



Ziekten van Adenoïd en Tonsillen
Kwantitatieve analyse indicatoren Zichtbare Zorg
Ziekenhuizen

Gegevens over 2008

Openbare versie oktober 2009
Data-analyse door advies- en onderzoeksbureau Significant
Uitgave van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

VOORWOORD

Dit document bevat een deel van de eindresultaten van de kwantitatieve analyse van de indicatoren, indicatorwaarden en antwoorden op klantpreferentievragen over de zorg geleverd in 2008. Hiertoe zijn tot 1 juli 2009 door de deelnemende ziekenhuizen gegevens geregistreerd over een tiental aandoeningen, te weten:

- Blaascarcinoom;
- Cataract;
- Diabetes;
- Heup/Knie vervangingen;
- Incontinentie bij de vrouw;
- Liesbreuk;
- Lumbosacraal Radiculair Syndroom;
- Mammacarcinoom;
- Varices;
- Ziekten van Adenoïd en Tonsillen.

Deze deelrapportage betreft deelresultaten van Ziekten van Adenoïd en Tonsillen.

De gegevens zijn geschoond, geanalyseerd en gerapporteerd in de periode juli – september 2009. Deze rapportage moet worden beschouwd als de eerste rapportage voor alle ziekenhuizen in Nederland van de bovenstaande indicatorensets in termen van:

- (a) Volledigheid van de aanlevering: % indicatoren, % instellingen;
- (b) Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data en indicator(waarden) ten aanzien van betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid;
- (c) Indicatorwaarden (hoe scoren de ziekenhuizen op de indicatoren).

Leeswijzer

Hoofdstuk 1, de inleiding, beschrijft naast de context een beknopt overzicht van de doorlopen processen ten aanzien van de aangeleverde data en de daarop volgende analyses. Tevens worden in dit hoofdstuk aanwijzingen gegeven voor het gebruik van indicatoren: vingerwijzingen om de in dit document gepresenteerde gegevens te gebruiken. In hoofdstuk 2 worden de Zorginhoudelijke indicatoren beschreven. Per indicator worden de belangrijkste waarden gepresenteerd en wordt bij elke indicator een signaalvlag gezet voor de betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid. Vervolgens komen in Hoofdstuk 3 de Klantpreferentievragen aan bod. Per vraag worden de belangrijkste waarden gepresenteerd. Afsluitend wordt in Hoofdstuk 4 een totaal evaluatie van de gehele set beschreven waarbij er wordt afgesloten met enkele conclusies. In de Bijlagen staat achtergrondinformatie beschreven, waaronder een toelichting op de signaalvlaggen in bijlage A.

Doelgroep

Deze rapportage is voor de professionele gebruikers van de Zichtbare Zorg data die van de data informatie maken voor hun specifieke doel en/of doelgroep, zoals beleidsmedewerkers/projectleiders bij patiëntenorganisaties, adviseurs zorginkoop bij zorgverzekeraars en kwaliteitsmanagers in de ziekenhuizen. Het overzicht dat de rapportage biedt dient als achtergrond/context bij de data. Daarnaast is het een belangrijke rapportage voor verschillende partijen binnen Zichtbare Zorg Ziekenhuizen: de Stuurgroep, indicatorwerkgroepen en Programmabureau Zichtbare Zorg krijgen met deze rapportage een totaalbeeld van de indicatoren. Het plaatst keuzes voor openbaarheid en doorontwikkeling in perspectief. De ziekenhuizen zelf ontvangen per aandoening een spiegelrapportage waarin de figuren met resultaten op de indicatoren en de bijbehorende signaalvlaggen en de antwoorden op de klantpreferentievragen zijn opgenomen. De uitgebreidere context ontbreekt, waarmee deze rapportage aanvullend is op de spiegelrapportage. De individuele burger of kiezende consument zelf is nadrukkelijk niet de doelgroep van deze kwantitatieve analyse.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	7
2 Zorginhoudelijke indicatoren	13
3 Klantpreferentievragen	27
4 Evaluatie	28
Bijlage A	
Bijlage B	
Bijlage C	

1 Inleiding

In de inleiding komen de volgende onderwerpen aan de orde:

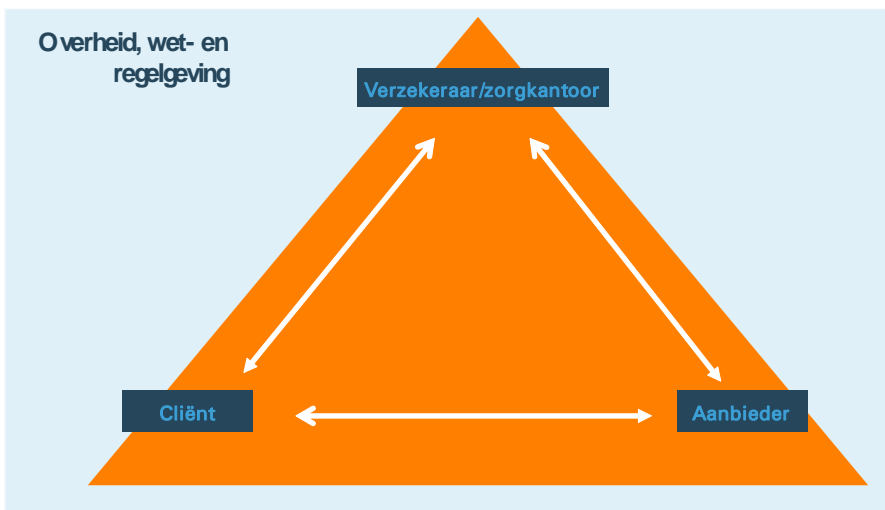
- Achtergrond Zichtbare Zorg Ziekenhuizen;
- Kwantitatieve analyse 2008: het proces;
- Vingerwijzingen voor het gebruik van indicatoren.

1.1 Achtergrond van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

1.1.1 Het zichtbaar maken van zorgprestaties is essentieel

Sinds 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringwet van kracht. De kern van de Zorgverzekeringwet is een systeem van (gereguleerde) marktwerking, waarbij concurrentiestelling langs drie assen plaatsvindt, zie onderstaande figuur:

- De zorgverleningsmarkt (waarop de zorgaanbieders dingen om de gunsten van de klant);
- De zorginkoopmarkt (waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot contracten dienen te komen);
- De zorgverzekeringsmarkt (waarop zorgverzekeraars dingen om de gunsten van de klant).



Het nieuwe zorgstelsel gaat uit van keuze en prestatieafhankelijkheid. Alleen dan kan (gecontroleerd) het stelsel gaan werken. Informatie over de prestaties van zorgaanbieders zijn daarbij van cruciaal belang voor zowel klanten als zorginkopers. Maar ook voor de zorgaanbieders zelf is inzicht in de eigen prestaties ten opzichte van andere zorgaanbieders essentieel om de interne (zorg)processen te verbeteren en externe verantwoording af te leggen over de eigen prestaties.

De kwaliteitsinformatie stelt daarnaast de Inspectie voor de Gezondheidszorg in staat om gericht toezicht te houden. Ten slotte kan de overheid de informatie gebruiken om de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te beoordelen in relatie tot het gevoerde beleid.

Het zichtbaar maken van deze kwaliteit en van kwaliteitsverschillen is dus zeer essentieel. Zonder deze informatie over veiligheid, effectiviteit en klantgerichtheid van zorg is kiezen of contracteren op basis van prestaties niet mogelijk. Dit uitgangspunt is het 'wezen' van Zichtbare Zorg.

1.1.2 Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Gegeven de centrale rol van de ziekenhuiszorg in de gezondheidszorg, is de interesse voor inzicht in de kwaliteit van de ziekenhuiszorg groot bij patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, politiek en media.

Adequate vergelijking van de prestaties is alleen goed mogelijk als de kwaliteitsindicatoren onderling vergelijkbaar zijn. Standaardisatie is dan vereist. Zichtbare Zorg Ziekenhuizen ondersteunt ziekenhuizen hierbij en werkt aan eenduidige sets van kwaliteitsindicatoren.

In 2009 zijn tien indicatorensets geïmplementeerd bij de ziekenhuizen. Deze tien indicatorensets zijn:

- Blaascarcinoom;
- Cataract;
- Diabetes;
- Heup/Knie vervangingen;
- Incontinentie bij de vrouw;
- Liesbreuk;
- Lumbosacraal Radiculair Syndroom;
- Mammacarcinoom;
- Varices;
- Ziekten van Adenoïd en Tonsillen.

Voor de indicatorenengidsen zie www.zichtbarezorg.nl.

Voor elke aandoening is een aantal indicatoren geformuleerd die gezamenlijk een beeld moeten geven van de kwaliteit van de zorg voor deze aandoening. Er zijn drie typen indicatoren onderscheiden:

- Structuurindicatoren. Deze beschrijven of de zorgaanbieder bepaalde voorzieningen heeft getroffen in de organisatie. Het betreft veelal het eenmalig beantwoorden van een ja/nee-vraag.
- Procesindicatoren. Deze volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Deze indicatoren worden geaggregeerd over de patiënten uitgevraagd (veelal als teller en noemer).
- Uitkomstindicatoren. Deze richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg. Deze indicatoren worden geaggregeerd over de patiënten als teller en noemer uitgevraagd.

In de indicatorenengidsen staat bij iedere indicator vermeld tot welk type de betreffende indicator wordt gerekend. Voor elke aandoening staat in onderstaande tabel het aantal indicatoren per type samengevat.

Tabel 1. Per aandoening het aantal structuur-, proces en uitkomstindicatoren

Aandoening	Type indicator		
	Structuur	Proces**	Uitkomst
Blaascarcinoom	3	2	
Cataract	8*	3	
Diabetes	12*	5	
Heup/ Knie vervanging	18*	4	1
Incontinentie bij de vrouw	6*	2	1
Liesbreukoperaties	2	2	1
Lumbosacraal radiculair syndroom	2	1	1
Mammacarcinoom	14*	4	2
Varices	5*	2	
Ziekten van adenoïd en tonsillen	1	4	2

*alle klantpreferentie indicatoren zijn aangemerkt als structuurindicatoren

**de meeste procesindicatoren zijn uitgevraagd als teller en noemer

1.1.3 Brede vertegenwoordiging in Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Acht veldpartijen die betrokken zijn bij de ziekenhuiszorg, hebben zich in 2007 verenigd in de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen om de uitvraag van kwaliteitsinformatie te stroomlijnen. De Stuurgroep stelt vast over welk aanbod van de ziekenhuiszorg kwaliteit zichtbaar moet worden en zij

zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurd. De Stuurgroep wordt ondersteund door de landelijke projectorganisatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De stuurgroep streeft ernaar dat kwaliteitsinformatie zoveel mogelijk door middel van één kanaal wordt uitgevraagd en dat ziekenhuizen daarbij zoveel mogelijk door één organisatie worden ondersteund. Hiermee wil Zichtbare Zorg Ziekenhuizen de registratiedruk voor ziekenhuizen beperken en een duidelijk en gebruiksvriendelijk proces van meten en registreren laten ontstaan.

1.1.4 Brede vertegenwoordiging bij opstellen indicatoren en klantpreferentievragen

Er worden twee typen vragen ontwikkeld: de zorginhoudelijke indicatoren en de klantpreferentievragen. Het ontwikkeltraject is voor beiden anders. Hieronder wordt dit kort toegelicht. De zorginhoudelijke indicatoren en de klantpreferentievragen worden integraal uitgevraagd via Zichtbare Zorg en in deze rapportage worden ze gezamenlijk gerapporteerd in gescheiden hoofdstukken, respectievelijk hoofdstuk 2 en 3.

Zorginhoudelijke indicatoren

De ontwikkeling van zorginhoudelijke indicatoren begint met het samenstellen van een indicatorwerkgroep met daarin vertegenwoordigers afgevaardigd vanuit betrokken wetenschappelijke beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, en eventueel andere partijen die nauw betrokken zijn bij de zorg rondom de aandoening. Een belangrijke leidraad bij het ontwikkelen van een indicatorset 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)). De werkgroep inventariseert welke indicatoren nationaal en internationaal reeds zijn ontwikkeld, vervolgens wordt er een overzicht van potentiële indicatoren gemaakt en ten slotte stelt de werkgroep een uiteindelijke lijst van kwaliteitsindicatoren samen.

Klantpreferentievragen

De klantpreferentie vragen (aanvullende vragen) hebben een ander ontwikkeltraject doorlopen. Klantpreferentie vragen worden ontwikkeld door de Consumentenbond en de NPCF. Tijdens de ontwikkeling leggen zij eerst contact met de patiëntenvereniging die voor de aandoening relevant is (als er een vereniging bestaat). De collectieve ervaringsdeskundigheid van de patiëntenvereniging vormt samen met al bestaande indicatoren, een literatuur- en forumonderzoek op internet de basis voor een schaduwlijst. Deze lijst bevat onderwerpen waarvan geacht wordt dat ze belangrijke keuze-informatie kunnen zijn voor patiënten en consumenten. Na het opstellen van de schaduwlijst wordt er een focusgroep met patiënten georganiseerd. Doel van de focusgroep is om met patiënten in een informele sfeer te bespreken wat voor hen de belangrijkste punten zijn als het gaat om de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder. De patiënten schrijven de punten op die voor hen zijn, gaan hierover met elkaar in discussie en reageren op de schaduwlijst. Met de resultaten uit de focusgroep wordt een prioriteitenlijst samengesteld. Het streven is om deze door minimaal vijftig patiënten te laten beoordelen. De preferenties van patiënten worden vertaald naar de uiteindelijke vragenlijst. De definitieve lijst wordt ter controle voorgelegd aan een aantal medisch specialisten.

1.2 Kwalitatieve analyse 2008: Het globale proces

Aanleveren van de gegevens (1 juli)

In totaal hebben 87 ziekenhuizen gegevens aangeleverd voor 104 locaties waarvan er 9 locaties geen gegevens bevatten. De totale database bestaat dus uit 95 locaties met gegevens voor 1 of meerdere aandoeningen. Bij de bespreking van de indicatoren en klantpreferentievragen is per indicator aangegeven hoeveel locaties gegevens hebben ingediend. Naast de gegevens voor de indicatoren en antwoorden op klantpreferentievragen hebben de ziekenhuizen ook aangeleverd:

- Antwoorden op verificatievragen over juistheid en volledigheid van het meet- en registratieproces. Bij de zorginhoudelijke indicatoren zijn over alle proces- en uitkomstindicatoren verificatievragen gesteld; bij de structuurindicatoren en de klantpreferentievragen zijn deze vragen niet gesteld.

- Opmerkingen bij de indicator en opmerkingen algemeen bij een indicatorenset, bijvoorbeeld over onduidelijkheid van definities.

Schoning (1 juli – 21 juli)

Het uitgangspunt is dat ziekenhuizen zelf verantwoordelijk zijn voor de gegevens die zij aanleveren. In de door de ziekenhuizen aangeleverde gegevens kunnen per ongeluk registratiefouten zitten, bijvoorbeeld door typefouten of doordat de vraag niet goed is begrepen. Op basis van de totale set aan gegevens die beschikbaar is, signaleert Zichtbare Zorg de 'fouten' (schoningsvraag) en geeft de ziekenhuizen de mogelijkheid om de aangeleverde gegevens te checken, en indien nodig, te wijzigen. In het schoningsprotocol zijn de volgende checks opgenomen:

- a) Doorlopen van de opmerkingen.
- b) Checken op statistische plausibiliteit.
- c) Checken op inhoudelijke plausibiliteit.

Voor het uitgebreide schoningsprotocol wordt verwezen naar de website van Zichtbare Zorg [<http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen/Documenten>].

Reactie op schoningsvragen (14 juli – 14 aug)

De schoningsvragen zijn in de periode van 14 – 21 juli voorgelegd aan de ziekenhuizen. De ziekenhuizen hadden tot en met 14 augustus de tijd om de gegevens waar schoningsvragen over waren aan te passen in de webenquête. Wijzigingen in aandoeningen waarover geen schoningsvragen zijn gesteld, worden niet overgenomen in de database. In bijlage C staat een overzicht van de schoningsvragen die gesteld zijn.

