



Cataract

Kwantitatieve analyse indicatoren Zichtbare Zorg
Ziekenhuizen

Gegevens over 2008

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 Cataract.

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	23
4 Evaluatie	27
Bijlage A	
Bijlage B	
Bijlage C	

1 Inleiding

In de inleiding komen de volgende onderwerpen aan de orde:

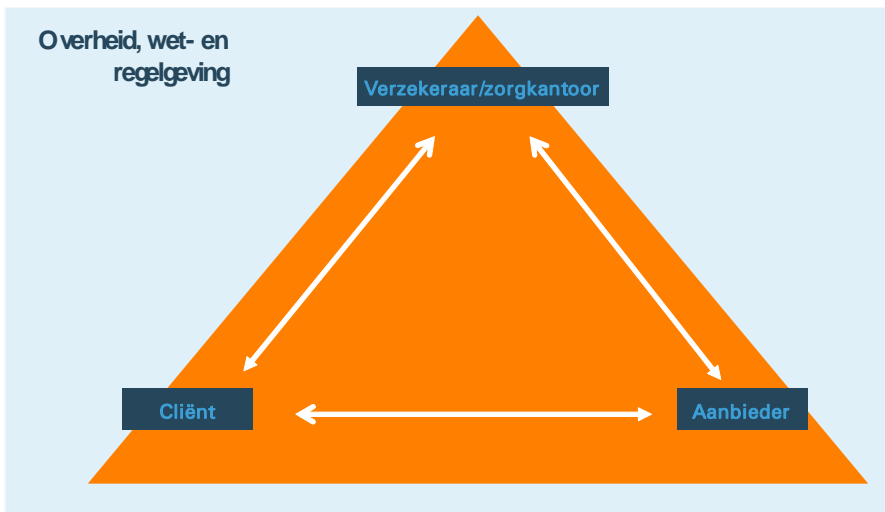
- Achtergrond Zichtbare Zorg Ziekenhuizen;
- Kwantitatieve analyse 2008: het proces;
- Vingerwijzingen voor het gebruik van indicatoren.

1.1 Achtergrond van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

1.1.1 Het zichtbaar maken van zorgprestaties is essentieel

Sinds 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht. De kern van de Zorgverzekeringswet 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 indicatorengidsen 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 indicatorengidsen 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 gebeurt. 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 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

Operationalisatie: Aanwezigheid van een complicatieregistratie voor cataractextracties in een gegevensbestand. Aanwezigheid van pré-, per- en postoperatieve dataregistratie voor cataractextracties in een gegevensbestand.

2.1.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Algemene toelichting op de signaalvlaggen

De kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren zijn beoordeeld op vier dimensies (zie hiervoor bijlage A):

- validiteit
- betrouwbaarheid van het registratieproces
- statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid
- populatievergelijkbaarheid

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 indicator waarde 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 duidelijk wordt. Dit betekent dat bijvoorbeeld de statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid de signaalvlag 'groen' kan hebben, terwijl de andere dimensies de signaalvlag 'rood' hebben. In dit 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 misvatting te voorkomen: de signaalvlaggen zeggen niets over de kwaliteit van zorg.

Signaalvlaggen voor indicator

Tabel 3. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 1				
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces	Vergelijkbaarheid	
			Statistisch betrouwbaar vergelijken	Populatie Vergelijkbaarheid * * *
	groen	n.v.t. *	n.v.t. **	groen

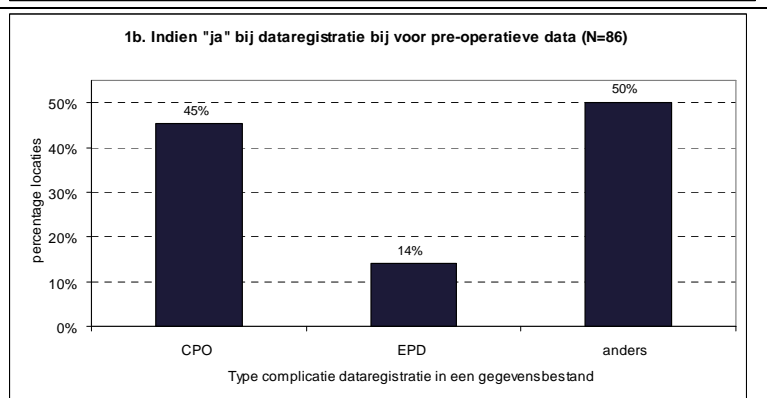
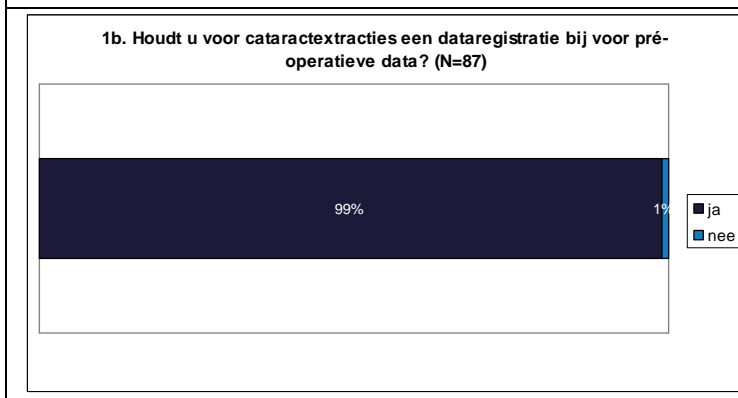
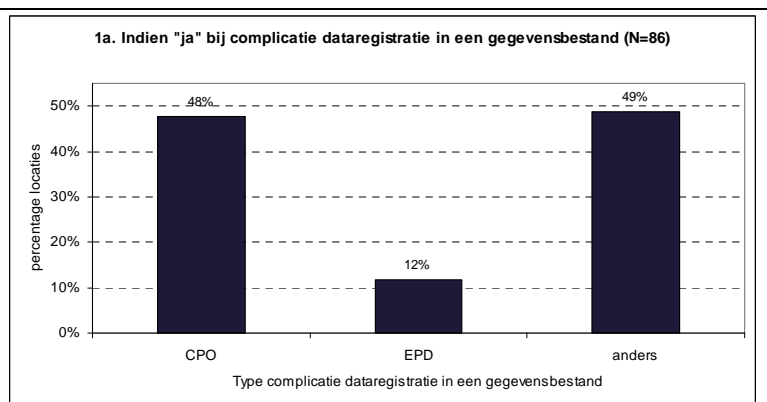
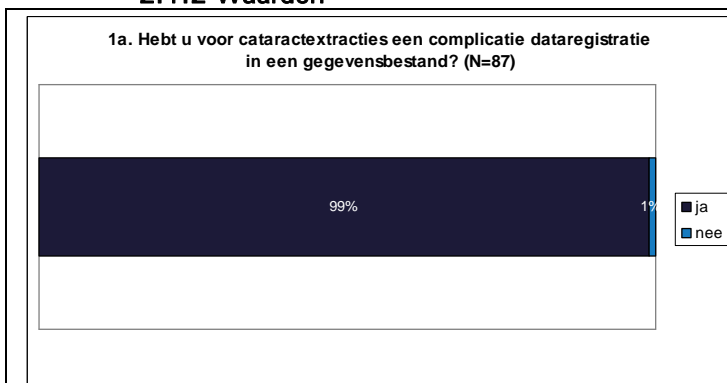
Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

