
<i>Definities</i>	¹ Hiermee worden de pijnbestrijdingsmethoden bedoeld die de ouder/verzorger zelf toe kan dienen, zoals bijvoorbeeld paracetamol.
<i>Informatie voor patiënten</i>	Het is belangrijk dat ouders/verzorgers schriftelijke instructies krijgen over de pijnbestrijding voor en na de ingreep, met daarin tenminste de aanbeveling om pijnmedicatie thuis tot 48 uur na de ingreep op vaste tijden toe te dienen.
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2020

Vorbereiding op operatie	
Vraag 9	<p>Worden bij de voorbereiding op de operatie voor patiënten onder de 12 jaar alle onderstaande mogelijkheden aangeboden?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Met het kind wordt de gehele route gelopen in het ziekenhuis langs alle plekken waar het kind kan komen te liggen of onderzoek plaatsvindt 2. Het kind ziet, voorafgaand aan de operatie, de operatiekamer waarin hij/zij komt te liggen 3. Het kind ziet voorafgaand aan de operatie de verkoeverkamer waarin hij/zij komt te liggen na de operatie 4. Het kind krijgt het narcosekapje even op om deze te ruiken en voelen 5. Het kind krijgt het infuus van de narcose te zien en krijgt uitgelegd hoe dit werkt en wat het kind ervan merkt 6. Het kind krijgt de operatiekleding van het personeel te zien <p>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
<i>Definities</i>	
<i>Informatie voor patiënten</i>	Een ziekenhuisopname is voor kinderen een ingrijpende gebeurtenis. Een goede voorlichting en voorbereiding bevordert het verloop van de ingreep en het verwerkingsproces.
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2020

Bijlage: Wijzigingstabel

De indicatoren zijn ongewijzigd ten opzichte van de uitvraag over verslagjaar 2018.