Kwantitatieve analyse (17 aug – sept)

De kwantitatieve analyse is onder te verdelen in 3 delen. Het eerste deel betreft de beoordeling van de betrouwbaarheid van het registratieproces en statistische betrouwbaarheid: signaalvlaggen (zie bijlage A). Zichtbare Zorg heeft samen met experts uit het veld deze methodiek ontwikkeld, waarmee een beeld gegeven kan worden over de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Op de website van Zichtbare Zorg (<http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen/Documenten>) vindt u een notitie met een uitgebreide toelichting op de methodiek. In het kort:

- Voor het bepalen van de signaalvlag voor de betrouwbaarheid van het registratieproces worden 3 van de 6 verificatievragen geanalyseerd (methode gegevensverzameling, betrokkenheid medisch specialist en gebruik van opgeleverde gegevens). Deze vlag geeft voor dit jaar een eerste benadering van de betrouwbaarheid van het registratieproces. Twee belangrijke kanttekeningen bij deze signaalvlag: i) het is gebaseerd op zelfrapportage en er is geen controle wat mogelijk sociaal wenselijke antwoorden in de hand werkt; ii) slechts enkele belangrijke factoren van het registratieproces worden meegenomen. Bij de meting van volgend jaar zullen de verificatievragen worden aangescherpt en zal de methodiek doorontwikkeld worden.
- De signaalvlag voor de statistische betrouwbaarheid is afhankelijk van de grootte van de proportie over alle ziekenhuislocaties (uitkomst van de indicator) en afhankelijk van het aantal waarnemingen in de noemer per ziekenhuislocatie.

Het tweede deel betreft de analyse van de uitkomsten op de zorginhoudelijke indicatoren en de klantpreferentievragen, waaronder:

- Per indicator/vraag wordt er een of meerdere figuren gemaakt die de resultaten voor alle ziekenhuizen weergeven.
- Het type figuur is afhankelijk van de vraagstelling van de indicator. De meest voorkomende zijn een staafdiagram voor de ja/nee-indicatoren en een 'rupsgrafiek' voor de teller/noemer-indicatoren.
- In elke figuur is naast de uitkomst ook af te lezen hoeveel ziekenhuislocaties gegevens hebben aangeleverd.
- Voor de teller/noemer-indicatoren is in de figuur opgenomen wat het minimum, het maximum en de mediaan is van het aantal waarnemingen in de noemer.

- Voor de teller/noemer-indicatoren is in de figuur per datapunt een 95% betrouwbaarheidsinterval voor de proportie opgenomen.
- Er wordt per indicator/vraag aangegeven wat de observaties zijn en worden per set de conclusies op een rij gezet.

Het laatste en derde deel betreft de beschrijving van de belangrijkste bevindingen ten aanzien van verbeteringen van de indicatoren voor de meting van volgend jaar. Hier worden opvallende zaken rondom de indicator zelf genoemd, zoals opgemerkt door de ziekenhuizen en zoals gebleken uit een inhoudelijke optimalisatieronde van de indicatoren.

Bespreking resultaten met indicatorwerkgroep (26 aug – 14 sept)

Alle resultaten van de kwantitatieve analyse worden geagendeerd in de indicatorwerkgroep die de indicatorenset heeft ontwikkeld. De punten die daar aan bod komen zijn:

- Presentatie van de signaalvlaggen voor de beoordeling van de betrouwbaarheid van het registratieproces en de statistische betrouwbaarheid.
- De indicatorwerkgroep wordt gevraagd naar een beoordeling van de indrukvaliditeit en vergelijkbaarheid: indien mogelijk worden op basis van een kwalitatieve weging door de werkgroep de kleurcodering groen/oranje/rood toegekend.
- De observaties en de conclusies worden aan de indicatorwerkgroep voorgelegd.
- De indicatorwerkgroep wordt gevraagd een advies te geven over openbaarheid van de indicatoren aan de stuurgroep. In principe worden, na akkoord van de ziekenhuizen, alle indicatoren openbaar gemaakt. De werkgroep kan de stuurgroep adviseren dit niet te doen als er zwaarwegende argumenten zijn.

Parallel aan de bespreking van de resultaten van de analyse wordt tevens de noodzaak van een update (het bijstellen) van de indicatoren besproken. De antwoorden op de klantpreferentievragen worden besproken met de NPCF en Consumentenbond.

Autorisatie door de ziekenhuizen (27 aug – 2 sept)

In de webportal kunnen de ziekenhuizen hun gegevens controleren en per aandoening aangeven of zijn de gegevens willen autoriseren. Na autorisatie worden de gegevens (anoniem) opgenomen in de definitieve versie van de kwantitatieve analyse. De database met gegevens wordt nog niet openbaar beschikbaar gesteld. Als een ziekenhuis besluit de gegevens niet te autoriseren, dan worden de gegevens niet opgenomen in de evaluatierapportage. De gegevens worden uit het definitieve databestand verwijderd.

Bespreking data in stuurgroep (17 sept)

De stuurgroep neemt kennis van deze rapportage met daarin de kwantitatieve analyse van de indicatoren en de beoordeling met de vier signaalvlaggen en stelt de rapportage vast. De Stuurgroep besluit over de openbaarmaking van de gegevens. Hierbij is het uitgangspunt dat alle indicatoren openbaar worden gemaakt met de signaalvlaggen voor betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid. Het stuurgroepbesluit over openbaarheid zal gecommuniceerd worden als een advies aan ziekenhuizen die dit jaar de definitieve beslissing hebben over openbaarheid van hun gegevens.

Openbaarheid

- Deze algemene rapportage met de resultaten van de kwantitatieve analyse wordt gepubliceerd op de website van Zichtbare Zorg.
- Voor de database met de gegevens over 2008 hebben de ziekenhuizen de laatste beslissende stem in het wel/niet openbaar beschikbaar stellen van hun gegevens. Deze vraag wordt de ziekenhuizen in de periode van 1 – 16 oktober voorgelegd. De gegevens waarvoor een akkoord is van het ziekenhuis, zijn voor iedereen opvraagbaar middels een verzoek aan Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Op de website staat meer informatie over het indienen van een dergelijk verzoek.

1.3 Vingerverwijzing voor gebruik van de gepresenteerde gegevens

De doelstelling van Zichtbare Zorg is het openbaar maken van de data waarvan verschillende doelgroepen informatie over kwaliteit van zorg kunnen maken. Het is daarbij belangrijk om de gebruikers van de data voldoende context te bieden zodat zij verantwoord kunnen omgaan met de gegevens. Bij gebruik van de Zichtbare Zorg indicatoren wordt dan ook aangeraden de onderstaande punten aandachtig door te nemen.

- Het werken met kwaliteitsindicatoren staat in de zorg relatief nog in de kinderschoenen. Het is daarom een zoektocht waarbij we op zoek zijn naar de mogelijkheden, maar onze ogen niet moeten sluiten voor de onmogelijkheden.
- De komende jaren is het noodzakelijk om de gebruikers van de indicatorwaarden zo mogelijk te informeren over de beperkingen die voorlopig aan het gebruik van indicatoren en indicatorwaarden verbonden zijn.
- In dit document presenteert Zichtbare Zorg gegevens over de indicatoren voor de ziekenhuiszorg 2008. De markt is aan zet als het gaat om het vertalen van deze gegevens in bruikbare informatie over de kwaliteit van zorg geleverd in 2008.
- De verschillende doeleinden waarvoor de indicatorensets worden gebruikt:
 1. Keuze-informatie
 2. Inkoopinformatie
 3. Verwijsinformatie
 4. Verantwoordingsinformatie
 5. Sturingsinformatie
 6. Toezichtinformatie
- Een indicator is een meetbaar aspect en geeft een aanwijzing over de kwaliteit van de zorg (Campell, 2002). Daarom geeft een indicator of een set indicatoren nooit een totaalbeeld van de geleverde zorg. Het levert slechts een beperkt beeld dat afhankelijk van het doel aanleiding kan zijn voor bijvoorbeeld nader onderzoek of een gesprek.
- Het is belangrijk dat de indicatoren, de aangeleverde data en de indicatorwaarden aan vier kwaliteitseisen voldoen.
 1. De onderliggende indicatoren dienen valide te zijn;
 2. De data waarop ze gebaseerd zijn dienen betrouwbaar gemeten en geregistreerd te zijn;
 3. De indicatorwaarden dienen statistisch betrouwbaar te zijn;
 4. De indicatorwaarden dienen vergelijkbaar te zijn.

Zichtbare Zorg Ziekenhuizen heeft in samenwerking met experts uit het veld een methodiek ontwikkeld om de betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid te beoordelen: de signaalvlaggen (bijlage A).

Tabel 2: Voorbeelden

<p>Om van de gegevens keuze-informatie/ Patiënteninformatie te maken, is het belangrijk dat de gegevens altijd van de juiste contextinformatie worden voorzien. Zo kan bijvoorbeeld een hoge score op de indicator "Tijdsperiode tussen operaties \geq 28 dagen" bij de aandoening Cataract, als slecht worden geïnterpreteerd. Een patiënt/ consument weet niet dat een lange tijd tussen twee operaties juist belangrijk is voor kwalitatief goede zorg.</p>	<p>Zorginkopers kunnen de kwaliteitsgegevens gebruiken om zorgaanbieders te identificeren die minder goede zorg leveren. Een opvallend lage score op een indicator kan betekenen dat de zorgaanbieder mindere goede kwaliteit levert. Echter, het kan ook veroorzaakt worden doordat bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie in de zorginstelling afwijkt van het landelijk gemiddelde. Een afwijkende score is dan ook een signaal om verder onderzoek uit te voeren naar de reden van deze afwijking. Het zelfde geldt voor een afwijkende hoge score.</p>
---	---

2 Zorginhoudelijke indicatoren

Dit hoofdstuk bevat per indicator in de indicatorset een beschrijving van:

- 1 De overall beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data van de indicator met signaalvlaggen. De vlaggen geven inzicht in hoe de validiteit, de registratiebetrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid worden beoordeeld. De vergelijkbaarheid heeft zowel betrekking op de statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid, ook wel aangegeven met statistische betrouwbaarheid, en de populatievergelijkbaarheid, waarmee wordt bedoeld in hoeverre versturende factoren die tussen ziekenhuizen kunnen verschillen van invloed zijn op de indicatorwaarden (zie voor achtergrondinformatie Bijlage A).
- 2 De waarden van de indicator (de uitkomst van de breuk: teller/noemer weergegeven in procenten) gepresenteerd in een figuur plus korte beschrijving (observaties).
- 3 De praktische toepasbaarheid van de indicator. Dit zijn zaken punten die naar voren zijn gekomen uit de helpdeskvragen en de opmerkingen van de ziekenhuizen en bevindingen uit de update van de indicatorensets.
- 4 De opmerkingen vanuit de werkgroep bij de indicator en de resultaten.

2.1 Indicator 1

Deze indicator wordt niet opgenomen in de openbare database van Zichtbare Zorg.

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.

2.2. Indicator 2

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.

2.2.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Definitie teller en noemer

Voor alle uitkomst en procesindicatoren is er een verificatievraag aan de ziekenhuizen gesteld of de definitie helder was. Daaruit blijkt dat 96% en 93% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie van de respectievelijk teller en noemer duidelijk is.

Signaalvlaggen voor indicator

Voor een algemene toelichting op de tabel, zie toelichting in paragraaf 2.1.1.

Tabel 4. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 2					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer**	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid***
	groen	oranje	oranje	groen	groen
Rood*		19%	3%	0%	
Oranje*		40%	26%	0%	
Groen*		41%	71%	100%	

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

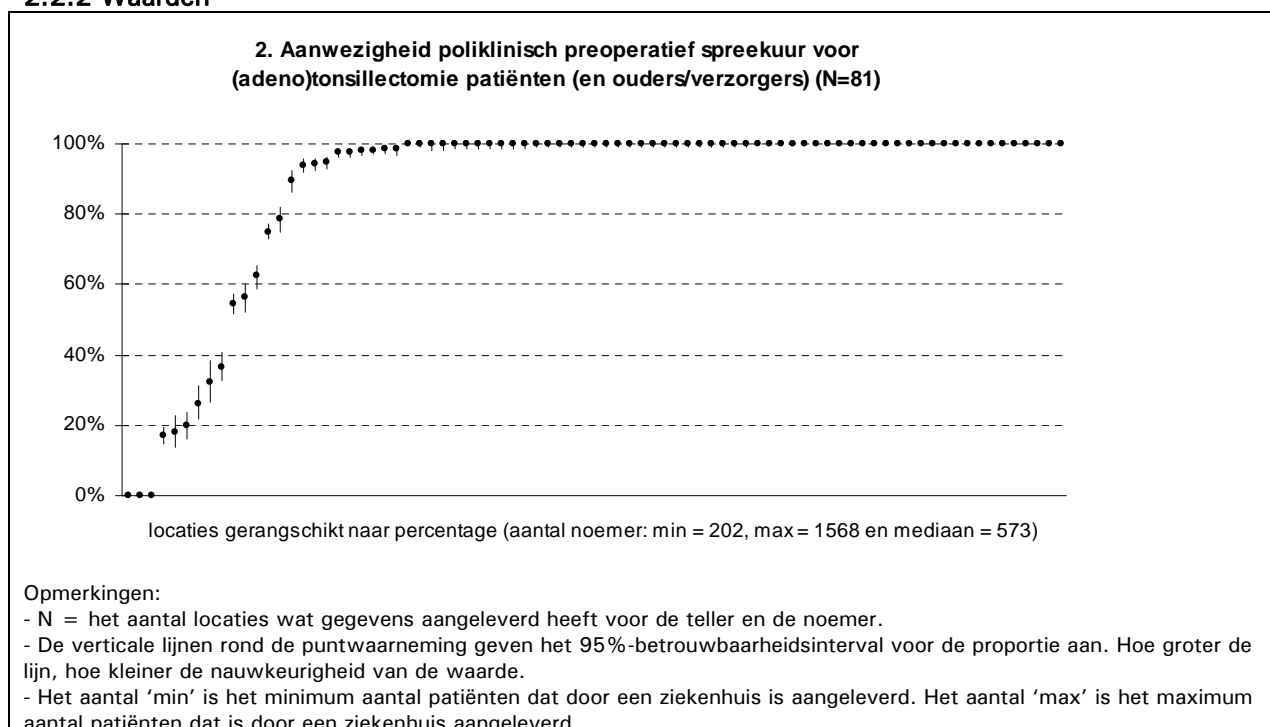
Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

* Percentage ziekenhuizen met een rode/oranje/groene signaalvlag.

** De noemers van de indicatoren 1 en 2 zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

*** Populatie vergelijkbaarheid geeft aan in hoeverre de indicatorwaarden tussen de ziekenhuizen vergeleken kunnen worden zonder te corrigeren voor versturende factoren.

2.2.2 Waarden



Bevindingen naar aanleiding van de data

Bovenstaande figuur is te zien dat de waarden van deze indicator sterk uiteen lopen van 0 tot 100%. Er is een zeer groot aantal locaties met een score van 100%, waarbij dient opgemerkt te worden dat 38% van de locaties aangeeft deze indicator protocollair in te vullen. Drie locaties hebben een opvallende score van 0%. Het totaal aantal geregistreerde (adeno) tonsillectomieën tijdens de meetperiode is 50700 (som van alle noemers in de figuur). In totaal zijn 44175 patiënten preoperatief beoordeeld op de polikliniek anesthesiologie. Het overall percentage = 87%.

De noemers van indicator 1 en 2 zijn volgens de definitie gelijk en voor alle ziekenhuislocaties geldt dat het aantal waarnemingen in beide noemers ook werkelijk gelijk is. Hieruit volgt dat ook de gegevens van noemer voor indicator 2 gebaseerd zijn op een volledige telling (zie bijlage B Figuur 2/3). Voor de teller geldt dit in mindere mate, slechts 61%. De gegevens worden echter maar bij 66-

69% van de locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B Figuur 2/4a). De indicator krijgt daarmee voor zowel de teller als de noemer een oranje overall signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces. In tabel 4 is te zien dat voor de noemer het aantal locaties dat een groene signaalvlag krijgt 71% is. Dit is net onder de vastgestelde grens van 75% om een groene overall signaalvlag te krijgen. De gegevens van de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage C2). Voor de noemer geldt dat de gegevens vooral uit de DBC-registratie en de verrichtingenregistratie afkomstig zijn. De teller komt grotendeels ook uit de DBC-registratie en de verrichtingenregistratie, maar daar heeft de categorie 'Anders' ook een groot aandeel.

De nauwkeurigheid van de individuele datapunten is over het algemeen groot (kleine betrouwbaarheidsintervallen). De statistische betrouwbaarheid van deze indicator heeft een groene signaalvlag. De overall proportie ligt tussen de 5 en 95%. Om afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de proportie van een ziekenhuislocatie en de overall proportie) van ongeveer 1,5 betrouwbaar te detecteren moeten de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Dit geldt voor alle locaties, wat leidt tot een groene signaalvlag de locaties en tot een overall score 'groen' voor de statistische betrouwbaarheid. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen de proporties per ziekenhuislocatie en de overall proportie op basis van deze indicator mogelijk is.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

In de gids staat niet duidelijk omschreven hoever terug gekeken moet worden voor het pre-operatieve spreekuur. Het is niet duidelijk tot hoe ver terug ziekenhuizen gekeken hebben voor het bepalen of er een pre-operatief spreekuur is geweest.