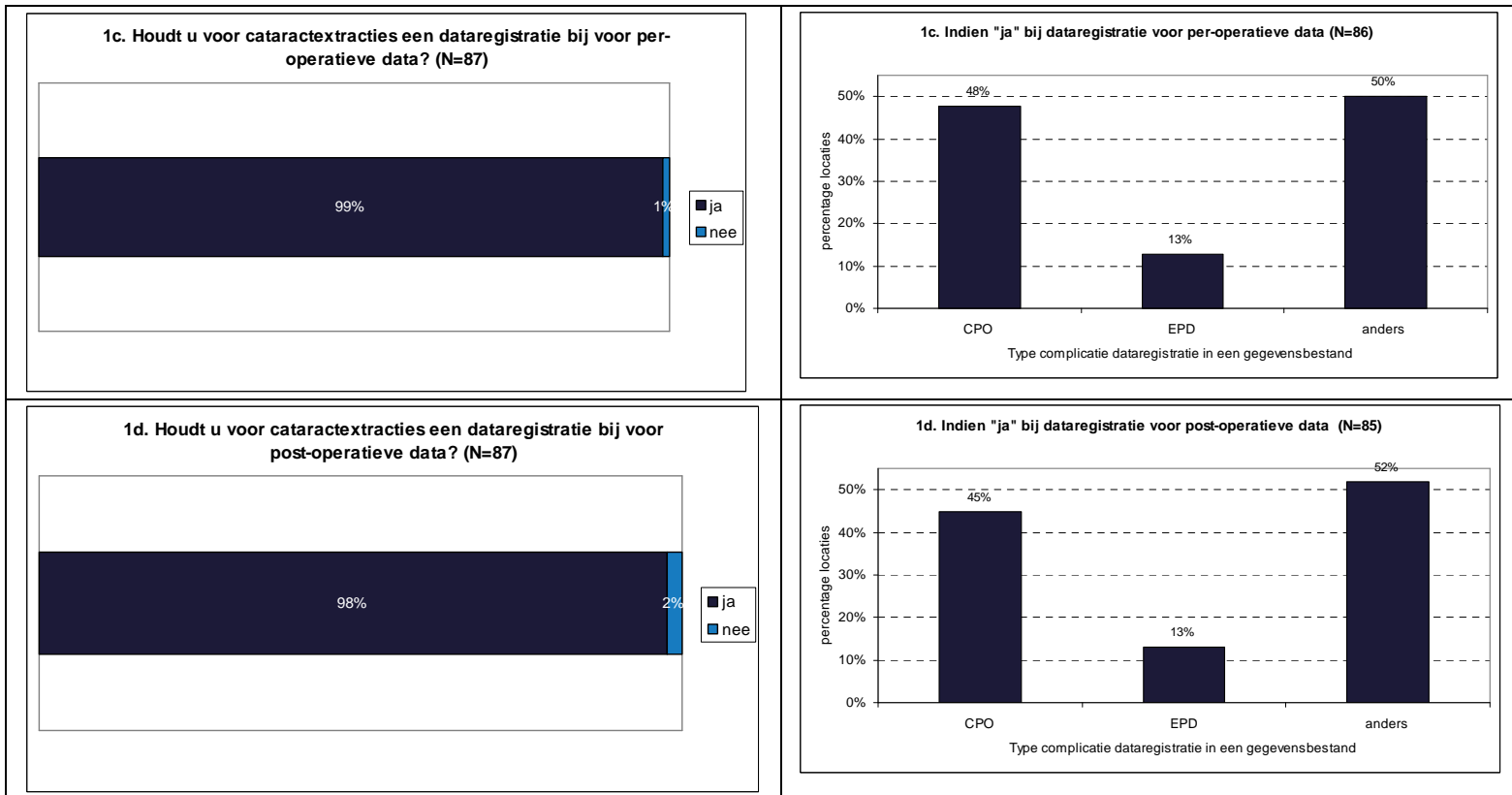
* Bij structuurindicatoren zijn geen verificatievragen gesteld en kan geen beoordeling voor de betrouwbaarheid van het registratieproces worden bepaald.

** 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 structuurindicatoren zullen goed vergelijkbaar zijn tussen de ziekenhuizen, aangezien verschillen in patiëntenpopulatie geen rol spelen.

2.1.2 Waarden





Bevindingen naar aanleiding van de data

Uit bovenstaande figuren blijkt dat nagenoeg alle ziekenhuislocaties aangeven een registratie bij te houden voor complicaties en pre-, per- en post-operatieve data. De verdeling over de verschillende systemen is voor de vier doeleinden van registratie vergelijkbaar. De percentages in de figuren tellen op tot boven de 100%. Dit geeft aan dat sommige locaties meerdere systemen gebruiken. In veel gevallen (43-47%) is dat de CPO-registratie. Het EPD wordt nog niet veel gebruikt (12-14%). De categorie 'Anders' is voor alle vier de registraties groot (49-52%).

Praktische toepasbaarheid van de indicator

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

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De definitie van de indicator is niet correct. CPO moet vervangen worden door het NOG-registratieprogramma dat daaruit voortgekomen is. Het is mogelijk dat er verwarring is ontstaan bij ziekenhuizen over de definitie; de werkgroep vermoedt dat de categorie 'anders' ziekenhuizen bevat dat het NOG programma hanteren. De werkgroep geeft aan dat er bij deze indicator niet expliciet gevraagd wordt naar elektronische vastlegging van gegevens en dat daardoor het percentage hoog uit kan vallen.

2.2. Indicator 2

Operationalisatie: Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief).

Teller: Aantal peroperatieve vitrectomieën tijdens cataractoperatie gedurende registratieperiode.

Noemer: Totaal aantal cataractoperaties gedurende registratieperiode.

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 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 bij tabel 2.

Tabel 4. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 2					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar vergelijken	Populatie Vergelijkbaarheid**
	groen	oranje	oranje	groen	groen
Rood*		9%	8%	0%	
Oranje*		24%	23%	22%	
Groen*		67%	69%	78%	

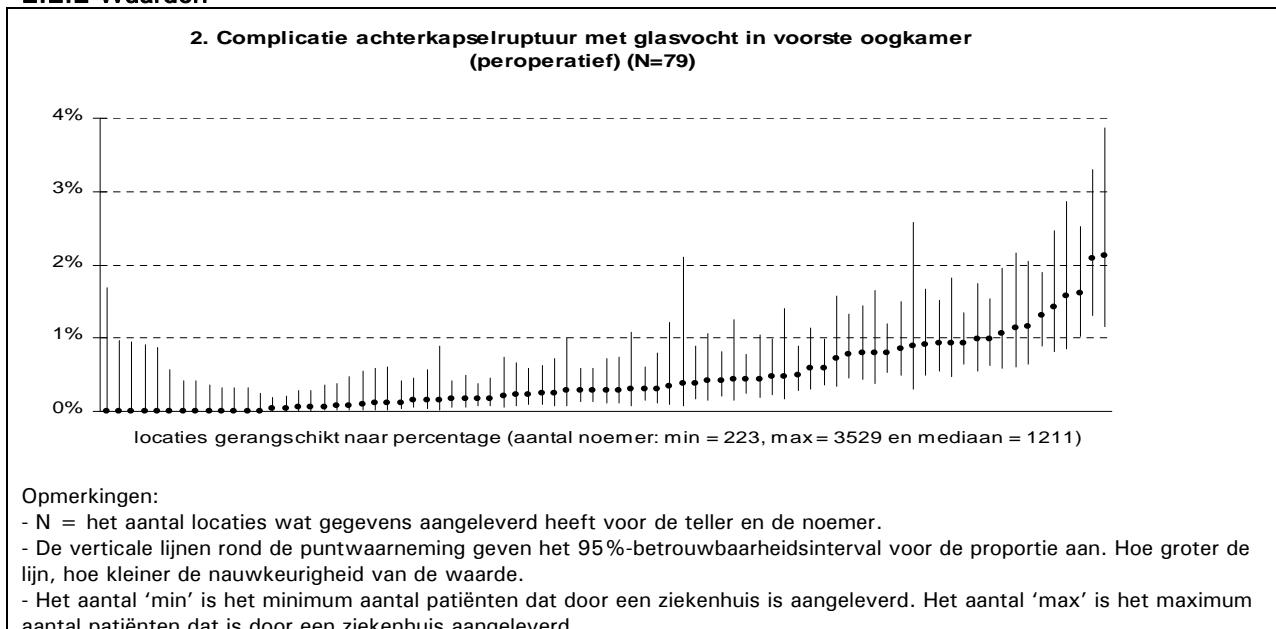
Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