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Een aanzienlijk percentage ziekenhuizen geeft aan dat men protocollair te werk is gegaan (38%).

2.3. Indicator 3

Operationalisatie: Is er structureel de mogelijkheid voor ouders/verzorgers om aanwezig te zijn tijdens het ontwaken op de verkoeverkamer?

2.3.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Signaalvlaggen voor indicator

Voor een algemene toelichting op de tabel, zie toelichting in paragraaf 2.1.1.

Tabel 5. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 3				
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces	Vergelijkbaarheid	
			Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid***
	groen	n.v.t.*	n.v.t.**	groen

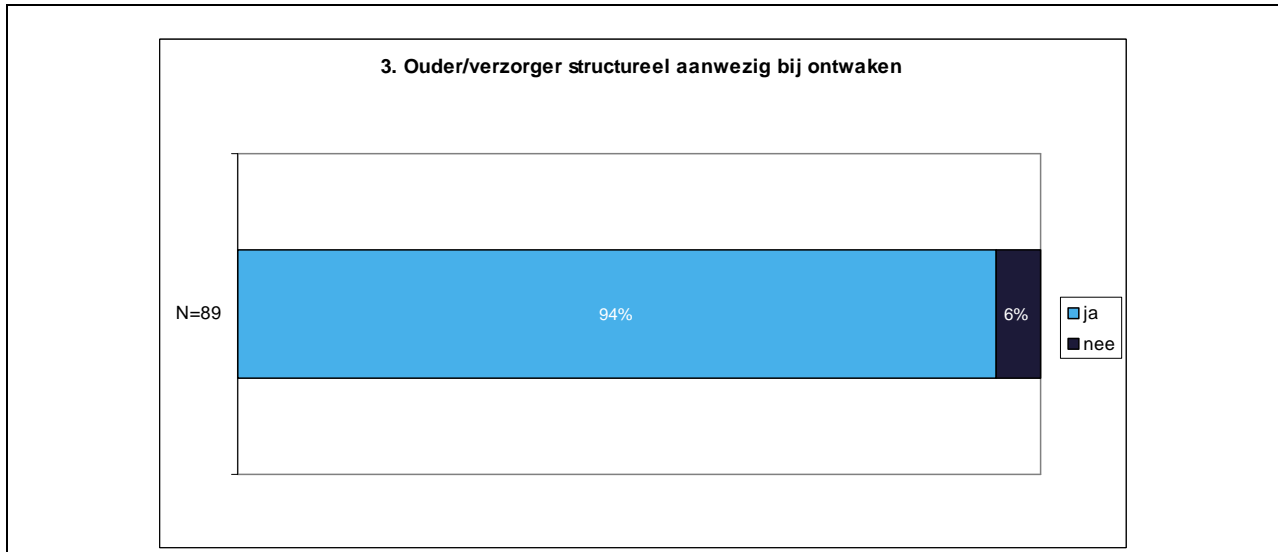
Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

* Bij structuurindicatoren zijn geen verificatievragen gesteld en kan geen beoordeling voor de betrouwbaarheid van het registratieproces worden bepaald.

** De meeste structuurindicatoren worden uitgevraagd als een eenmalig ja/nee: het bepalen van de statistische betrouwbaarheid is daarom niet aan de orde.

*** Populatie vergelijkbaarheid geeft aan in hoeverre de indicatorwaarden tussen de ziekenhuizen vergeleken kunnen worden zonder te corrigeren voor versturende factoren. De structuur indicatoren zullen goed vergelijkbaar zijn tussen de ziekenhuizen, aangezien verschillen in patiëntenpopulatie geen rol spelen

2.3.2 Waarden



Bevindingen naar aanleiding van de data

Uit bovenstaande figuur blijkt dat bijna alle locaties (94%) aangeven dat er structureel de mogelijkheid is voor ouders/verzorgers om aanwezig te zijn tijdens het ontwaken op de verkoeverkamer.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

Bij de meting in 2009 zijn er geen opmerkingen ten aanzien van deze indicator.

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Er zijn geen opmerkingen.

2.4. Indicator 4A

Operationalisatie: 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.

Teller: Totaal aantal (adeno)tonsillectomie patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief.

Noemer: Totaal aantal klinisch behandelde (adeno)tonsillectomie patiënten.

2.4.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Definitie teller en noemer

Voor alle uitkomst en procesindicatoren is er een verificatievraag aan de ziekenhuizen gesteld of de definitie helder was. Daaruit blijkt dat 96% en 98% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie van de respectievelijk teller en noemer duidelijk is.

Signaalvlaggen voor indicator

Voor een algemene toelichting op de tabel, zie toelichting in paragraaf 2.1.1.

Tabel 6. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 4A					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller**	Noemer***	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid****
	groen	oranje	oranje	oranje	oranje
Rood*		23%	8%	7%	
Oranje*		51%	34%	60%	
Groen*		26%	58%	33%	

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

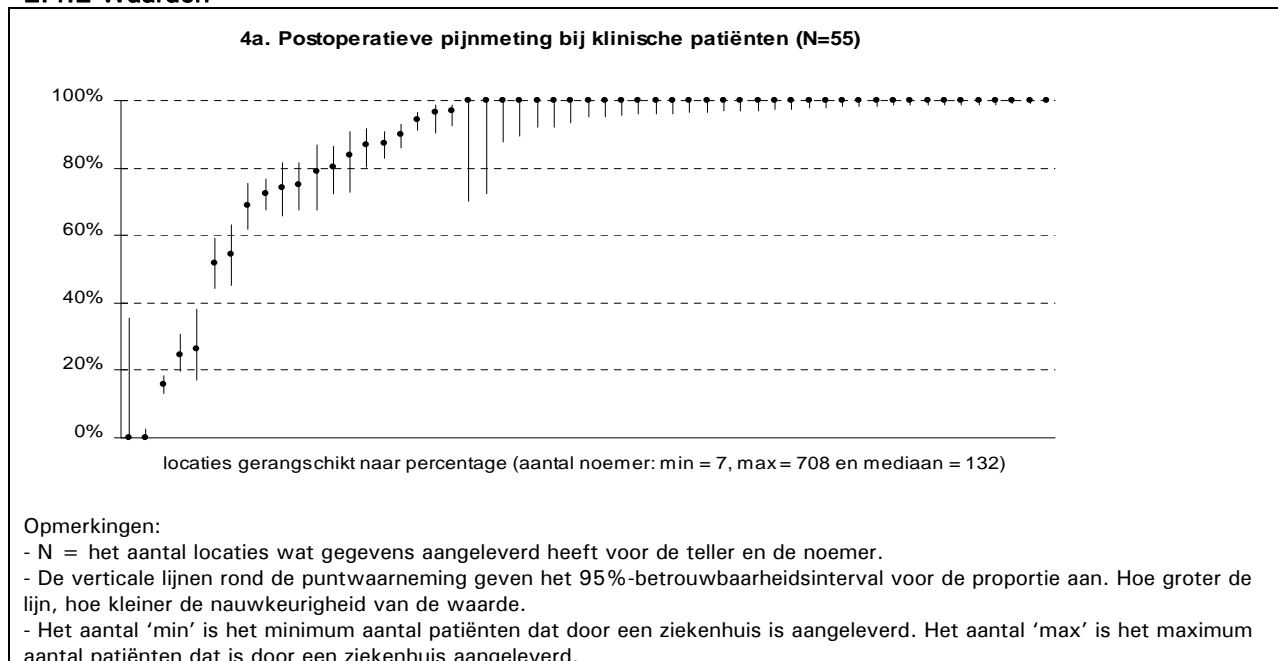
* Percentage ziekenhuizen met een rode/oranje/groene signaalvlag.

** De teller van de indicator 4a en de noemer van indicator 4b zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

*** De noemer van de indicator 4a en de noemer van indicator 5b zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

**** Populatie vergelijkbaarheid geeft aan in hoeverre de indicatorwaarden tussen de ziekenhuizen vergeleken kunnen worden zonder te corrigeren voor versturende factoren.

2.4.2 Waarden



Bevindingen naar aanleiding van de data

In bovenstaande figuur is te zien dat de waarden van deze indicator sterk uiteen lopen van 0 tot 100%. Er is een groot aantal locaties met een score van 100%, waarbij dient opgemerkt te worden dat 38% van de locaties aangeeft deze indicator protocollair in te vullen. Het totaal aantal klinisch behandelde (adeno) tonsillectomie patiënten tijdens de meetperiode is 9897 (som van alle noemers in de figuur). In totaal zijn er 8439 patiënten waarbij de pijnintensiteit eens per 8 uur postoperatief gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis. Het overall percentage = 85%.

Van de ziekenhuislocaties die data hebben aangeleverd geeft 81% aan de gegevens voor de noemer op een volledige telling te baseren (zie bijlage B Figuur 2/2). Voor de teller ligt dit percentage lager: 40%. Voor de teller geldt dat naast de 38% die de indicator protocollair invult, ook 19% van de ziekenhuislocaties aangeeft de teller te baseren op een extrapolatie. De gegevens worden bij

ongeveer 60% van de locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B Figuur 2/4a). De indicator krijgt daarmee voor zowel de teller als de noemer een oranje overall signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces. De gegevens van de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage C2). De gegevens zijn vooral afkomstig uit de DBC-registratie, de verrichtingenregistratie en het pijnmetingssysteem. De gegevens van de teller zijn in mindere mate afkomstig uit digitale bronnen: het pijnmetingssysteem wordt het meest genoemd, maar ook de categorie 'Anders' heeft een groot aandeel.

De nauwkeurigheid van de individuele datapunten is in vergelijking tot indicator 1 en 2 beperkter (grotere betrouwbaarheidsintervallen). De statistische betrouwbaarheid van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. De overall proportie ligt tussen de 5 en 95%. Om afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de proportie van een ziekenhuislocatie en de overall proportie) van ongeveer 1,5 betrouwbaar te detecteren moeten de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Dit geldt voor 33% van de locaties, wat leidt tot een groene signaalvlag voor die locaties. Voor het merendeel van de locaties (60%) geldt een aantal patiënten in de noemer tussen de 30 en 200. Dit leidt tot een oranje signaalvlag voor die locaties en tot een overall score 'oranje' voor de statistische betrouwbaarheid. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen de proporties per ziekenhuislocatie en de overall proportie op basis van deze indicator mogelijk is, maar een genuanceerd oordeel vraagt.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

De variabelentabel in de gids is niet geheel duidelijk en kan tot verwarring leiden.

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Pijnmeting is erg complex. Er moet voorzichtig worden omgegaan met het interpreteren van de data, gezien de subjectiviteit in de ervaring van pijn bij patiënten. In de definitie van de indicator is gepoogd dit te ondervangen door te vragen naar een pijnintensiteit die groter is dan 7. Dit is een hoge waarde, waardoor ervan uitgegaan kan worden dat een patiënt heel veel pijn heeft. Case-mix van de populatie van een ziekenhuis is hier enigszins van belang. Pijnbeleving kan bijvoorbeeld variëren tussen regio's en culturen.

2.5. Indicator 4B

Operationalisatie: 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: Het aantal patiënten met een pijnintensiteitsmeting > 7 tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief gemeten met de NRS, VAS.

Noemer: Totaal aantal patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis postoperatief.

2.5.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Definitie teller en noemer

Voor alle uitkomst en procesindicatoren is er een verificatievraag aan de ziekenhuizen gesteld of de definitie helder was. Daaruit blijkt dat 95% en 95% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie van de respectievelijk teller en noemer duidelijk is.

Signaalvlaggen voor indicator

Voor een algemene toelichting op de tabel, zie toelichting in paragraaf 2.1.1.

Tabel 7. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 4B					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer**	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid***
	groen	oranje	oranje	oranje	oranje
Rood*		20%	22%	10%	
Oranje*		45%	51%	66%	
Groen*		35%	27%	24%	

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

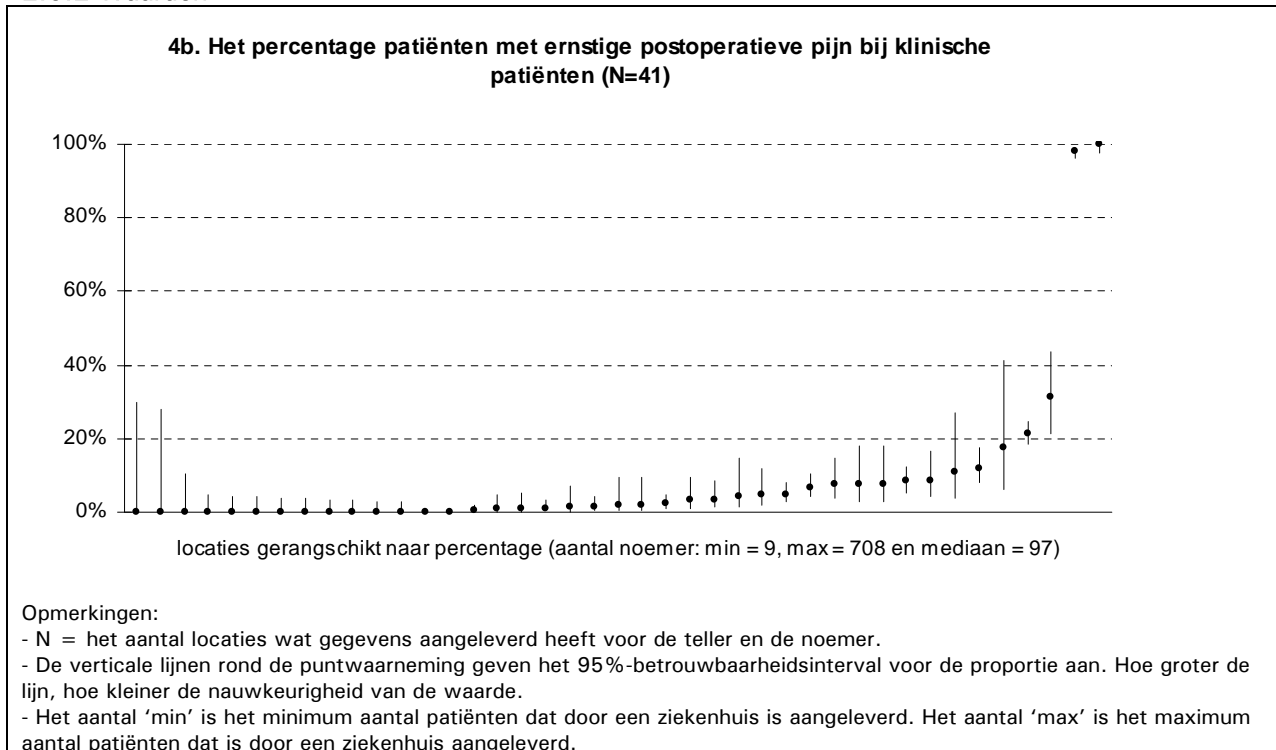
Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

* Percentage ziekenhuizen met een rode/oranje/groene signaalvlag.

** De teller van de indicator 4a en de noemer van indicator 4b zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

*** Populatie vergelijkbaarheid geeft aan in hoeverre de indicatorwaarden tussen de ziekenhuizen vergeleken kunnen worden zonder te corrigeren voor versturende factoren.

2.5.2 Waarden



Bevindingen naar aanleiding van de data

In bovenstaande figuur is te zien dat de percentages voor alle ziekenhuizen beperkt zijn tussen de 0% en 31%, op 2 uitzonderingen na met een score van (bijna) 100%. Er is een aantal locaties met een score van 0%. Hieronder zullen locaties zijn die aangeven de teller (10%) en de noemer (32%) van deze indicator protocollair te bepalen. Het totaal aantal patiënten waarbij pijnintensiteit eens per 8 uur postoperatief gemeten is tijdens verblijf in het ziekenhuis tijdens de meetperiode is 6099 (som van alle noemers in de figuur). In totaal zijn er 769 patiënten met een pijnintensiteitsmeting van hoger dan 7. Het overall percentage = 13%.

De teller van indicator 4A en de noemer van indicator 4B zijn volgens de definitie gelijk en voor alle ziekenhuislocaties geldt dat het aantal waarnemingen in beide noemers ook werkelijk gelijk is. Alleen het aantal locaties dat gegevens voor indicator 4B aanlevert is kleiner. Hieruit volgt dat de gegevens

waarop de noemer van indicator 4B is gebaseerd vergelijkbaar is aan de teller van 4A: voor 41% volledige telling, 22% extrapolatie en 32% protocollair (zie bijlage B Figuur). Voor de teller ligt het percentage volledige telling hoger: 58%. Daarnaast geeft 28% van de ziekenhuislocaties aan de teller te baseren op een extrapolatie. De gegevens worden bij 53-61% van de locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B). De indicator krijgt daarmee voor zowel de teller als de noemer een oranje overall signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces. De bronnen die ziekenhuizen het meest noemen zijn het pijnmetingssysteem en handmatig uit de status, en ook de categorie 'anders' heeft een groot aandeel (bijlage C2).

De nauwkeurigheid van de individuele datapunten is in vergelijking tot indicator 1 en 2 beperkter (grotere betrouwbaarheidsintervallen). De statistische betrouwbaarheid van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. De overall proportie ligt tussen de 5 en 95%. Om afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de proportie van een ziekenhuislocatie en de overall proportie) van ongeveer 1,5 betrouwbaar te detecteren moeten de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Dit geldt voor 24% van de locaties, wat leidt tot een groene signaalvlag voor die locaties. Voor het merendeel van de locaties (66%) geldt een aantal patiënten in de noemer tussen de 30 en 200. Dit leidt tot een oranje signaalvlag voor die locaties en tot een overall score 'oranje' voor de statistische betrouwbaarheid. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen de proporties per ziekenhuislocatie en de overall proportie op basis van deze indicator mogelijk is, maar een genuanceerd oordeel vraagt.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

De variabelentabel in de gids is niet geheel duidelijk en kan tot verwarring leiden.

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Zie ook indicator 4a: Pijnmeting is erg complex. Er moet voorzichtig worden omgegaan met het interpreteren van de data, gezien de subjectiviteit in de ervaring van pijn bij patiënten. In de definitie van de indicator is gepoogd dit te ondervangen door te vragen naar een pijnintensiteit die groter is dan 7. Dit is een hoge waarde, waardoor ervan uitgegaan kan worden dat een patiënt heel veel pijn heeft. Case-mix van de populatie van een ziekenhuis is hier enigszins van belang. Pijnbeleving kan bijvoorbeeld variëren tussen regio's en culturen.

2.6. Indicator 4C

Operationalisatie: Het 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: Totaal aantal patiënten in dagbehandeling, dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan.

2.6.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Definitie teller en noemer

Voor alle uitkomst en procesindicatoren is er een verificatievraag aan de ziekenhuizen gesteld of de definitie helder was. Daaruit blijkt dat 98% en 98% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie van de respectievelijk teller en noemer duidelijk is.

Signaalvlaggen voor indicator

Voor een algemene toelichting op de tabel, zie toelichting in paragraaf 2.1.1.

Tabel 8. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 4C					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer**	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid***
	groen	rood	oranje	groen	oranje
Rood*		29%	15%	0%	
Oranje*		52%	32%	7%	
Groen*		19%	53%	93%	

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

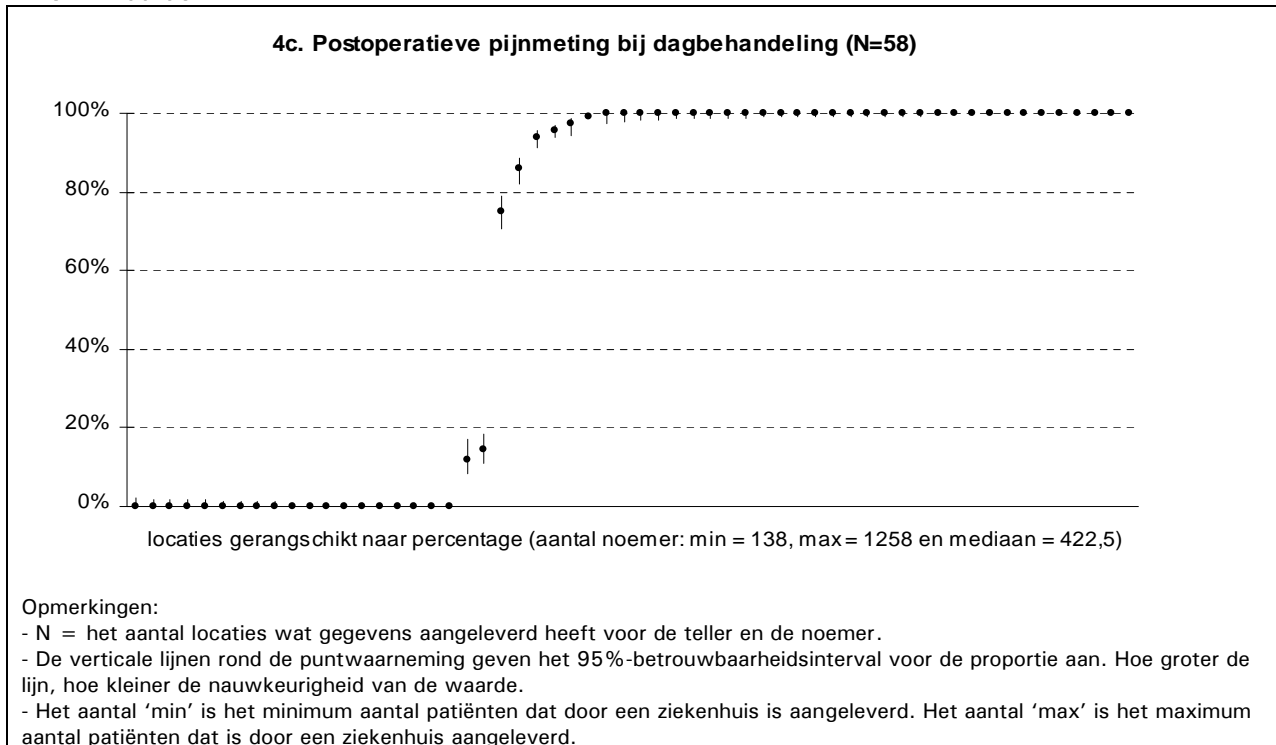
Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

* Percentage ziekenhuizen met een rode/oranje/groene signaalvlag.

** De noemer van de indicator 4c en de noemer van indicator 5a zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

*** Populatie vergelijkbaarheid geeft aan in hoeverre de indicatorwaarden tussen de ziekenhuizen vergeleken kunnen worden zonder te corrigeren voor versturende factoren.

2.6.2 Waarden



Bevindingen naar aanleiding van de data

Bovenstaande figuur laat een tweedeling zien: ongeveer een derde van de locaties met de score 0%, ongeveer de helft een score van 100%. Twee locaties scoren tussen de 10 en 15% en 6 locaties scoren 85 en 100%. Een deel van de ziekenhuizen met de 0 en 100% score geven aan de teller (50%) en de noemer (17%) van deze indicator protocollair te bepalen. Het totaal aantal patiënten in dagbehandeling, dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan tijdens de meetperiode is 27258 (som van alle noemers in de figuur). In totaal zijn 18863 patiënten gebeld op de dag na (adeno)-tonsillectomie ingreep om o.a. navraag te doen naar pijnintensiteit. Het overall percentage = 69%.

Van de ziekenhuislocaties die data hebben aangeleverd geeft 81% aan de gegevens voor de noemer op een volledige telling te baseren (zie bijlage B Figuur 4/3). Voor de teller ligt dit percentage lager:

31%. Voor de teller geldt dat naast de 50% die de indicator protocollair invult, ook 6% van de ziekenhuislocaties aangeeft de teller te baseren op een extrapolatie. De gegevens worden bij 55-57% van de locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B Figuur 4/4a). De indicator krijgt daarmee voor de noemer een oranje overall signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces. De teller, waarbij het aandeel volledige telling laag is, krijgt een rode overall signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces. Ziekenhuizen geven aan de gegevens vooral via andere bronnen dan de gangbare (DBC, verrichtingen, pijnmetingsysteem) te verzamelen (bijlage C2).

De nauwkeurigheid van de meeste individuele datapunten is over het algemeen groot (kleine betrouwbaarheidsintervallen). De statistische betrouwbaarheid van deze indicator heeft een groene signaalvlag. De overall proportie ligt tussen de 5 en 95%. Om afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de proportie van een ziekenhuislocatie en de overall proportie) van ongeveer 1,5 betrouwbaar te detecteren moeten de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Dit geldt voor 95% van de locaties, wat leidt tot een groene signaalvlag die locaties en tot een overall score 'groen' voor de statistische betrouwbaarheid. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen de proporties per ziekenhuislocatie en de overall proportie op basis van deze indicator mogelijk is.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

De variabelentabel in de gids is niet geheel duidelijk en kan tot verwarring leiden.

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Zie ook indicator 4a en 4b: Pijnmeting is erg complex. Er moet voorzichtig worden omgegaan met het interpreteren van de data, gezien de subjectiviteit in de ervaring van pijn bij patiënten. Het nabellen van patiënten in dagbehandeling, om navraag te doen naar pijnintensiteit, is een onderdeel van de NEN 7500 norm (norm chirurgische dagbehandeling).

2.7. Indicator 5A

Operationalisatie: Percentage patiënten dat vanaf besluit tot ingreep binnen vastgestelde tijd een (adeno) tonsillectomie-ingreep heeft ondergaan (dagbehandeling).

Teller: Aantal patiënten dat vanaf besluit tot ingreep binnen 6 weken een adeno)tonsillectomie-ingreep heeft ondergaan in dagbehandeling.

Noemer: Totaal aantal patiënten dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan in dagbehandeling.

2.7.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Definitie teller en noemer

Voor alle uitkomst en procesindicatoren is er een verificatievraag aan de ziekenhuizen gesteld of de definitie helder was. Daaruit blijkt dat 96% en 97% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie van de respectievelijk teller en noemer duidelijk is.

Signaalvlaggen voor indicator

Voor een algemene toelichting op de tabel, zie toelichting in paragraaf 2.1.1.

Tabel 9. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 5A					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer**	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid***
	oranje	oranje	oranje	groen	groen
Rood*		12%	13%	0%	
Oranje*		33%	30%	6%	
Groen*		55%	57%	94%	

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

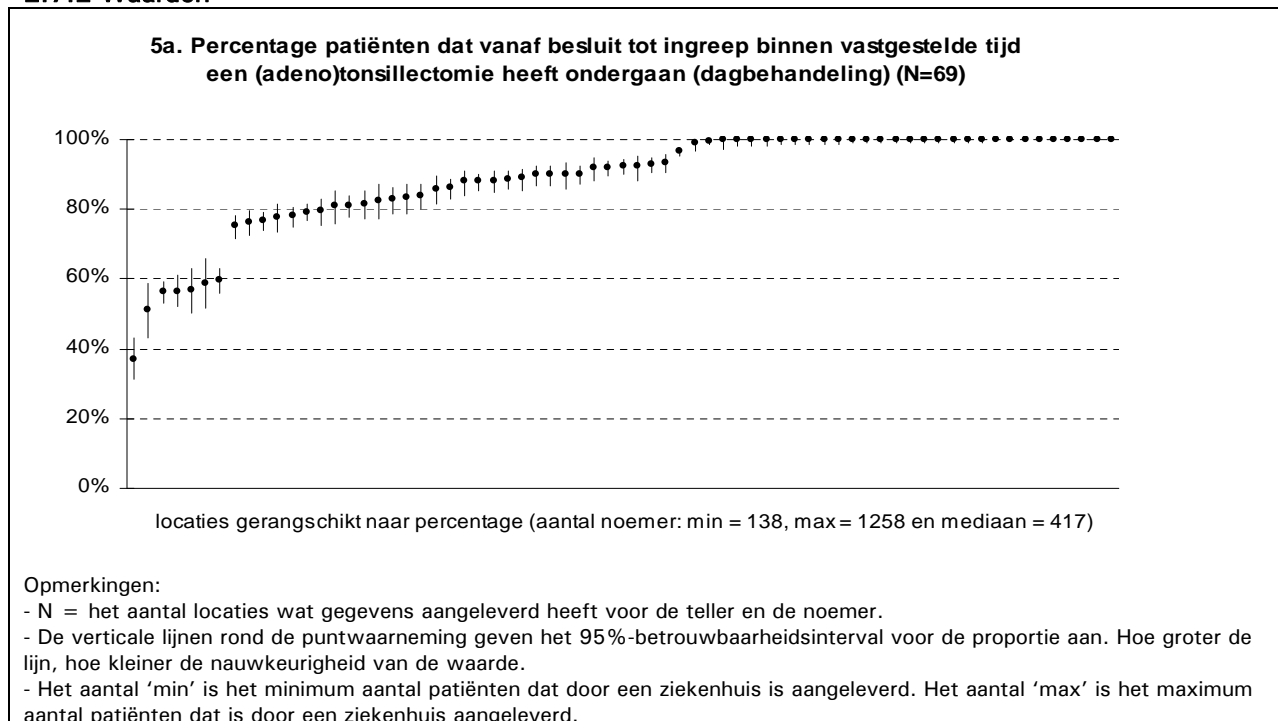
Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

* Percentage ziekenhuizen met een rode/oranje/groene signaalvlag.

** De noemer van de indicator 4c en de noemer van indicator 5a zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

*** Populatie vergelijkbaarheid geeft aan in hoeverre de indicatorwaarden tussen de ziekenhuizen vergeleken kunnen worden zonder te corrigeren voor versturende factoren.

2.7.2 Waarden



Bevindingen naar aanleiding van de data

In bovenstaande figuur is te zien dat de percentages voor de ziekenhuizen liggen tussen de 35 en 100%. 28 locaties heeft een score van 100%, waaronder de ziekenhuizen die aangeven aan de teller (9%) en/of de noemer (14%) van deze indicator protocollair te bepalen. Het totaal aantal patiënten in dagbehandeling, dat een (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan tijdens de meetperiode is 32557 (som van alle noemers in de figuur). In totaal hebben 28802 patiënten binnen 6 weken een adeno)tonsillectomie-ingreep ondergaan, gerekend vanaf besluit tot ingreep. Het overall percentage = 88%.

Van de ziekenhuislocaties die data hebben aangeleverd geeft 81% aan de gegevens voor de noemer en 84% voor de teller op een volledige telling te baseren (zie bijlage B Figuur 5/3). Voor de teller geldt dat naast de 9% die de indicator protocollair invult, ook 7% van de ziekenhuislocaties aangeeft

de teller te baseren op een extrapolatie. De gegevens worden bij 60-63% van de locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B Figuur 5/4a). De indicator krijgt daarmee voor zowel de teller als de noemer een oranje overall signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces. De gegevens van de teller zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage C2). De gegevens zijn vooral afkomstig uit de DBC-registratie en de verrichtingenregistratie, en ook de categorie 'anders' wordt genoemd. Ziekenhuizen geven aan deze gegevens voor de noemer vooral via andere bronnen dan de gangbare (DBC, verrichtingen, pijnmetingsysteem) te verzamelen (bijlage C2). Dit is vergelijkbaar met de noemer van indicator 4C: beide noemers zijn het zelfde, alleen het aantal locaties dan gegevens voor indicator 4C aanlevert is kleiner.

De statistische betrouwbaarheid van deze indicator heeft een groene signaalvlag. De overall proportie ligt tussen de 5 en 95%. Om afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de proportie van een ziekenhuislocatie en de overall proportie) van ongeveer 1,5 betrouwbaar te detecteren moeten de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Dit geldt voor 94% van de locaties, wat leidt tot een groene signaalvlag de locaties en tot een overall score 'groen' voor de statistische betrouwbaarheid. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen de proporties per ziekenhuislocatie en de overall proportie op basis van deze indicator mogelijk is.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

In de definitie wordt gesproken over het "moment van besluit tot ingreep". Dit moment is niet scherp omschreven en wordt ook niet altijd scherp vastgelegd tijdens het zorgproces. Het is niet duidelijk hoe ziekenhuizen zijn omgegaan met deze onduidelijkheid in het bepalen van de teller.

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Zowel vanuit de arts als vanuit de patiënt kan beargumenteerd afgeweken worden van de Treeknorm van 6 weken (bijvoorbeeld door vakantie). Het gaat om de mogelijkheid dat een patiënt binnen 6 weken geopereerd kan worden. Achteraf gezien lijkt het zoals nu geformuleerd geen goede indicator. Het voorstel is om er voor volgend jaar een structuurindicator van te maken: Is er de mogelijkheid om binnen 6 weken geopereerd te kunnen worden (Ja/Nee)? De vraag is of de indicator nog relevant is omdat er al veel informatie over wachttijden op internet staat.

2.8. Indicator 5B

Operationalisatie: Percentage patiënten dat vanaf besluit tot ingreep binnen vastgestelde tijd een (adeno) tonsillectomie-ingreep heeft ondergaan (klinisch).

Teller: Aantal patiënten dat vanaf besluit tot ingreep binnen 7 weken een klinische (adeno) tonsillectomie-ingreep heeft ondergaan.

Noemer: Totaal aantal patiënten dat een klinische (adeno)tonsillectomie ingreep heeft ondergaan.