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

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

** 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

In bovenstaande figuur is te zien dat nagenoeg alle locaties 0% of hooguit 2% scoren. Het valt op dat deze indicator weinig discrimineert tussen de ziekenhuislocaties: de proporties liggen zeer dicht bij elkaar. Het totaal aantal geregistreerde cataractoperaties tijdens de meetperiode is 107.833 (som van alle noemers). In totaal is er 460 keer tijdens een cataractoperatie een vitrectomie uitgevoerd (som van alle tellers). Het overall percentage = 0,43%.

Veel ziekenhuizen geven aan de gegevens op een volledige telling te baseren (zie bijlage B): 87% voor de teller en 92% voor de noemer. Van alle locaties antwoordt 4% de gegevens middels een extrapolatie bepaald te hebben en een paar procent geeft aan op een andere manier aan de getallen te komen. De gegevens worden echter niet bij alle locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B). Het percentage locaties wat een groene vlag krijgt voor de betrouwbaarheid van het registratieproces is 67% voor de teller en 69% voor de noemer; hiermee wordt de overall oranje vlag op indicatorniveau toegekend. De gegevens van de teller en de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage C2), vooral uit de DBC-registratie en de verrichtingenregistratie en ook in mindere mate het EPD en CPO (alleen voor de teller).

De statistische betrouwbaarheid van deze indicator heeft een groene signaalvlag. De overall proportie ligt tussen de 0 en 5%. 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 800 patiënten bestaan. Dit geldt voor 78% van de locaties, wat voor die locaties tot een groene signaalvlag leidt. 22% van de locaties krijgen een oranje signaalvlag (noemer 200-800). Hiermee krijgt de indicator een overall groene signaalvlag en is het dus mogelijk om de proporties per ziekenhuislocatie op een statistisch verantwoorde manier te vergelijken met de overall proportie.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

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

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Gezien het hoge aantal cataractoperaties dat wordt opgegeven lijken de exclusiecriteria niet strikt gehanteerd, anders zou het totaal lager zijn. De noodzaak van case-mix-correctie wordt ondervangen in de definiëring van deze exclusiecriteria de indicator. Wanneer ziekenhuizen de exclusiecriteria niet kunnen hanteren, gaat dit ten koste van de vergelijkbaarheid van de gegevens. Het moet bij deze indicator gaan om glasvochtverlies, ongeacht de onderliggende oorzaak (achterkapselruptuur of zonulolysis). In de huidige definitie wordt gesproken van alleen glasvochtverlies als gevolg van achterkapselruptuur.

2.3. Indicator 3A

Operationalisatie: De tijdsperiode tussen operatie van 1e en 2e oog; tijdsperiode tussen operaties \geq 28 dagen

Teller: Totaal aantal patiënten met gedurende de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen waarbij datum 2e oogoperatie minus datum 1e oogoperatie \geq 28 dagen.

Noemer: Totaal aantal patiënten met een gedurende de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen.

2.3.1 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 89% en 88% 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 bij tabel 2.

Tabel 5. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 3A					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer **	Statistisch betrouwbaar vergelijken	Populatie Vergelijkbaarheid***
	groen	oranje	oranje	groen	groen
Rood*		7%	6%	0%	
Oranje*		21%	21%	21%	
Groen*		72%	73%	79%	

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

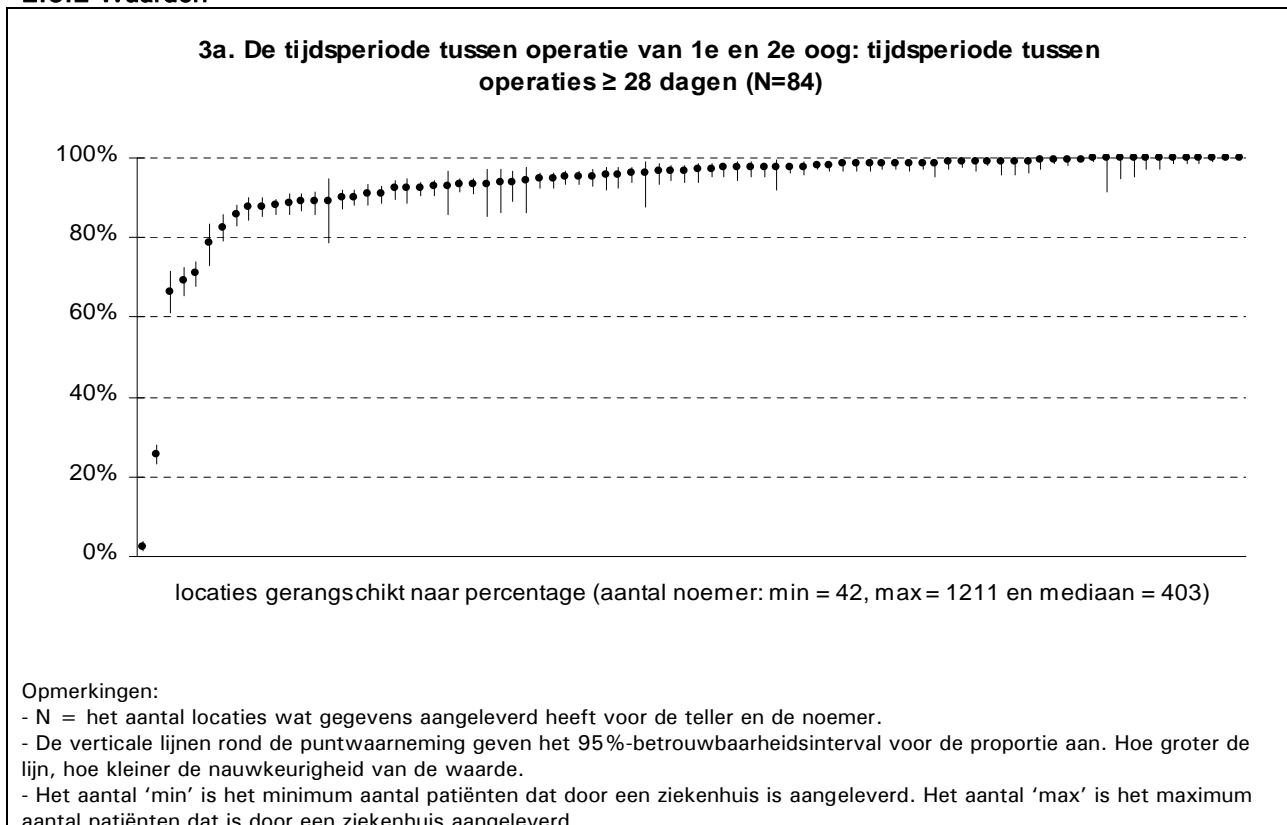
Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

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

** De noemers van de indicatoren 3a en 3b 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.

2.3.2 Waarden



Bevindingen naar aanleiding van de data

In bovenstaande figuur is af te lezen dat het overgrote deel van de locaties scoort tussen de 80% en 100% op deze indicator. Slechts zes locaties scoren onder de 80%. De waarden van deze indicator lopen dus niet sterk uiteen. Het totaal aantal geregistreerde patiënten wat aan beide ogen een cataractoperatie heeft ondergaan is 36.169 (som van alle noemers). Het aantal patiënten wat de 2^{de} operatie meer dan 28 dagen na de eerste operatie heeft gehad is 32.398 (som van alle tellers). Het overall percentage = 90%.