2.8.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Definitie teller en noemer

Voor alle uitkomst en procesindicatoren is er een verificatievraag aan de ziekenhuizen gesteld of de definitie helder was. Daaruit blijkt dat 95% en 98% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie van de respectievelijk teller en noemer duidelijk is.

Signaalvlaggen voor indicator

Voor een algemene toelichting op de tabel, zie toelichting in paragraaf 2.1.1.

Tabel 10. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 5B					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer**	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid***
	oranje	oranje	oranje	oranje	groen
Rood*		7%	7%	10%	
Oranje*		37%	32%	65%	
Groen*		57%	61%	26%	

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

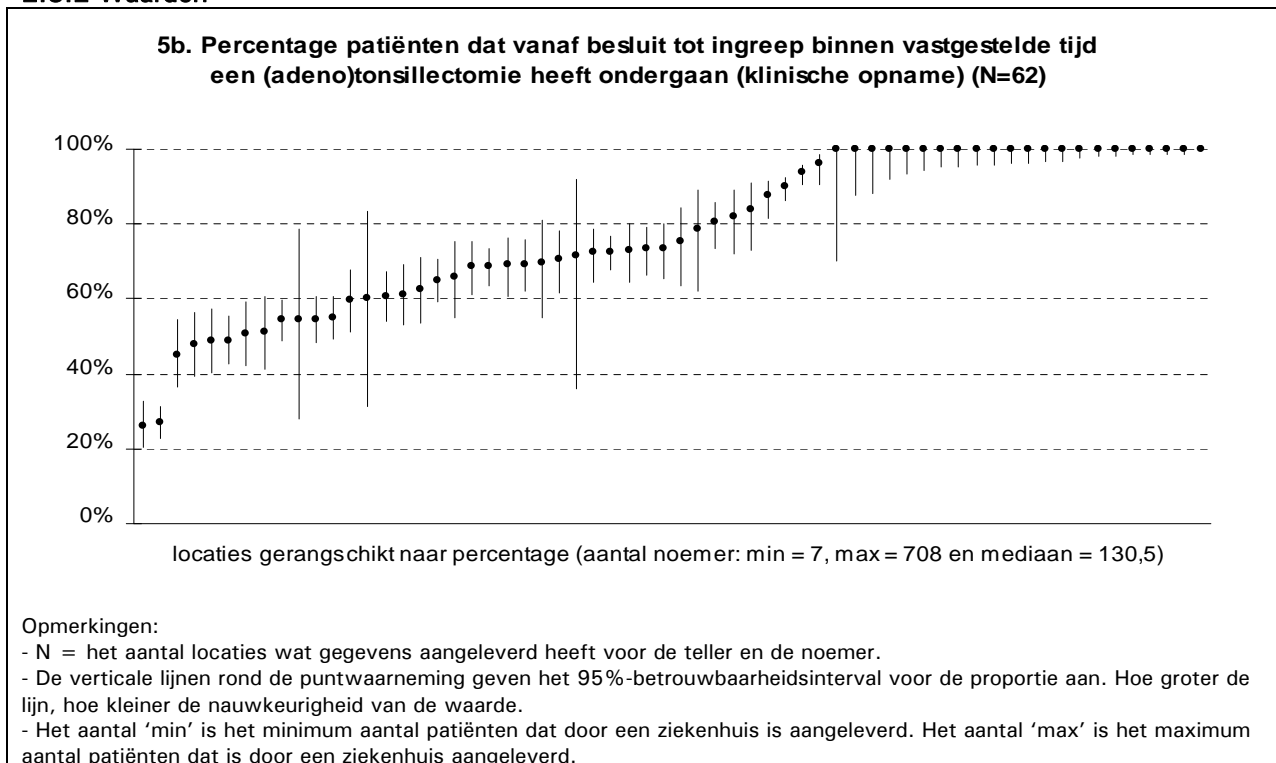
Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

* Percentage ziekenhuizen met een rode/oranje/groene signaalvlag.

** De noemers van de indicatoren 4a en 5b zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

*** Populatie vergelijkbaarheid geeft aan in hoeverre de indicatorwaarden tussen de ziekenhuizen vergeleken kunnen worden zonder te corrigeren voor versturende factoren.

2.8.2 Waarden



Bevindingen naar aanleiding van de data

In bovenstaande figuur is te zien dat de percentages voor de ziekenhuizen liggen tussen de 25 en 100%. 22 locaties heeft een score van 100%, waaronder de ziekenhuizen die aangeven aan de teller (5%) en/of de noemer (10%) van deze indicator protocollair te bepalen. Het totaal aantal klinisch behandelde (adeno) tonsillectomie patiënten tijdens de meetperiode is 9738 (som van alle noemers in de figuur). In totaal hebben 7427 patiënten binnen 7 weken een klinische (adeno) tonsillectomie-ingreep ondergaan, gerekend vanaf besluit tot ingreep. Het overall percentage = 76%.

Van de ziekenhuislocaties die data hebben aangeleverd geeft 87% aan de gegevens voor de noemer en 86% voor de teller op een volledige telling te baseren (zie bijlage B). Voor de teller geldt dat naast de 5% die de indicator protocollair invult, ook 7% van de ziekenhuislocaties aangeeft de teller te baseren op een extrapolatie. De gegevens worden bij 65% van de locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B). De indicator krijgt daarmee voor zowel de teller als de noemer een oranje overall signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces. De gegevens van de teller en de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage C2). De gegevens zijn vooral afkomstig uit de DBC-registratie en de verrichtingenregistratie, en voor de teller wordt relatief vaak de categorie 'anders' ook genoemd.

De nauwkeurigheid van de individuele datapunten is beperkt (grotere betrouwbaarheidsintervallen). De statistische betrouwbaarheid van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. De overall proportie ligt tussen de 5 en 95%. Om afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de proportie van een ziekenhuislocatie en de overall proportie) van ongeveer 1,5 betrouwbaar te detecteren moeten de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Dit geldt voor 26% van de locaties, wat leidt tot een groene signaalvlag voor die locaties. Voor het merendeel van de locaties (65%) geldt een aantal patiënten in de noemer tussen de 30 en 200. Dit leidt tot een oranje signaalvlag voor die locaties en tot een overall score 'oranje' voor de statistische betrouwbaarheid. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen de proporties per ziekenhuislocatie en de overall proportie op basis van deze indicator mogelijk is, maar een genuanceerd oordeel vraagt.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

Zie indicator 5A

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Zie indicator 5a: Zowel vanuit de arts als vanuit de patiënt kan beargumenteerd afgeweken worden van de Treeknorm van 7 weken (bijvoorbeeld door vakantie). Het gaat om de mogelijkheid dat een patiënt binnen 7 weken geopereerd kan worden. Achteraf gezien lijkt het zoals nu geformuleerd geen goede indicator. Het voorstel is om er voor volgend jaar een structuurindicator van te maken: Is er de mogelijkheid om binnen 7 weken geopereerd te kunnen worden (Ja/Nee)? De vraag is of de indicator nog relevant is omdat er al veel informatie over wachttijden op internet staat.

3. Klantpreferentievragen

Er zijn geen klantpreferentievragen geformuleerd bij de aandoening Ziekten van Adenoid en Tonsillen.

4. Evaluatie

4.1 Aanlevering

4.1.1 Schoning

Volgens protocol hebben ziekenhuizen schoningsvragen gekregen. Over alle zorginhoudelijke indicatoren en over de klantpreferentievragen die vragen naar een aantal zijn schoningsvragen gesteld (zie inleiding voor opbouw van deze set). Naar aanleiding van de schoningsvragen zijn 214 datapunten door de ziekenhuizen (43 locaties) aangepast.

Uit Figuur C1 (zie Bijlage C) blijkt dat met name voor de indicatoren 4a en 4b (postoperatieve pijn gemeten, pijnscore > 7 respectievelijk) de meeste vragen zijn gesteld. Voor beide indicatoren geldt dat er relatief veel waarden zijn die op inhoudelijke gronden (op basis van door medisch specialisten opgestelde extremen) opvielen. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij indicator 4b een fout in de webenquête stond waardoor alle locaties een schoningsvraag gesteld hebben gekregen. Voor indicator 2 waren er relatief het meest aantal schoningsvragen gesteld ten aanzien van de statistische plausibiliteit.

4.1.2 Aanlevering

In totaal hebben 87 ziekenhuizen gegevens aangeleverd voor 104 locaties waarvan er 9 locaties geen gegevens bevatten. De totale database bestaat dus uit 95 locaties met gegevens voor 1 of meerdere aandoeningen. In onderstaande tabellen staat een overzicht van het aantal locaties dat heeft aangeleverd per indicator. Hieruit blijkt dat niet alle 95 locaties data aanleveren voor een indicator. Dit kan 2 redenen hebben:

- Een locatie behandelt deze aandoening niet, en levert dus voor geen van de indicatoren gegevens aan.
- Een locatie behandelt deze aandoening wel, maar is niet in staat om de data aan te leveren voor een of meerdere indicatoren.

Tabel 11. Aantal locaties per indicator

Zorginhoudelijke indicatoren							
Indicator 1	Indicator 2	Indicator 3	Indicator 4a	Indicator 4b	Indicator 4c	Indicator 5a	Indicator 5b
80	81	89	55	41	58	69	62

4.2. Signaalflaggen: Beoordeling kwaliteit van de data

Algemeen

De kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren zijn beoordeeld op vier dimensies:

- validiteit;
- betrouwbaarheid van het registratieproces;
- Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid van de indicatorwaarden;
- invloed versturende factoren.

De volgorde van de dimensies is niet arbitrair: wil een indicator bruikbaar zijn voor het meten van een aspect van de kwaliteit van de geboden zorg, dan moet deze indicator valide zijn. Dit is een eerste vereiste. Wanneer een indicator valide is, dan moet deze betrouwbaar worden geregistreerd, dat wil zeggen volledig en juist. Als een indicator betrouwbaar is geregistreerd, dan moet deze zo nauwkeurig mogelijk gemeten worden, wil een indicatorwaarde statistisch betrouwbaar worden vergeleken (met bijvoorbeeld de overall gemiddelde score). Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen ontstaan onder invloed van versturende factoren; voor een nette vergelijking tussen de ziekenhuizen zou er voor deze mogelijke versturende factoren moeten worden gecorrigeerd.

De scores op deze vier dimensies vormen samen het 'overall' beeld van de kwaliteit en de bruikbaarheid van de indicatorwaarden. Tegelijkertijd geven ze inzicht in de kwaliteit op deze

onderliggende dimensies, zodat de verbeterrichting helder wordt. Dit betekent dat bijvoorbeeld de statistische betrouwbaarheid de signaalvlag 'groen' kan hebben, terwijl de andere dimensies de signaalvlag 'rood' hebben. In dat geval kunnen dus vraagtekens gezet worden bij de 'inhoud' van de waarden, maar zijn de aangeleverde data vanuit statistisch oogpunt (aantallen, etc.) voldoende nauwkeurig. Om misvattingen te voorkomen: de signaalvlaggen zeggen niets over de kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid van het registratieproces

De betrouwbaarheid van het registratieproces krijgt voor alle tellers en noemers op een na een oranje overall signaalvlag; de teller van indicator 4C krijgt een rode signaalvlag. Dat wil zeggen dat alle ziekenhuizen bezien, aan de belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren slechts ten dele of niet wordt voldaan. Voor indicator 2 is het aantal locaties met een groene signaalvlag hoog voor de noemer: 71%. Daarmee haalt deze net geen overall groene signaalvlag. Er zijn twee componenten die een grote rol spelen bij de bepaling van de vlag voor de betrouwbaarheid van het registratieproces: de methode van gegevensverzameling en de mate van betrokkenheid van een medisch specialist bij de dataverzameling. De ziekenhuizen geven voor deze specifieke noemer, maar ook veel andere tellers en noemers in deze set aan de gegevens voor een groot deel (81-100%) te baseren op een volledige telling (zie bijlage B). Dat is positief. Echter, slechts 53-69% van de locaties geeft aan dat de gegevens worden geautoriseerd door een medisch specialist. Op dit punt valt nog winst te behalen.

Belangrijk is te realiseren dat de signaalvlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces dit jaar een eerste benadering geven en dat ze gebaseerd zijn op zelfrapportage. De signaalvlag wordt bepaald aan de hand van drie belangrijke factoren die samenhangen met de betrouwbaarheid van het registratieproces: methode gegevensverzameling, betrokkenheid medisch specialist, gebruik van aangeleverde gegevens. Er zijn ook andere factoren die belangrijk zijn voor de betrouwbaarheid van het registratieproces en die nu niet systematisch meegenomen konden worden. Bij de meting van volgend jaar zullen de verificatievragen worden aangescherpt en zal de methodiek van signaalvlaggen worden doorontwikkeld. Dit geldt ook voor de gekozen grenswaarden voor het bepalen van de kleur van de signaalvlaggen op indicatorniveau.

Statistische betrouwbaarheid

De statistische betrouwbaarheid krijgt voor drie indicatoren een groene signaalvlag. De reden hiervoor is het grote aantal waarnemingen in de noemer. De aantallen patiënten in de noemer zijn groot genoeg om (gegeven een waargenomen gemiddelde proportie) met voldoende nauwkeurigheid de proportie van een ziekenhuislocatie met de overall proportie te vergelijken. Deze vlag zegt niets over de dimensie "verstoringe factoren" (vergelijkbaarheid); er kunnen ook nog variabelen zijn die waargenomen verschillen tussen ziekenhuizen veroorzaken en op die manier invloed hebben op de vergelijkbaarheid.

De andere vier indicatoren krijgen een oranje signaalvlag voor statistische betrouwbaarheid. Gegeven de waargenomen gemiddelde proportie, zijn de aantallen patiënten in de noemer beperkt om met voldoende nauwkeurigheid de proportie van een ziekenhuis te vergelijken met de overall proportie. Dit betekent dat vergelijking mogelijk is, maar een genuanceerd oordeel vraagt.

Helderheid indicatordefinitie

Heel veel ziekenhuizen geven aan dat de definities van de indicatoren in deze set duidelijk zijn (range 93%- 98%). Dat is positief, de ziekenhuizen kunnen goed uit de voeten met de definities van de indicatoren. Ondanks het feit dat deze score voor de gehele set zeer hoog is, is het de vraag hoe informatief deze score is. De ziekenhuizen hebben deze verificatievraag voor alle indicatoren over alle sets positief ingevuld en de spreiding is zeer beperkt. Mogelijk speelt sociaal wenselijke beantwoording van deze vraag een rol.

4.3. Conclusies

Er is veel informatie verkregen ten aanzien van de zorginhoudelijke indicatoren. Een groot deel van de in totaal 95 locaties (behorende tot 87 ziekenhuizen) hebben data aangeleverd. Voor de gebruikers kan dit dus in principe nuttige verbeter-, keuze- of inkoopinformatie opleveren. Deze rapportage geeft voor 7 (deel-)indicatoren een landelijk beeld van de indicatorscores en er is meer duidelijk geworden over de stand van zaken rondom het onderliggende registratieproces en de statistische betrouwbaarheid van de gegevens. Van indicator 1 (percentage nabloedingen) is de validiteit onvoldoende en deze wordt niet opgenomen in de openbare database van Zichtbare Zorg. Ook bij de validiteit van indicator 5 (wachttijden) worden vraagtekens gezet, maar deze wordt wel opgenomen in de openbare database.

Enkele indicatoren lijken sterk uiteenlopende waarden te laten zien. Deze verschillen in scores kunnen opvallend zijn. Het is aan de gebruikers van de data (bijvoorbeeld verzekeraars) om verantwoord om te gaan met schijnbaar afwijkende scores van ziekenhuislocaties. Deze kunnen de werkelijkheid weerspiegelen maar kunnen bijvoorbeeld ook registratieproblemen betreffen. De signaalvlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces en Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid geven daar samen met de opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep handvatten voor. Voor de indicatoren uit deze set staan de signaalvlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces op oranje. Echter, bij alle tellers en noemers zijn er ook ziekenhuizen met groene signaalvlaggen. Voor de noemer van indicator 2 is dit zelfs 71%; deze haalt door de vastgestelde grens van 75% net geen groene overall signaalvlag. De gegevens voor een deel van de tellers en noemers zijn grotendeels gebaseerd op een volledige telling (zie bijlage B) en kunnen automatisch afgeleid worden uit digitale systemen (voornamelijk DBC-registratie, verrichtingenregistratie, pijnregistratiesysteem). De autorisatie van de data door een medisch specialist blijft voor alle gegevens echter nog achter. Voor indicator 5 en vooral 4 dient opgemerkt te worden dat minder ziekenhuislocaties data aanleveren dan voor de andere indicatoren.