De noemer van indicator 3a is volgens de definitie gelijk aan de noemer van indicator 3b. Voor alle ziekenhuislocaties geldt dat het aantal waarnemingen in beide noemers ook werkelijk gelijk is. Er zijn meer locaties die tellers en noemers hebben aangeleverd voor indicator 3a dan voor 3b.

Bijna alle ziekenhuizen geven aan de gegevens op een volledige telling te baseren (zie bijlage B): 95% voor de teller en 96% voor de noemer. De gegevens worden echter niet bij alle locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B). Zoals te zien is in tabel 5 krijgt een groot aantal locaties voor de betrouwbaarheid van het registratieproces een groene signaalvlag (72 en 73% voor teller en noemer respectievelijk). Dit is echter niet genoeg om een overall groene vlag op indicatorniveau te krijgen, met de vastgestelde grens van 75%: er wordt een overall oranje vlag op indicatorniveau toegekend. De gegevens van de teller en de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage C2), namelijk de DBC-registratie en de verrichtingenregistratie.

De nauwkeurigheid van de individuele datapunten varieert. 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 79% van de locaties, wat voor die locaties tot een groene signaalvlag leidt. 21% van de locaties krijgen een oranje signaalvlag (noemer 30-200). Geen enkele locatie krijgt de rode vlag (noemer < 30). Hiermee krijgt de indicator een overall groene signaalvlag en is het dus mogelijk om de proporties per ziekenhuislocatie op een statistisch verantwoorde manier te vergelijken met de overall proportie.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

De beschrijving voor deze indicator heeft soms tot verwarring geleid (hoewel dit niet duidelijk blijkt uit de beantwoording van de verificatievragen over de helderheid van de definitie, zie paragraaf 2.3.1). Zo is het (i) niet duidelijk wat er gedaan moet worden als voor een patiënt één operatie buiten de registratieperiode valt en één operatie in de meetperiode, en (ii) is het onduidelijk tot hoe ver terug gekeken moet worden of er sprake is van 1 of 2 operaties. Door deze onduidelijkheden kunnen ziekenhuizen verschillende strategieën hebben gehanteerd voor het bepalen van de populatie. Dit kan effect hebben op de betrouwbaarheid van de data.

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Ook bij deze indicator zullen de exclusiecriteria niet strikt gehanteerd zijn. De noodzaak van case-mix-correctie wordt ondervangen in de definiëring van deze exclusiecriteria de indicator. Wanneer ziekenhuizen de exclusiecriteria niet kunnen hanteren, gaat dit ten koste van de vergelijkbaarheid van de gegevens.

Artsen zijn van mening dat het veiliger is om de wachttijd van minimaal 28 dagen tussen twee cataractoperaties te hanteren aan te houden. Als een patiënt een expliciete voorkeur heeft voor een kortere periode zullen zij dan ook de risico's voorspiegelen aan de patiënt. Beargumenteerd kan er van de periode afgeweken worden. Een lage score hoeft niet te betekenen dat er slechte zorg geleverd wordt.

2.4. Indicator 3B

Operationalisatie: De tijdsperiode tussen operatie van 1e en 2e oog; datum postoperatieve controle 1e cataractoperatie \geq 21 dagen.

Teller: Totaal aantal patiënten met in de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen bij wie datum (door operateur of verlengde arm uitgevoerde) laatste postoperatieve controle na eerste cataractoperatie minus datum cataractoperatie 1e oog \geq 21 dagen en voorgaand aan cataractoperatie tweede oog.

Noemer: Totaal aantal patiënten met een in de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen.

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 84% en 87% 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 bij tabel 2.

Tabel 6. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 3B					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer**	Statistisch betrouwbaar vergelijken	Populatie Vergelijkbaarheid***
	groen	oranje	oranje	groen	groen
Rood*		13%	6%	0%	
Oranje*		25%	21%	23%	
Groen*		62%	73%	77%	

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

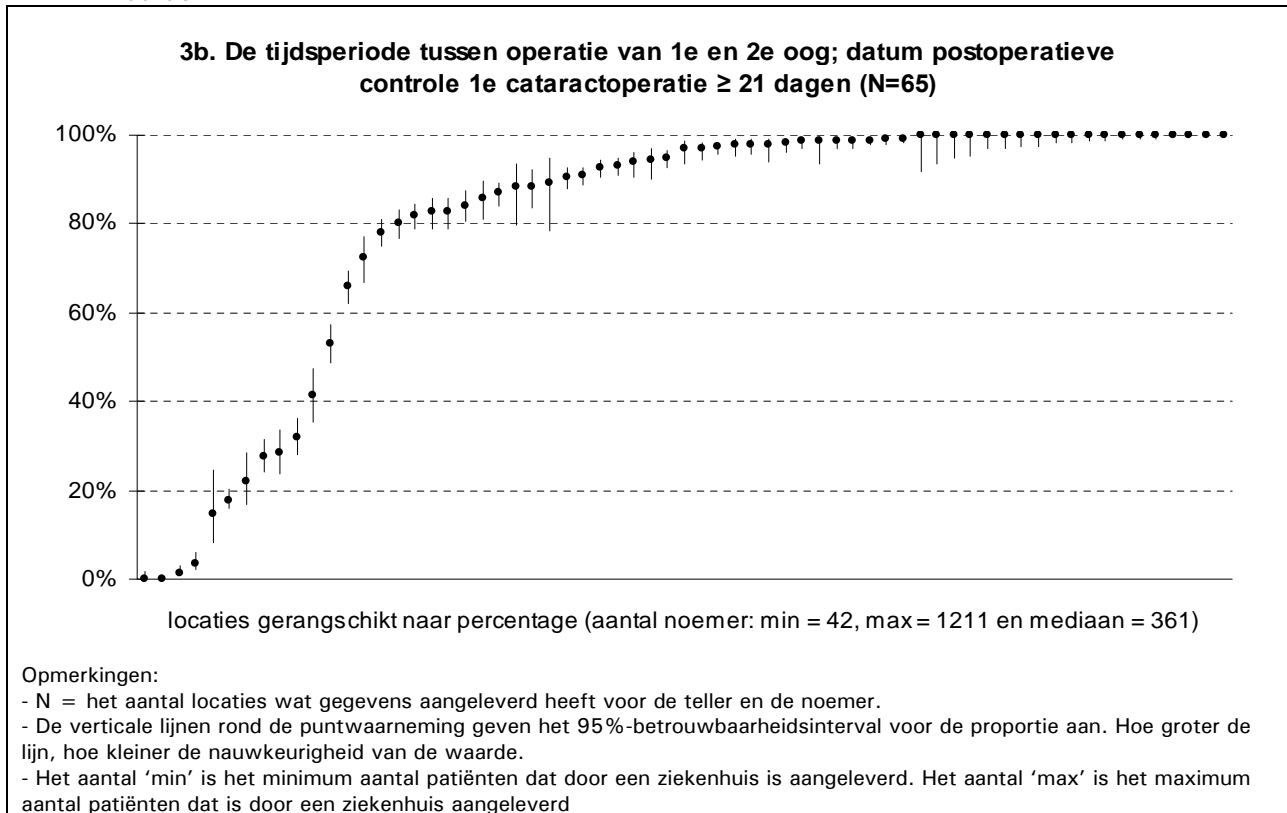
Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