Om verschillen tussen de ziekenhuizen betrouwbaar te kunnen detecteren is een goede statistische betrouwbaarheid van belang. De indicatoren krijgen in deze set krijgen deels een groene en deels een oranje signaalvlag voor de statistische betrouwbaarheid. Groen betekent dat een zinnige vergelijking tussen die ziekenhuizen op statistische gronden mogelijk is. Een oranje vlag vraagt een veel meer genuanceerd oordeel op dit punt. Let op dat dit punt niets zegt over de dimensie "invloed van versturende factoren" (vergelijkbaarheid): er kunnen nog variabelen zijn die waargenomen verschillen tussen ziekenhuizen veroorzaken. De indicatorwerkgroep heeft aangegeven problemen te verwachten met de vergelijkbaarheid bij indicator 4 (oranje signaalvlag voor vergelijkbaarheid).

Aanpassingen van de definities en optimalisering van de specificaties in de gidsen kunnen de kwaliteit van de indicatoren en de aangeleverde data verbeteren. Dit geldt in beperkte mate voor bijna alle indicatoren. Bij indicator 1 (percentage nabloedingen) betrof het een verkeerde definitie, waardoor validiteit van de indicator zoals nu geformuleerd beperkt is en niet wordt opgenomen in de openbare database van Zichtbare Zorg. Er kan ook nog een verbetering verwacht worden van het registratieproces in de ziekenhuizen zelf, vooral voor de teller van indicator 2 en de meeste gegevens van indicator 4. Voor de overige indicatoren geldt dat veel data gebaseerd zijn op een volledige telling. Dat is positief. Daarnaast kan een deel van de locaties het registratieproces verbeteren door de gegevens te laten autoriseren door een medisch specialist.

Tot slot, ten behoeve van de betrouwbaarheid van de gegevens moet ook gekeken worden naar het registratievraagstuk, dat samenhangt met ICT oplossingen waarbij een min of meer uniforme manier van registreren onderdeel gaat uitmaken van de reguliere praktijkvoering.

Bijlage A Signaalvlaggentabel

Zichtbare Zorg heeft samen met experts uit het veld deze methodiek ontwikkeld, waarmee een beeld gegeven kan worden over de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Op de website van Zichtbare Zorg (<http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen/Documenten>) vindt u een notitie met een uitgebreide toelichting op de methodiek.



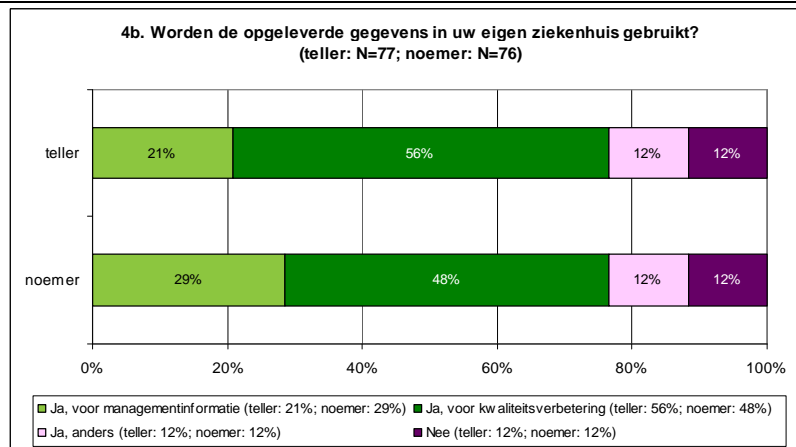
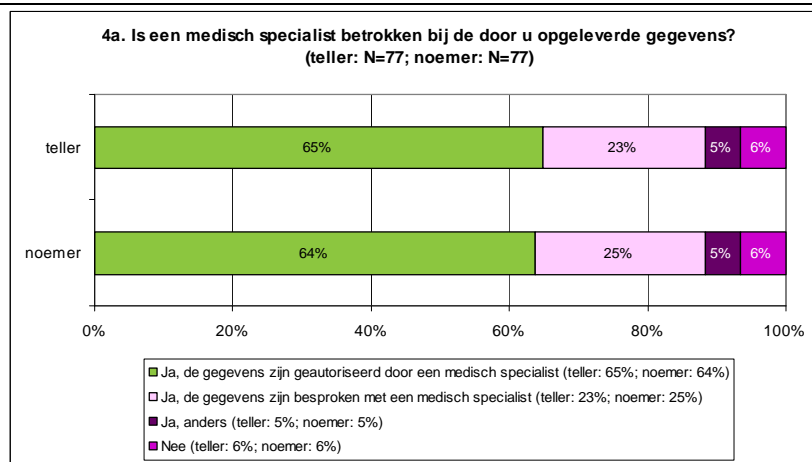
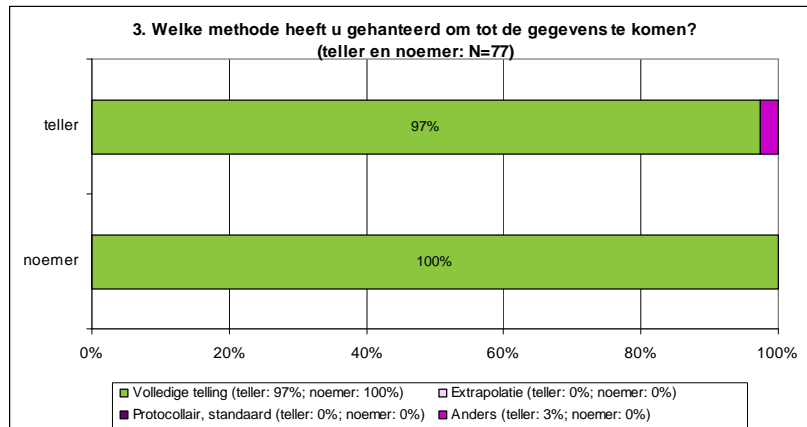
Toelichting kleuren signaalvlaggen voor de dimensies betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid

	Dimensie	Van toepassing op / als	Vlag op ziekenhuisniveau: wordt alleen getoond in de spiegelrapportage aan het ziekenhuis			Vlag op indicatorniveau: wordt opgenomen in de algemene rapportage met geaggregeerde resultaten, de spiegelrapportage en de openbare database		
			Weging	Kleur	Betekenis	Weging	Kleur	Betekenis
Verantwoordelijkheid ziekenhuis	Betrouwbaarheid van het registratieproces: zegt iets over de inrichting van het registratieproces bij het ziekenhuis/de ziekenhuizen.	Verificatievragen 3. Methode gegevensverzameling. Gewenste antwoordcategorie: volledige telling. 4a. Betrokkenheid medisch specialist. Gewenste antwoordcategorie: autorisatie door medisch specialist. 4b. Gebruik van opgeleverde gegevens. Gewenste antwoordcategorie: managementinformatie en/ of kwaliteitsverbetering.	De verschillende verificatievragen wegen respectievelijk 4/4/2 mee in de bepaling voor de kleur van de signaalvlag.	Rood: bij 0, 2 of 4 punten	Er zijn vraagtekens te zetten bij de inrichting van het registratieproces.	Op basis van de verdeling over ziekenhuizen wordt de kleur van de totaal signaalvlag bepaald.	Rood: bij 25% of meer ziekenhuizen rood	Alle ziekenhuizen gezien, zijn er vraagtekens te zetten bij de inrichting van het registratieproces.
				Oranje: bij 6 punten	Aan de belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces wordt slechts deels voldaan.		Oranje: alles wat niet rood en niet groen is	Alle ziekenhuizen gezien, wordt aan de belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces slechts deels voldaan.
				Groen: bij 8 en 10 punten	Aan de belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces wordt (bijna) volledig voldaan.		Groen: bij 75% of meer ziekenhuizen groen én minder dan 25% ziekenhuizen rood	Alle ziekenhuizen gezien, wordt aan de belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces (bijna) volledig voldaan.
Verantwoordelijkheid indicatorwerkgroep / stuurgroep	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid: zegt in hoeverre de door een ziekenhuis aangeleverde waarde statistisch betrouwbaar vergeleken kan worden met de gemiddelde waarde. Dit is in principe niet door een ziekenhuis te beïnvloeden.	De gemiddelde proportie is erg klein (0-5%) of juist dicht bij 100% (95-100%). De proportie is de score op de indicator (uitkomst van de breuk, de teller gedeeld door noemer).	Op basis van het totaal aantal waarnemingen wordt de kleur van de signaalvlag bepaald.	Rood: bij een totaal aantal waarnemingen van 200 of minder	De statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid van de waarde voor het ziekenhuis wordt 'slecht' genoemd. Dat betekent dat de kans groot is dat – op basis van toeval – er een andere waarde uitgekomen zou zijn. Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde is dan ook niet mogelijk.	Op basis van de verdeling over ziekenhuizen wordt de kleur van de totaal signaalvlag bepaald.	Rood: bij 25% of meer ziekenhuizen rood	25% of meer van alle ziekenhuizen heeft een waarde die op statistische gronden onbetrouwbaar is om te vergelijken. Een zinnige vergelijking tussen de waarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde waarde is dan ook niet mogelijk.
				Oranje: bij een totaal aantal waarnemingen tussen de 200 en 800	De statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid van de waarde voor het ziekenhuis wordt 'matig' genoemd. Dat betekent dat er een kans is dat – op basis van toeval – er een andere waarde uitgekomen zou zijn. Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde vraagt een genuanceerd oordeel.		Oranje: alles wat niet rood en niet groen is	Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde vraagt een genuanceerd oordeel.
				Groen: bij een totaal aantal waarnemingen van 800 of meer	De statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid van de waarde voor het ziekenhuis wordt 'goed' genoemd. Dat betekent dat de kans klein is dat – op basis van toeval – er een andere waarde uitgekomen zou zijn. Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde is op statistische gronden mogelijk. Echter het zegt niets over de dimensie populatie vergelijkbaarheid: er kunnen nog case-mix variabelen zijn die verstorend werken.		Groen: bij 75% of meer ziekenhuizen groen én minder dan 25% ziekenhuizen rood	75% of meer van alle ziekenhuizen heeft een waarde die op statistische gronden betrouwbaar is om te vergelijken. Een zinnige vergelijking tussen de waarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde waarde is dan ook op statistische gronden mogelijk. Echter, het zegt niets over de dimensie populatie vergelijkbaarheid: er kunnen nog case-mix variabelen zijn die verstorend werken.

Verantwoordelijkheid indicatorwerkgroep / stuurgroep	Dimensie	Van toepassing op / als	Vlag op ziekenhuisniveau: wordt alleen getoond in de spiegelrapportage aan het ziekenhuis			Vlag op indicator niveau: wordt opgenomen in de algemene rapportage met geaggregeerde resultaten, de spiegelrapportage en de openbare database		
	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid: zegt in hoeverre de door een ziekenhuis aangeleverde waarde statistisch betrouwbaar vergeleken kan worden met de gemiddelde waarde. Dit is in principe niet door een ziekenhuis te beïnvloeden.	De gemiddelde proportie is 5-95%. De proportie is de score op de indicator (uitkomst van de breuk, de teller gedeeld door noemer).	Weging	Kleur	Betekenis	Weging	Kleur	Betekenis
			Op basis van het totaal aantal waarnemingen wordt de kleur van de signaalvlag bepaald.	Rood: bij een totaal aantal waarnemingen van 30 of minder	De statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid van de waarde voor het ziekenhuis wordt 'slecht' genoemd. Dat betekent dat de kans groot is dat – op basis van toeval – er een andere waarde uitgekomen zou zijn. Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde is dan ook niet mogelijk.	Op basis van de verdeling over ziekenhuizen wordt de kleur van de totaal signaalvlag bepaald.	Rood: bij 25% of meer ziekenhuizen rood	25% of meer van alle ziekenhuizen heeft een waarde die op statistische gronden onbetrouwbaar is om te vergelijken. Een zinnige vergelijking tussen de waarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde waarde is dan ook niet mogelijk.
			Oranje: bij een totaal aantal waarnemingen tussen de 30 en 200	De statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid van de waarde voor het ziekenhuis wordt 'matig' genoemd. Dat betekent dat er een kans is dat – op basis van toeval – er een andere waarde uitgekomen zou zijn. Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde vraagt een genuanceerd oordeel.		Oranje: alles wat niet rood en niet groen is	Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde vraagt een genuanceerd oordeel.	
			Groen: bij een totaal aantal waarnemingen van 200 of meer	De statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid van de waarde voor het ziekenhuis wordt 'goed' genoemd. Dat betekent dat de kans klein is dat – op basis van toeval – er een andere waarde uitgekomen zou zijn. Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde is op statistische gronden mogelijk. Echter het zegt niets over de dimensie populatie vergelijkbaarheid: er kunnen nog case-mix variabelen zijn die verstorend werken.		Groen: bij 75% of meer ziekenhuizen groen én minder dan 25% ziekenhuizen rood	75% of meer van alle ziekenhuizen heeft een waarde die op statistische gronden betrouwbaar is om te vergelijken. Een zinnige vergelijking tussen de waarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde waarde is dan ook op statistische gronden mogelijk. Echter, het zegt niets over de dimensie populatie vergelijkbaarheid: er kunnen nog case-mix variabelen zijn die verstorend werken.	
	Validiteit: zegt iets over in hoeverre wat je meet (geoperationaliseerde grootte) is wat je wilt meten (het abstracte concept).	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.		Gebaseerd op de toelichtingen in de indicatorgids over validiteit, aangevuld met een inventarisatie van opmerkingen in de webenquête en vragen die aan de helpdesk zijn gesteld, is aan de indicatorwerkgroep voorgelegd in hoeverre een indicator als valide aan te merken is voor het te meten concept. Op basis van de expertopinie van de indicatorwerkgroep is een kleurcodering groen/oranje/rood gegeven aan de validiteit. Het is daarmee een kwalitatieve beoordeling, in tegenstelling tot de dimensies 'betrouwbaarheid van het registratieproces' en 'statistische betrouwbaarheid'.	
	Populatie vergelijkbaarheid: zegt iets over eventuele factoren die van invloed zijn op de waarde van de indicator en kunnen verschillen tussen ziekenhuizen (bijvoorbeeld patiëntkenmerken).	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.		Gebaseerd op de toelichtingen in de indicatorgids over vergelijkbaarheid is aan de indicatorwerkgroep voorgelegd in hoeverre een indicator als vergelijkbaar aan te merken is. Op basis van de expertopinie van de indicatorwerkgroep is een kleurcodering groen/oranje/rood gegeven aan de populatie vergelijkbaarheid. Het is daarmee een kwalitatieve beoordeling, in tegenstelling tot de dimensies 'betrouwbaarheid van het registratieproces' en 'statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid'.	