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

** De noemers van de indicatoren 3a en 3b 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

Bovenstaande figuur laat zien dat de indicatorscores in redelijke mate variëren, met waarden over de gehele range. Een aantal locaties scoort 100%, waaronder een aantal locaties (8%) die deze indicator protocollair invult. De lagere scores zijn relatief ondervertegenwoordigd ten opzichte van de hogere scores; slechts 15 locaties scoren onder de 80%. Het totaal aantal geregistreerde patiënten wat aan beide ogen een cataractoperatie heeft ondergaan is 26.252 (som van alle noemers). Het aantal patiënten wat de postoperatieve controle meer dan 21 dagen na de eerste operatie heeft gehad is 20.843 (som van alle tellers). De gemiddelde score is 79%.

De noemer van indicator 3b is volgens de definitie gelijk aan de noemer van indicator 3a. Voor alle ziekenhuislocaties geldt dat het aantal waarnemingen in beide noemers ook werkelijk gelijk is. Er zijn echter minder locaties die tellers en noemers hebben aangeleverd voor indicator 3b.

Veel ziekenhuizen geven aan de gegevens van de teller op een volledige telling te baseren (zie bijlage B): 87%. Voor de noemer is dit percentage vergelijkbaar met indicator 3a (95%). De gegevens worden echter niet bij alle locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B). Zoals te zien is in tabel 6 krijgt een groot aantal locaties voor de betrouwbaarheid van het registratieproces van de noemer een groene signaalvlag (73%). Dit is echter niet genoeg om een overall groene vlag op indicatorniveau te krijgen, met de vastgestelde grens van 75%: er wordt een oranje overall vlag op indicatorniveau toegekend. Ook geldt bij deze indicator net als bij de andere indicatoren uit deze set dat de teller- en noemergegevens voor het overgrote deel uit digitale registraties gehaald worden (DBC- en verrichtingenregistratie, zie figuur Bijlage C2).

De nauwkeurigheid van de individuele datapunten varieert. 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 77% van de locaties, wat voor die locaties tot een groene signaalvlag leidt. 23% van de locaties krijgen een oranje signaalvlag (noemer 30-200). Geen enkele locatie krijgt de rode vlag (noemer < 30). Hiermee krijgt de indicator een overall groene signaalvlag en is het dus mogelijk om de proporties per ziekenhuislocatie op een statistisch verantwoorde manier te vergelijken met de overall proportie.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

Net als bij indicator 3a, zijn er ook bij deze indicator zijn vragen te stellen ten aanzien van de keuzes die ziekenhuizen gemaakt hebben om de teller te bepalen. Dezelfde opmerkingen gelden die geplaatst zijn bij indicator 3a (zie paragraaf 2.3.3) en dat het onduidelijk is hoe moet worden gehandeld als er meerdere polibezoeken tussen de 1^{ste} en 2^{de} ingreep zijn geweest. Door deze onduidelijkheden kunnen ziekenhuizen verschillende strategieën hebben gehanteerd voor het bepalen van de populatie. Dit kan effect hebben op de betrouwbaarheid van de data.

Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

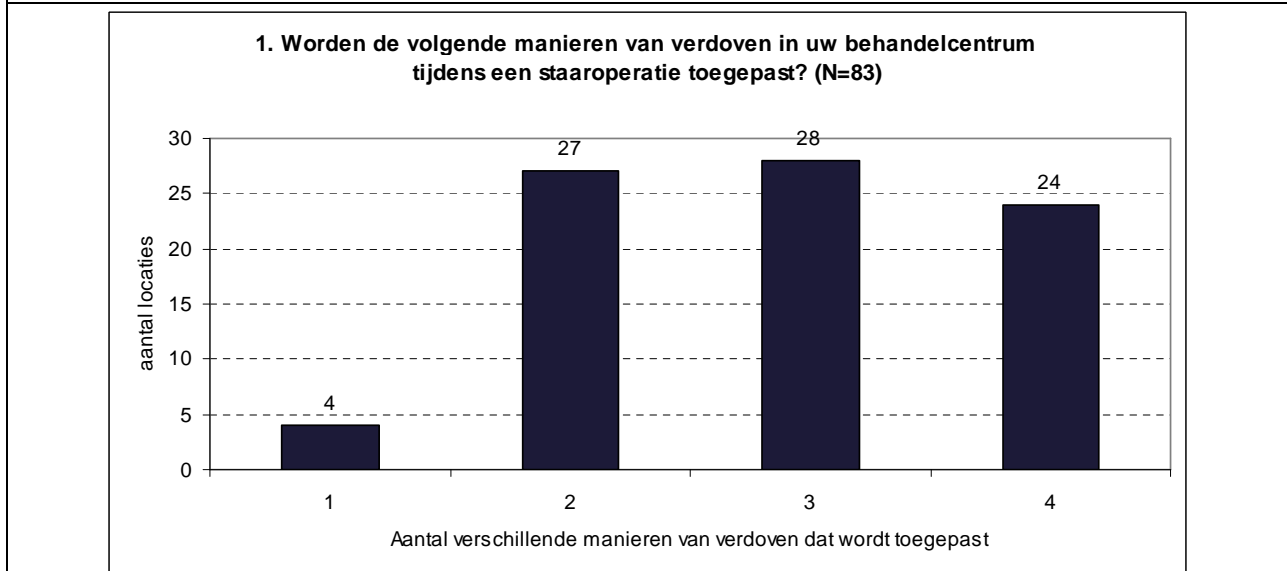
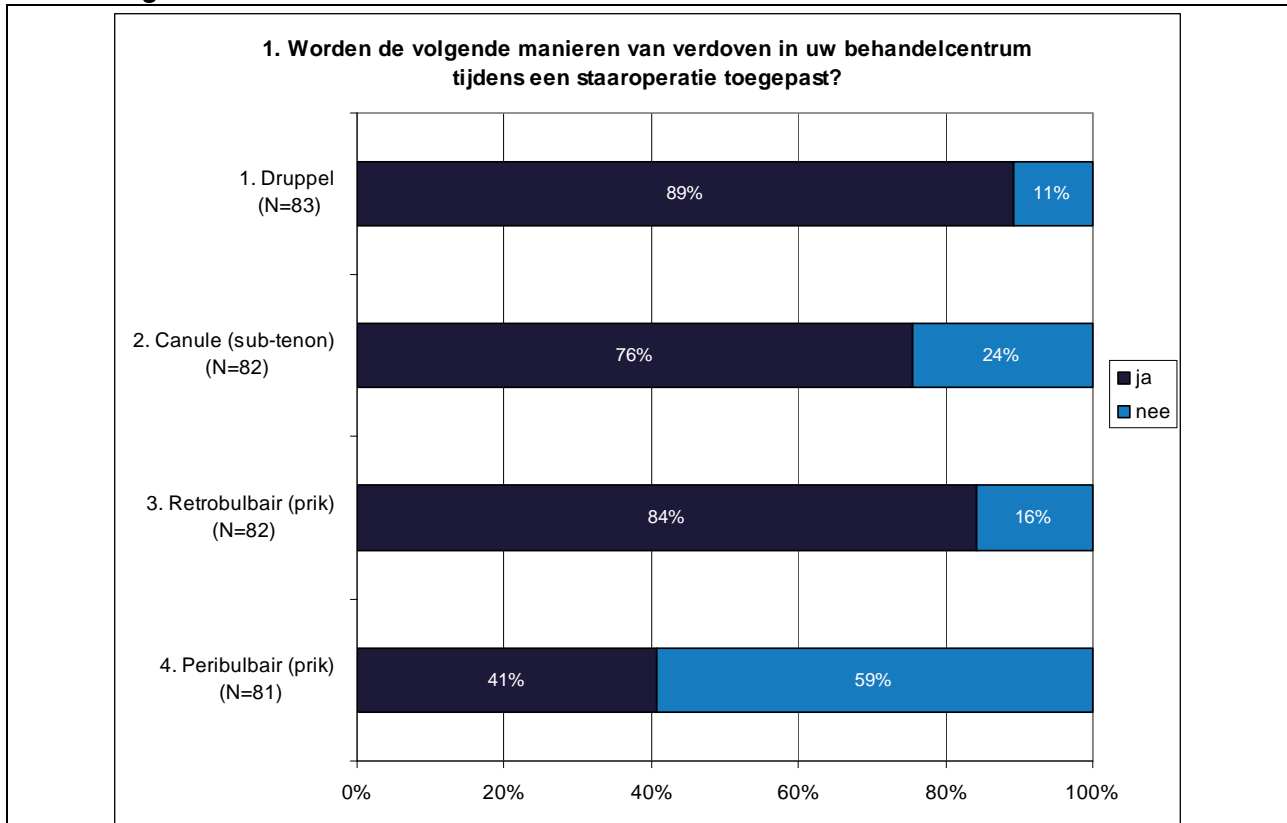
Het doel van deze indicator is om ziekenhuizen te wijzen op het belang van een overlegmoment tussen arts en patiënt voorafgaand aan de operatie. Er is uitgegaan van een postoperatieve controle na een week en voor daarna minimaal 21 dagen tot de 2^e operatie omdat er bewijs is dat de situatie dan redelijk stabiel is. Het is echter de vraag of er sprake is van slechte kwaliteit van zorg als deze planning enigszins afwijkt. Voor de uitvraag in 2010 wordt de definitie verruimd: in plaats van ≥ 21 dagen wordt in de indicatoren nu opgenomen ≥ 14 dagen.