Bijlage B Achtergrondinformatie signaalvlaggen

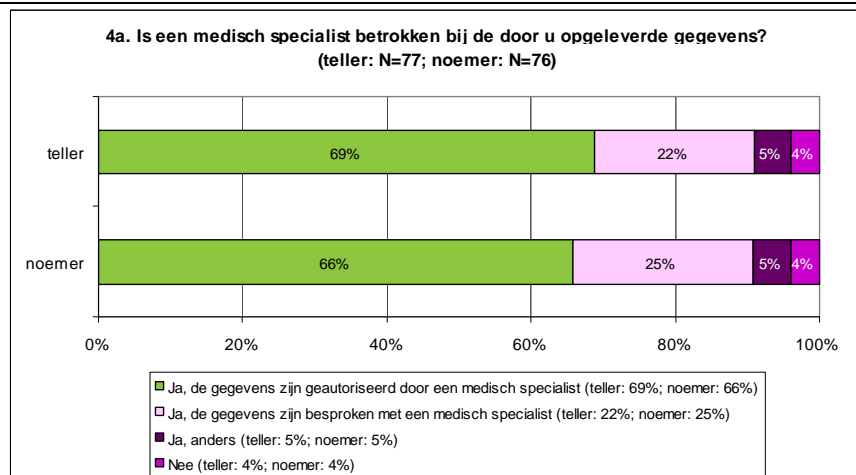
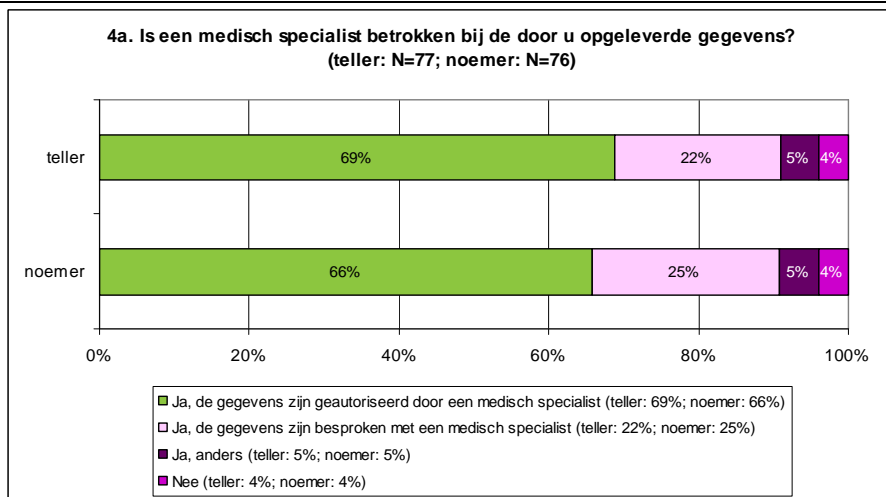
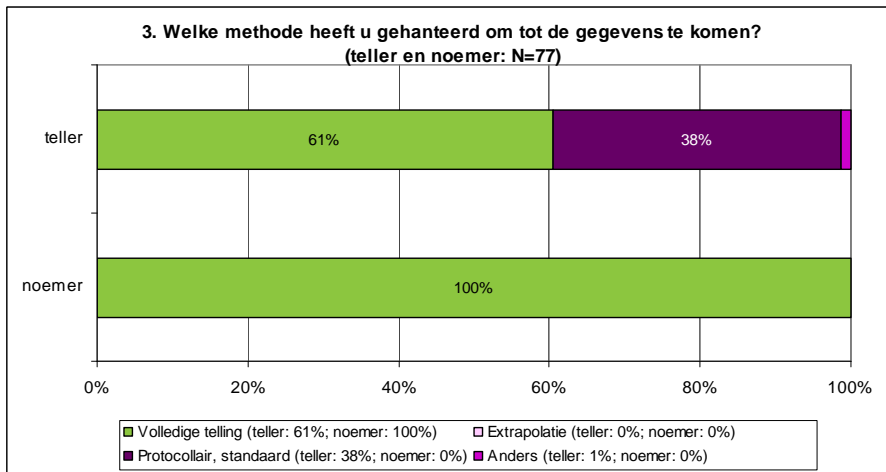
Indicator 1



Opmerkingen:

- 1) Voor alle 3 de figuren geldt dat een deel van de categorie 'anders' voor het berekenen van de signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces omgecodeerd is naar de gewenste antwoordcategorie.
- 2) Alleen berekend over de ziekenhuizen die én teller én noemer aangeleverd hebben.
- 3) Noemer 1 = noemer 2. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

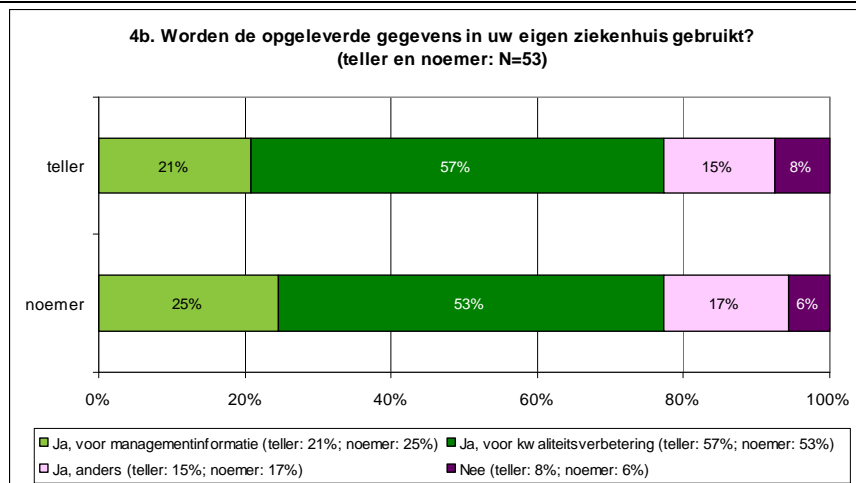
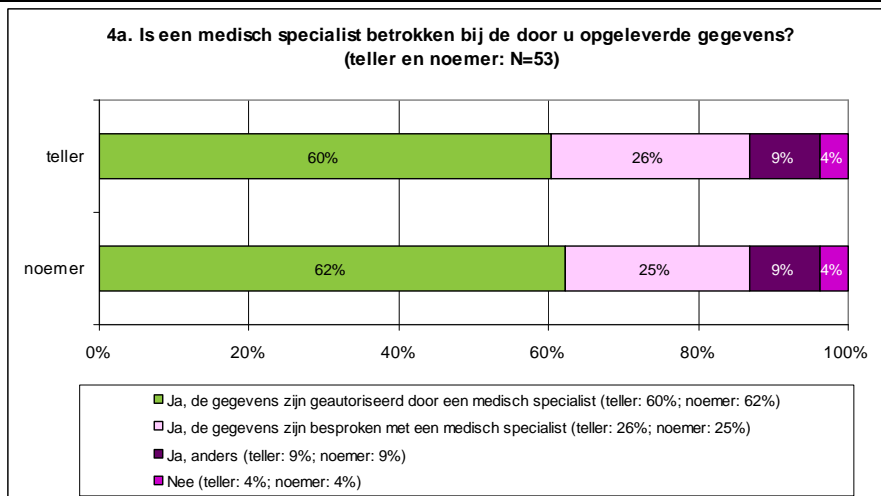
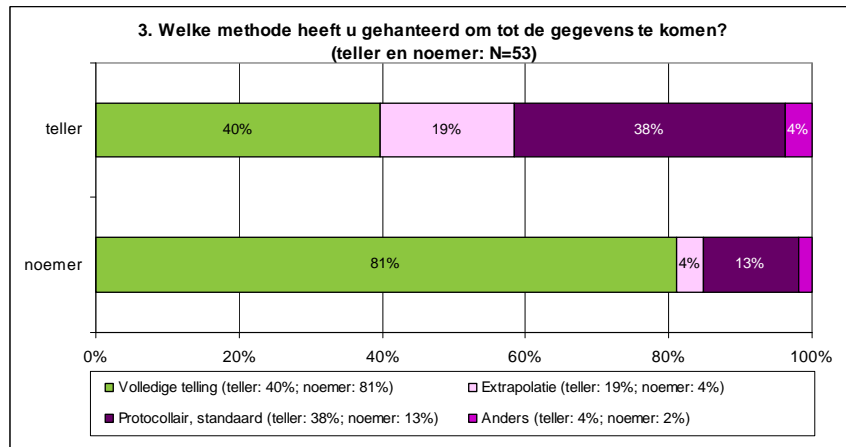
Indicator 2



Opmerkingen:

- 1) Voor alle 3 de figuren geldt dat een deel van de categorie 'anders' voor het berekenen van de signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces omgecodeerd is naar de gewenste antwoordcategorie.
- 2) Alleen berekend over de ziekenhuizen die én teller én noemer aangeleverd hebben.
- 3) Noemer 1 = noemer 2. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

Indicator 4A



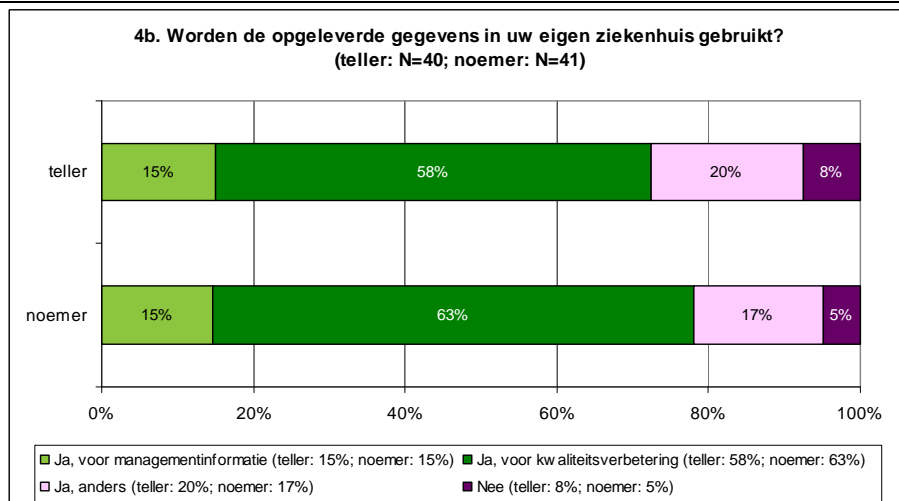
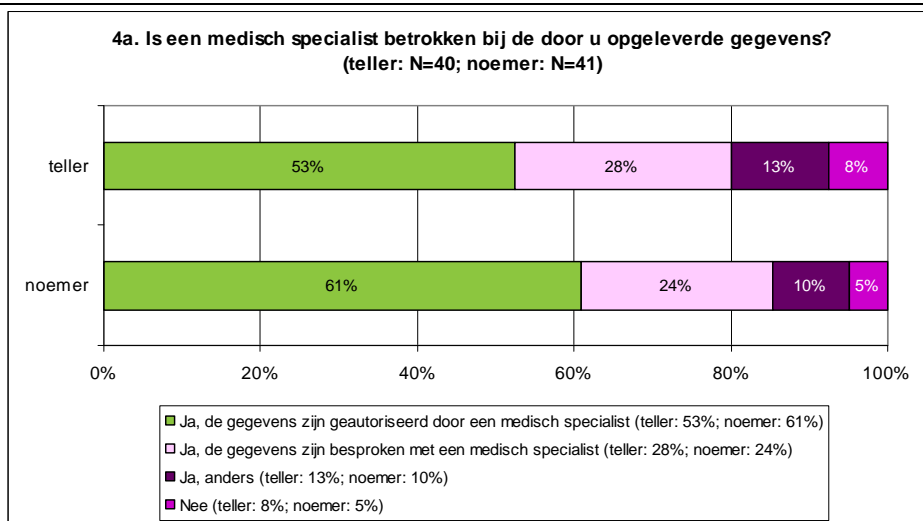
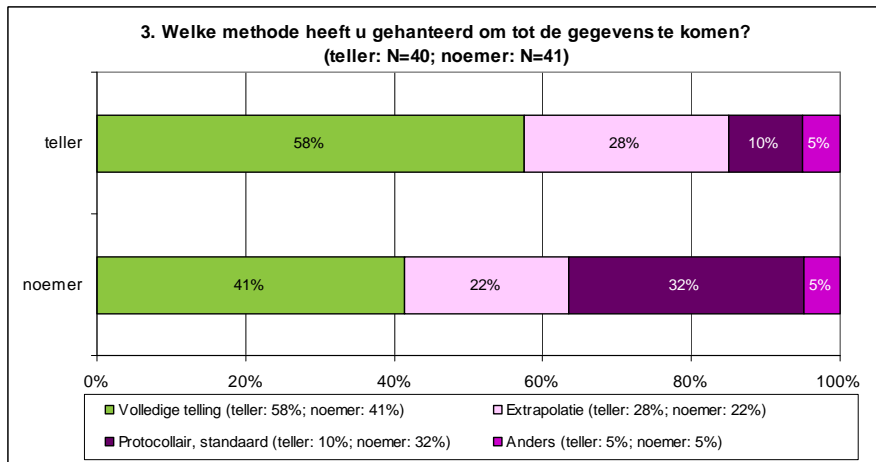
Opmerkingen:

1) Voor alle 3 de figuren geldt dat een deel van de categorie 'anders' voor het berekenen van de signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces omgecodeerd is naar de gewenste antwoordcategorie.

2) Alleen berekend over de ziekenhuizen die én teller én noemer aangeleverd hebben.

3) Teller 4a = noemer 4b. Noemer 4a = noemer 5b. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

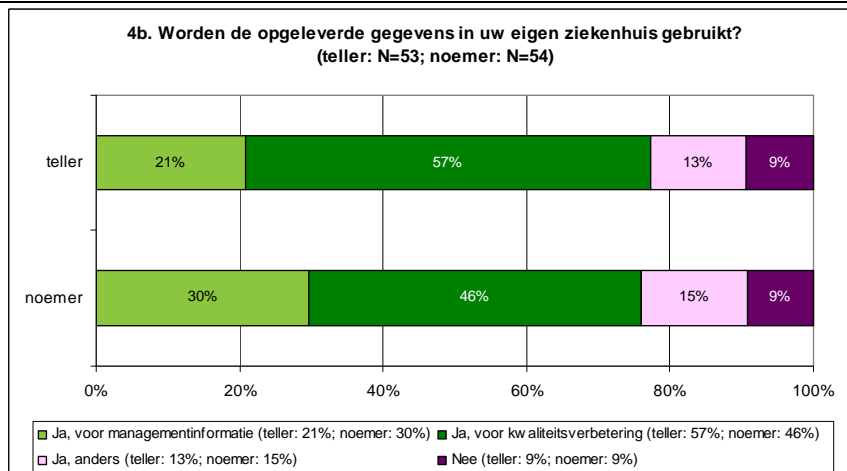
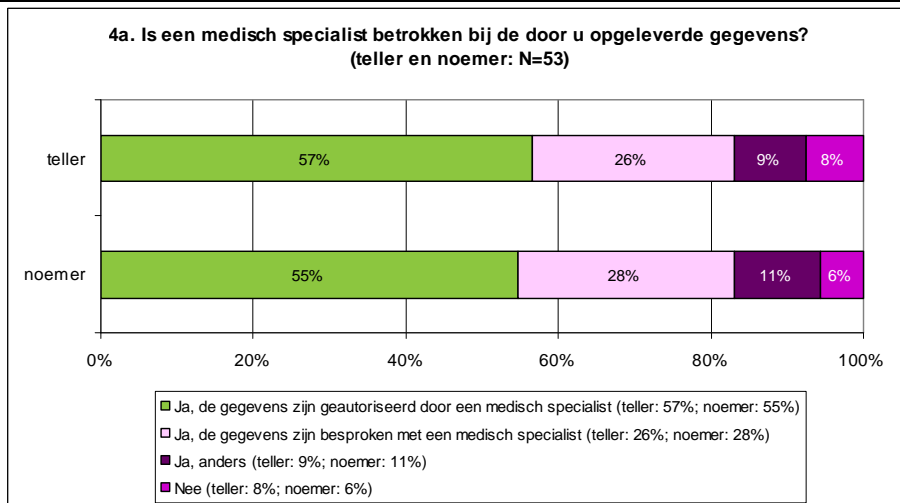
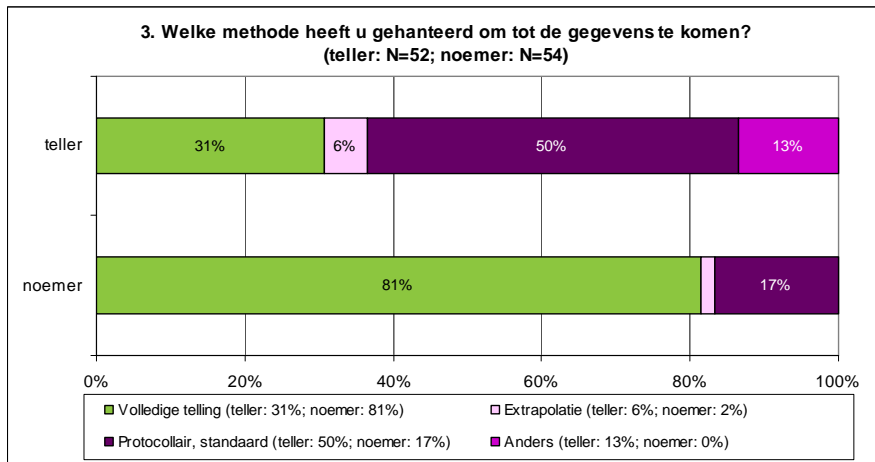
Indicator 4B



Opmerkingen:

- 1) Voor alle 3 de figuren geldt dat een deel van de categorie 'anders' voor het berekenen van de signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces omgecodeerd is naar de gewenste antwoordcategorie.
- 2) Alleen berekend over de ziekenhuizen die én teller én noemer aangeleverd hebben.
- 3) Teller 4a = noemer 4b. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