Deze indicator wordt beïnvloed als patiënten voor de operatie door anderen worden gezien dan het ziekenhuis (bijvoorbeeld de opticien), terwijl dit niet hoeft te betekenen dat er slechte zorg geleverd is.

Ook bij deze indicator zullen de exclusiecriteria niet strikt gehanteerd zijn. De noodzaak van case-mix-correctie wordt ondervangen in de definitie van deze exclusiecriteria de indicator. Wanneer ziekenhuizen de exclusiecriteria niet kunnen hanteren, gaat dit ten koste van de vergelijkbaarheid van de gegevens.

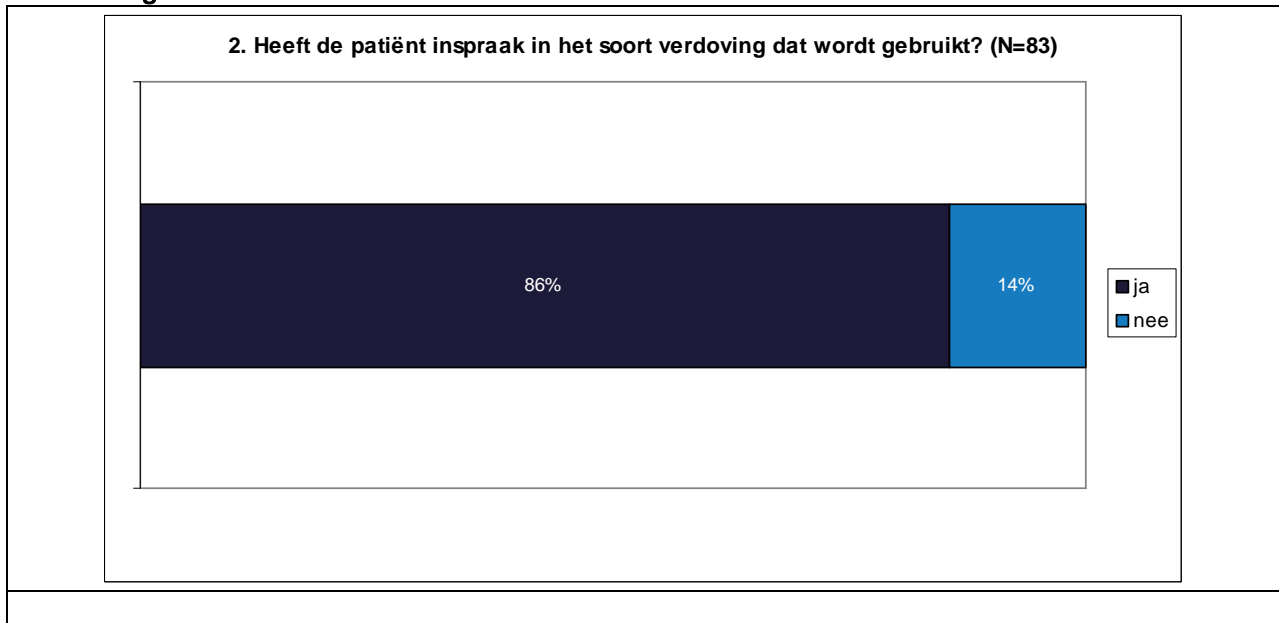
3. Klantpreferentievragen

3.1 Vraag 1

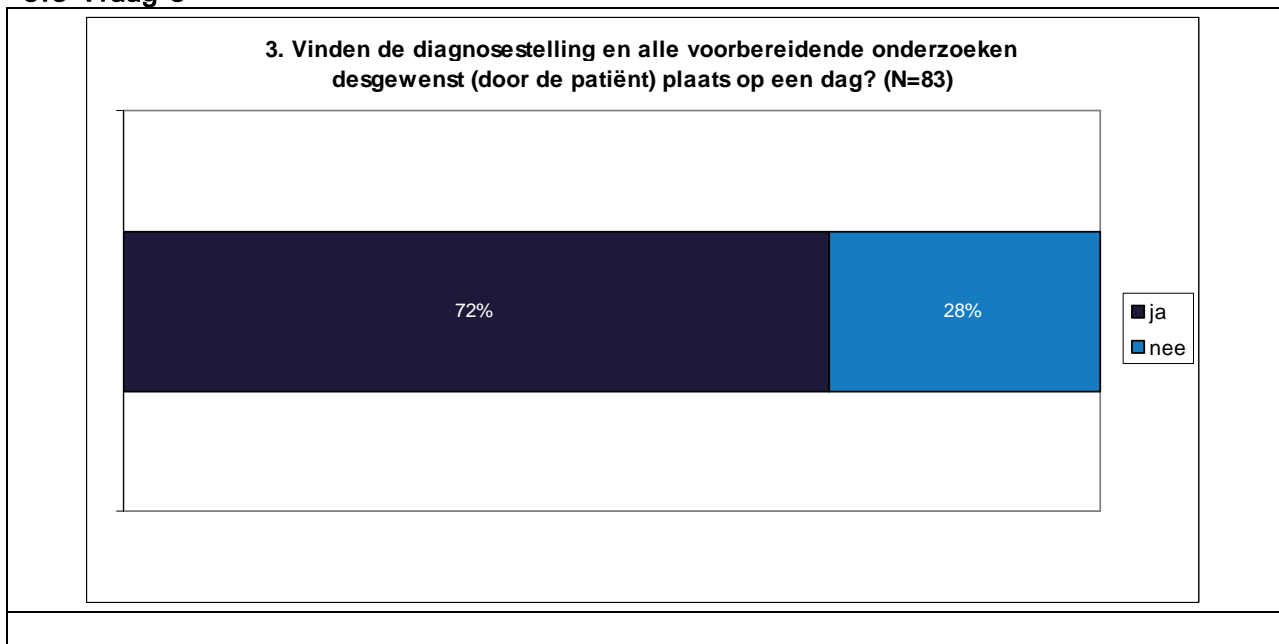


Bovenstaande figuur geeft op de x-as weer hoeveel van bovenstaande manieren van verdoven toegepast worden. Op de y-as staat het percentage locaties. Dus 30% van de locaties past 4 verschillende manieren van verdoven toe. 'Narcose' is niet uitgevraagd als manier van verdoven terwijl dit ook een optie is (die echter niet vaak voorkomt).