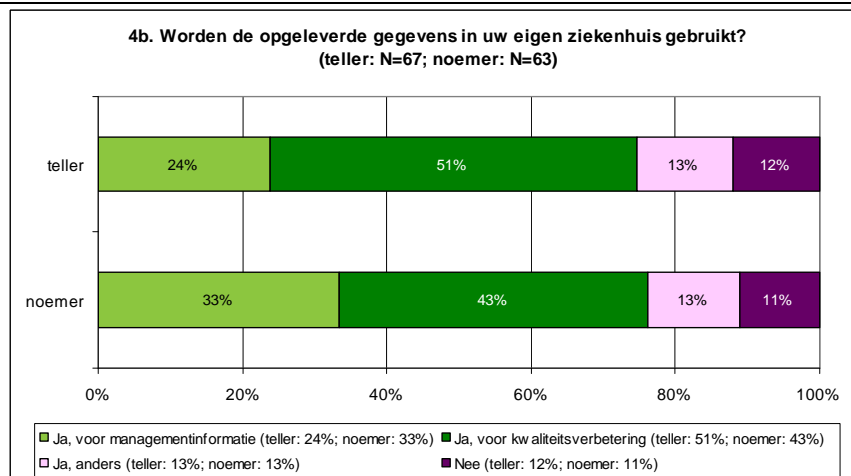
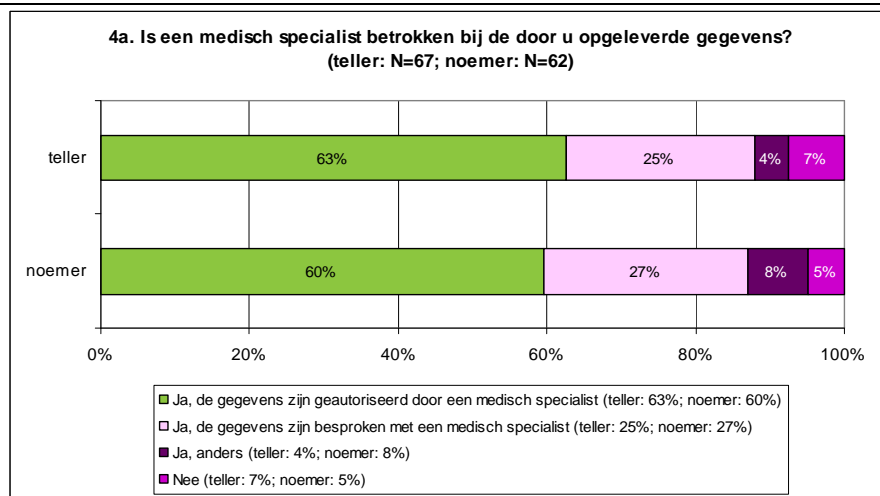
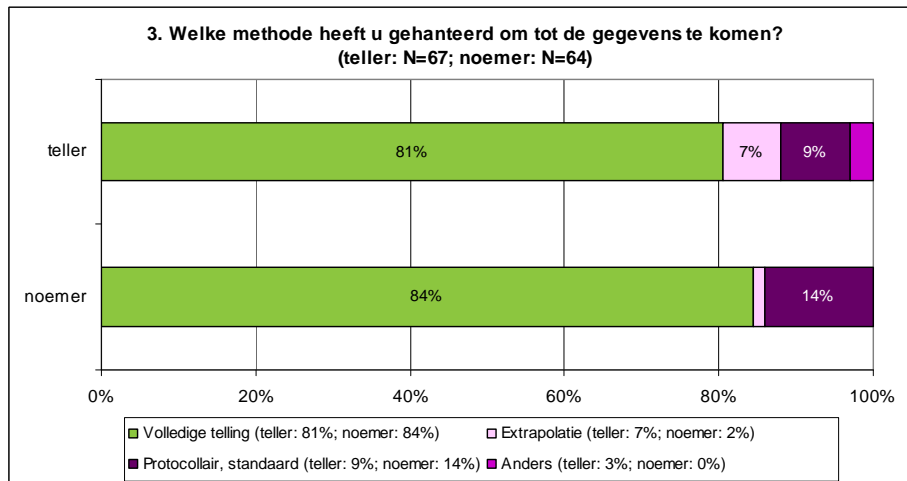
Indicator 4C



Opmerkingen:

- 1) Voor alle 3 de figuren geldt dat een deel van de categorie 'anders' voor het berekenen van de signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces omgecodeerd is naar de gewenste antwoordcategorie.
- 2) Alleen berekend over de ziekenhuizen die én teller én noemer aangeleverd hebben.
- 3) Noemer 4c = noemer 5a. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

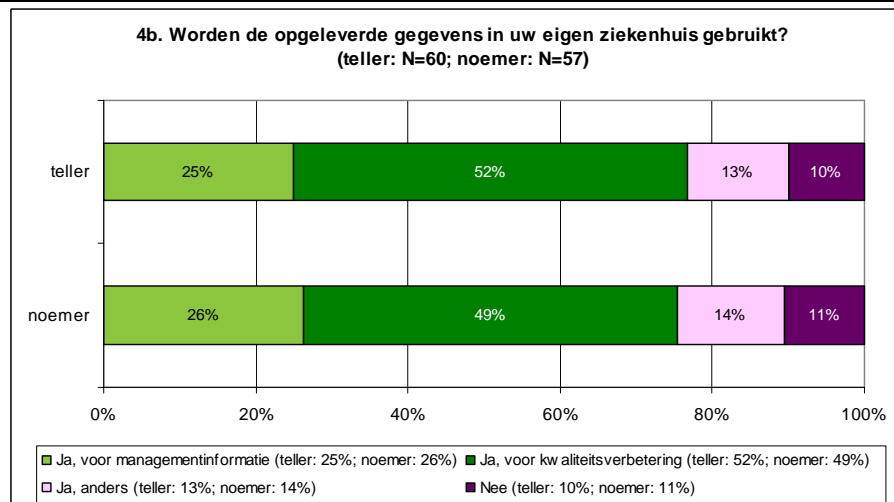
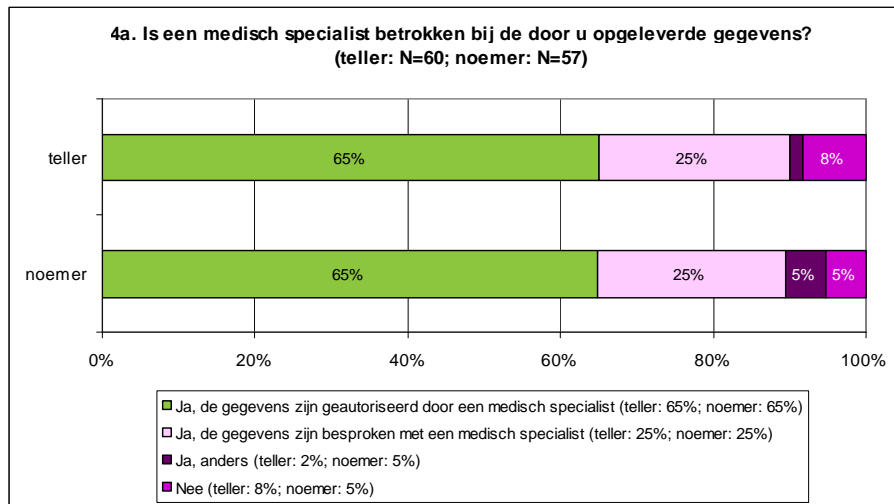
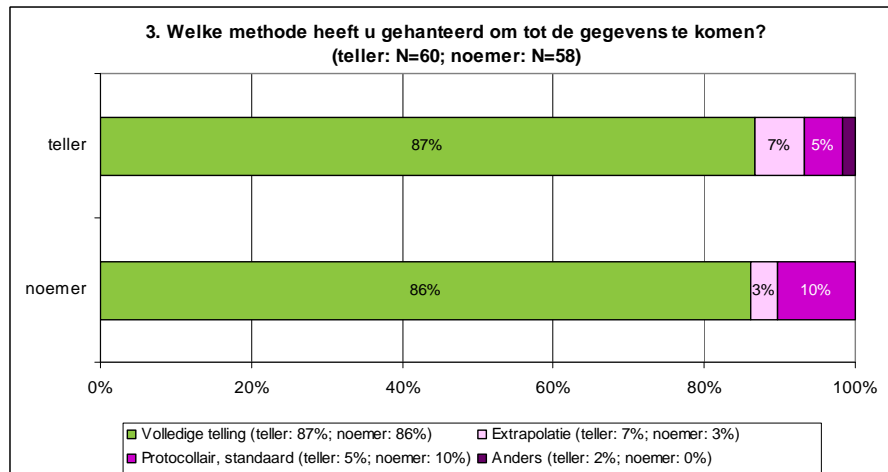
Indicator 5A



Opmerkingen:

- 1) Voor alle 3 de figuren geldt dat een deel van de categorie 'anders' voor het berekenen van de signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces omgecodeerd is naar de gewenste antwoordcategorie.
- 2) Alleen berekend over de ziekenhuizen die én teller én noemer aangeleverd hebben.
- 3) Noemer 4c = noemer 5a. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

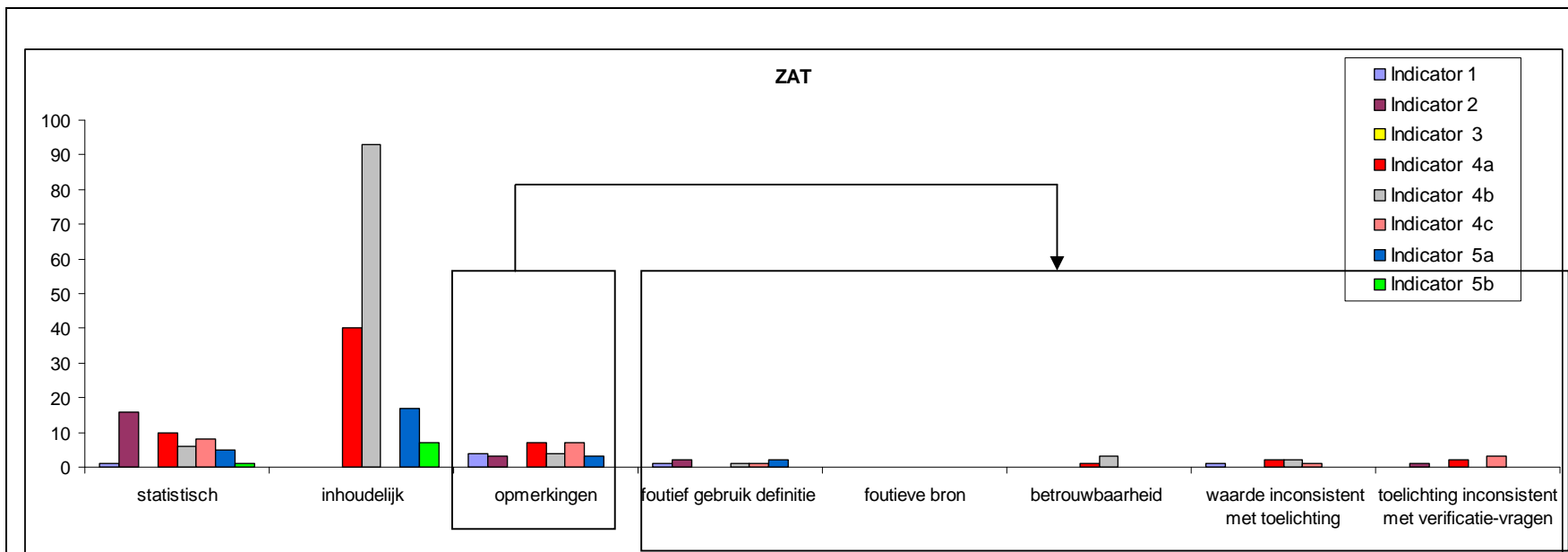
Indicator 5B



Opmerkingen:

- 1) Voor alle 3 de figuren geldt dat een deel van de categorie 'anders' voor het berekenen van de signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces omgecodeerd is naar de gewenste antwoordcategorie.
- 2) Alleen berekend over de ziekenhuizen die én teller én noemer aangeleverd hebben.
- 3) Noemer 4a = noemer 5b. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.

Bijlage C Achtergrondinformatie Evaluatie



Figuur C1: Schoningsoverzicht

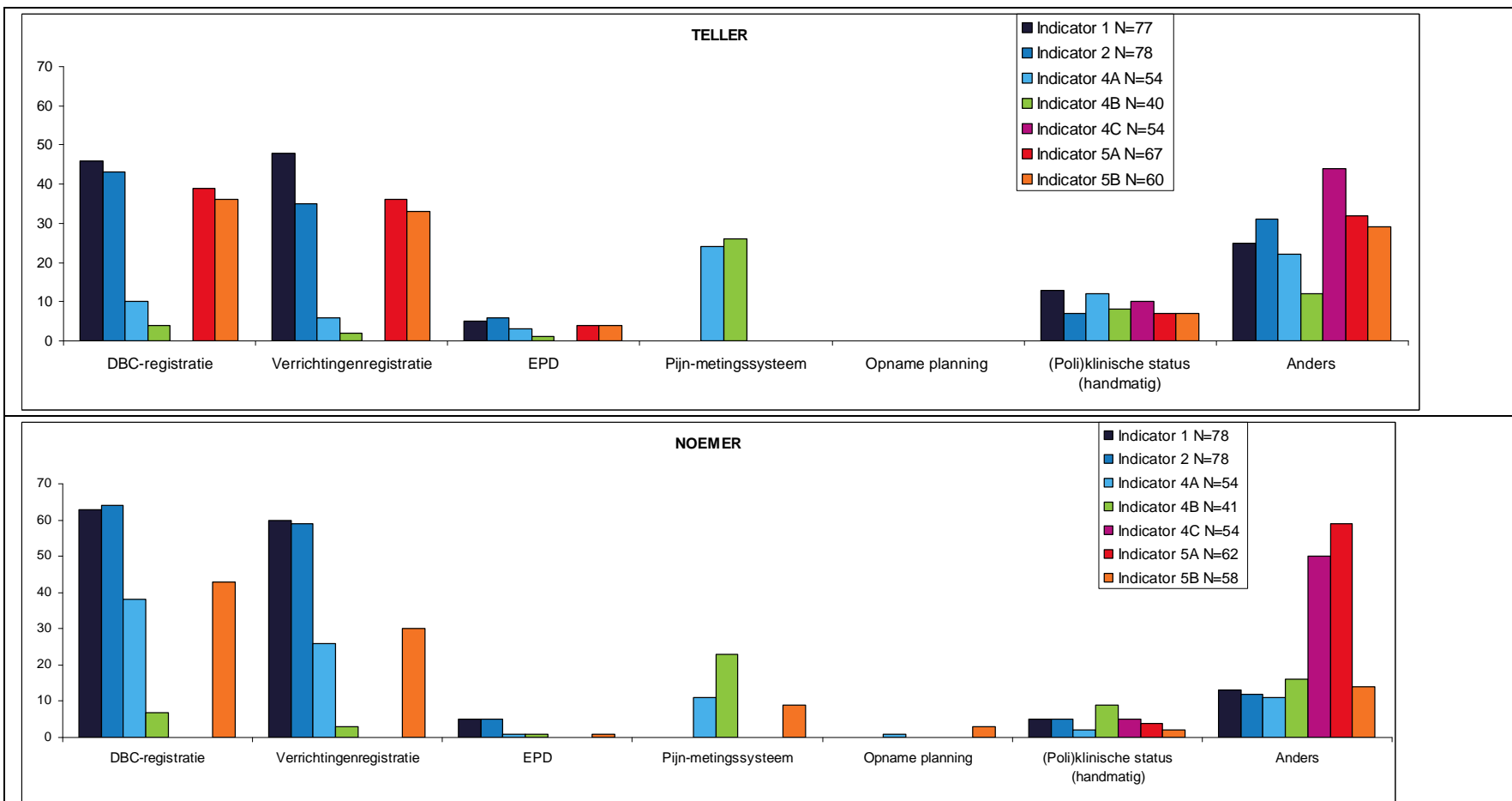
Opmerkingen:

Voor de indicatoren 1 is de categorie 'Statistisch' niet van toepassing, voor indicator 3A/B is de categorie 'Inhoudelijk' niet van toepassing. Voor klantpreferentievraag 4 is alleen de categorie 'Statistisch' van toepassing.

LET OP: bij indicator 4b stond een fout in de webenquete; daarom krijgt iedereen een schoningsvraag!

'Statistisch' = schoning ten aanzien van opvallendheden rondom de statistische betrouwbaarheid. 'Inhoudelijk' = schoning te aanzien van a priori opgestelde extremen die vastgesteld zijn op basis van medisch inhoudelijke expertise.

Opmerkingscategorieën van links naar rechts: 1: definitie komt niet overeen; 2: gegevensbron levert niet juiste data; 3: twijfel aan betrouwbaarheid gegevens; 4: gegevens komen niet overeen met toelichting; 5: toelichting komt niet overeen met verificatie-vragen.



Figuur C2a/b: Overzicht brongebruik

Opmerkingen:

- In de legenda staat het indicatornummer, de corresponderende kleur en de hoeveelheid locaties die data hebben aangeleverd. De tellers en de noemers bestaan uit meerdere variabelen, om die reden was het mogelijk meerdere antwoorden te geven.
- Noemer 1 = noemer 2. Teller 4a = noemer 4b. Noemer 4a = noemer 5b. Noemer 4c = noemer 5a. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd kan verschillen.