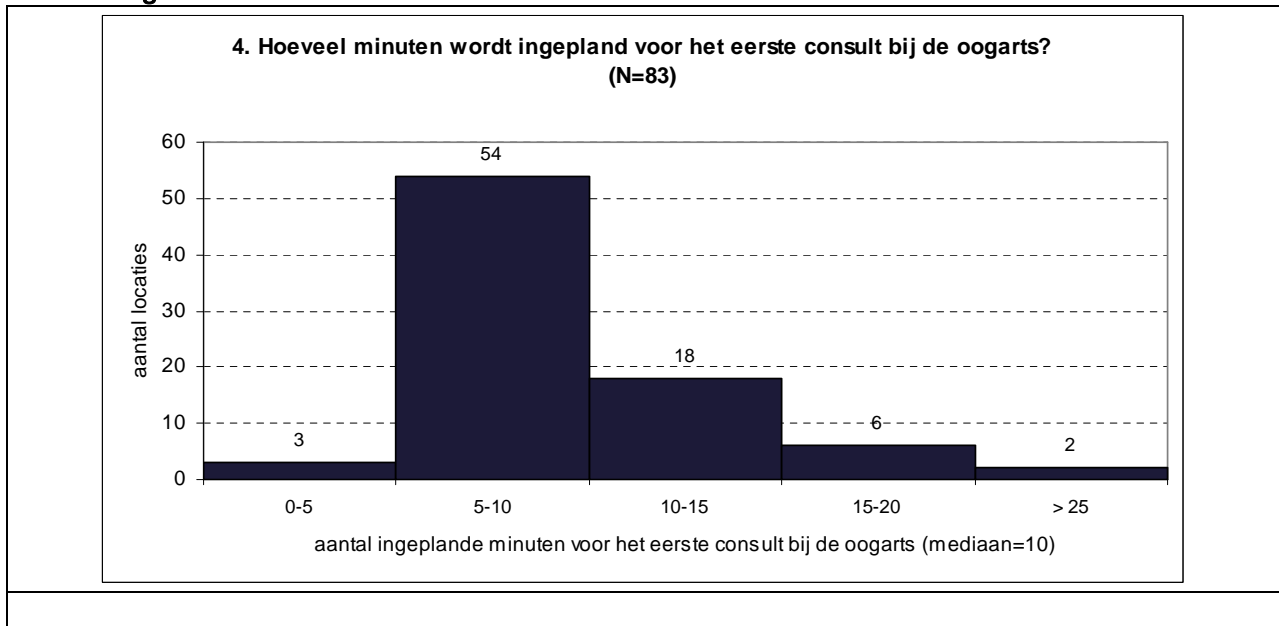
3.2 Vraag 2



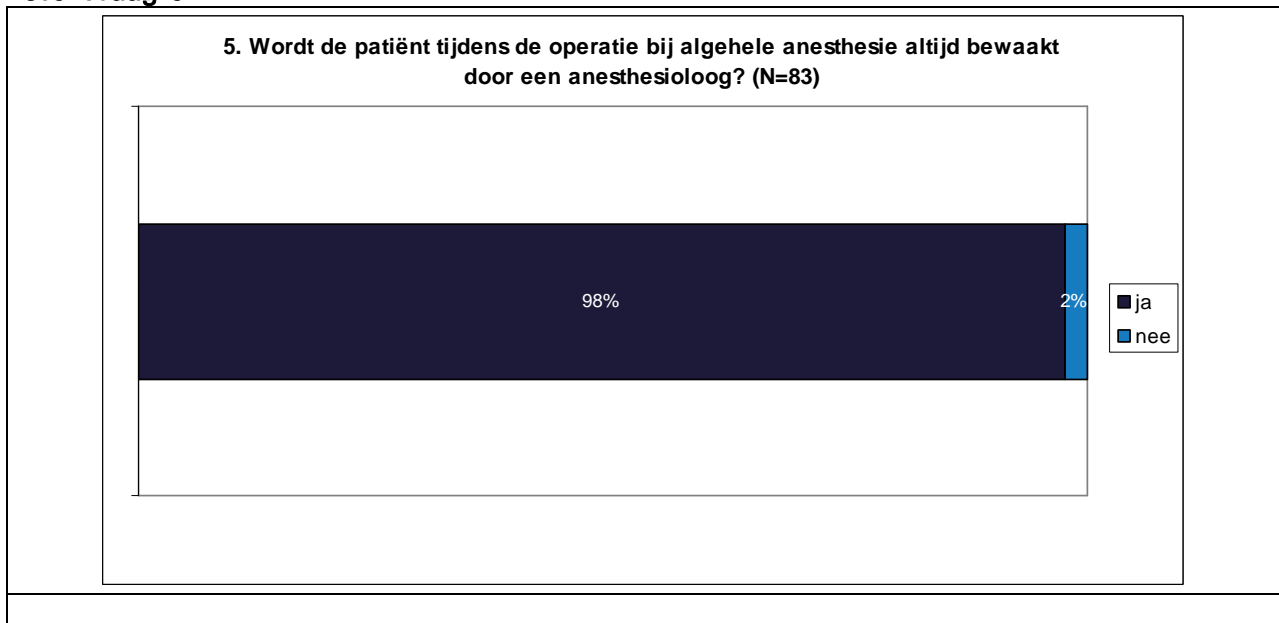
3.3 Vraag 3



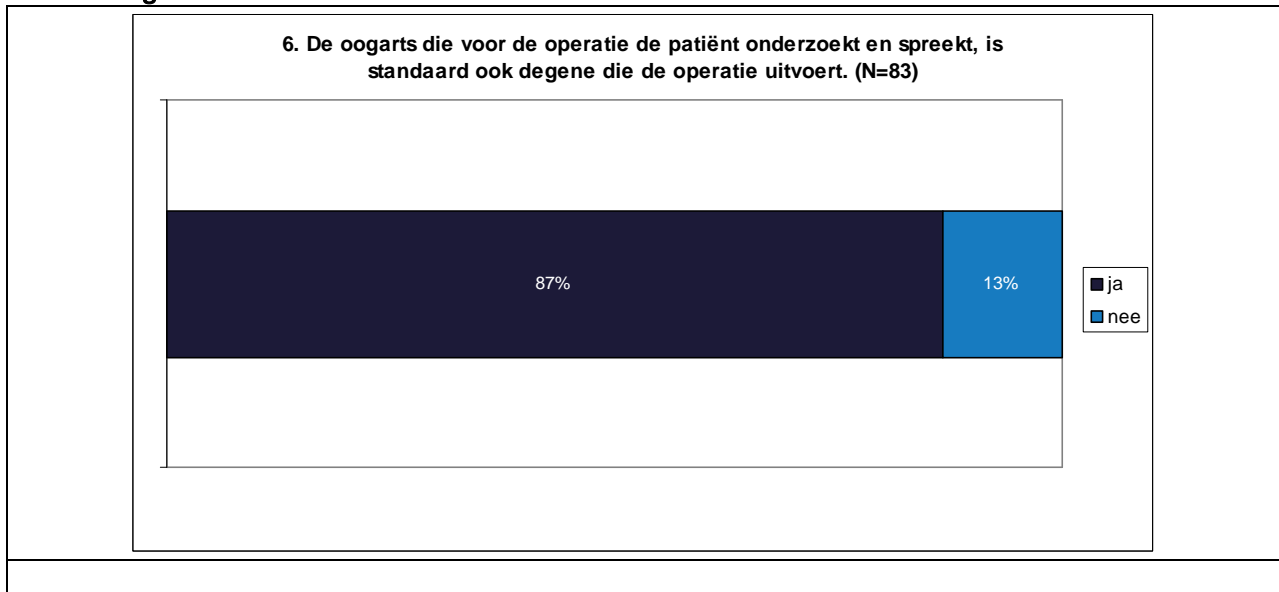
3.4 Vraag 4



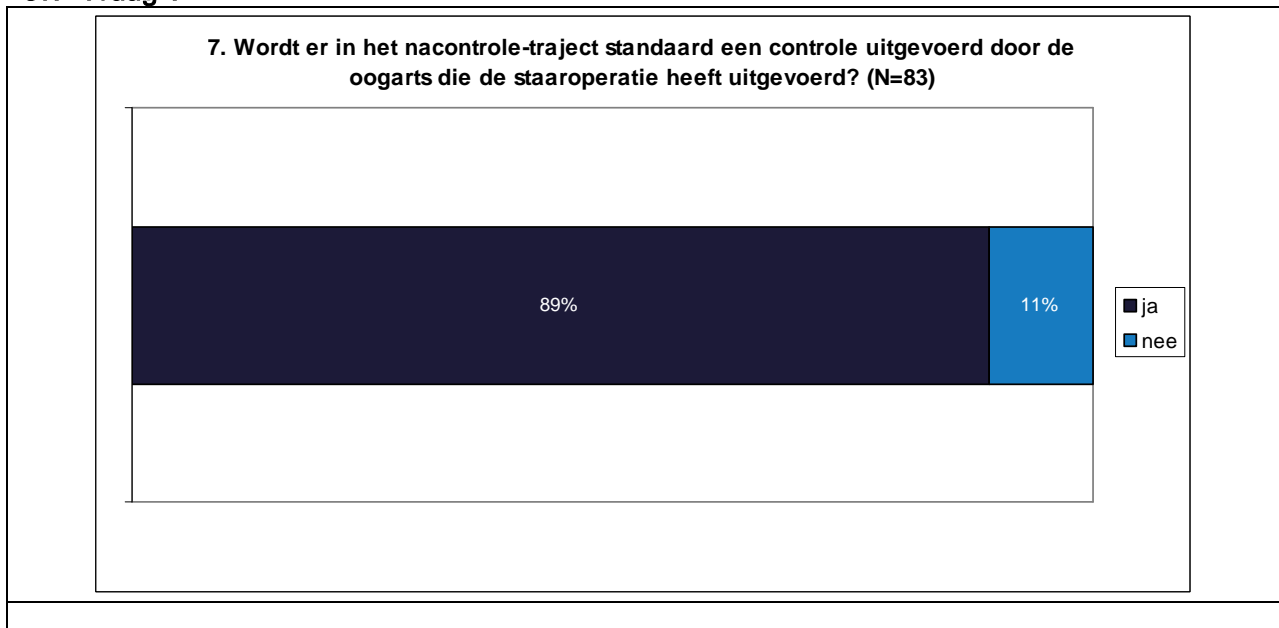
3.5 Vraag 5



3.6 Vraag 6



3.7 Vraag 7



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 25 datapunten door de ziekenhuizen (15 locaties) aangepast.

Uit Figuur C1 (zie Bijlage C) blijkt dat met name voor de indicatoren 2 en 3b (complicatie achterkapselruptuur, postoperatieve controle respectievelijk) de meeste vragen zijn gesteld. Gaan voor indicator 3b de vragen voornamelijk over de aanwezigheid van statistische uitbijters, voor indicator 2 geldt juist dat er relatief veel waarden zijn die op inhoudelijke gronden (op basis van door medisch specialisten opgestelde extremen) opvielen. Ook blijken er relatief veel vragen gesteld naar aanleiding van geplaatste opmerkingen. Met name de categorie "foutief gebruikte definitie" komt veel voor.

4.1.2 Aanlevering

In totaal hebben (voor alle 10 de indicatorensets) 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 8. Aantal locaties per indicator

Zorginhoudelijke indicatoren						
Indicator 1	Indicator 2	Indicator 3a	Indicator 3b			
85-87	79	84	65			

Klantpreferentievragen						
Vraag 1	Vraag 2	Vraag 3	Vraag 4	Vraag 5	Vraag 6	Vraag 7
81-83	83	83	83	83	83	83

4.2. Signaalvlaggen: Beoordeling kwaliteit van de data

Algemeen

De kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren zijn beoordeeld op vier dimensies:

- validiteit;
- betrouwbaarheid van het registratieproces;
- statistisch betrouwbaar vergelijken 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 een oranje overall signaalvlag. Dat wil zeggen dat alle ziekenhuizen bezien, aan belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren slechts ten dele wordt voldaan. Echter, het aantal locaties met een groene signaalvlag is voor alle indicatoren hoog. Dit geldt in het bijzonder voor de noemer van indicator 3a en 3b en voor de teller van indicator 3a, waarbij het percentage ziekenhuizen met een groene signaalvlag 72-73% is. Daarmee halen deze teller en noemers 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 aan de gegevens voor deze teller en noemers voor 95-96% te baseren op een volledige telling (zie bijlage B). Echter niet alle 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 alle indicatoren een groene signaalvlag. Een zinnige vergelijking tussen de proporties per ziekenhuislocatie en de overall proportie is bij deze indicatoren mogelijk. 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) voldoende nauwkeurigheid te realiseren om te vergelijken. Echter, deze vlag zegt niets over de dimensie invloed versturende factoren (vergelijkbaarheid): er kunnen nog variabelen zijn die waargenomen verschillen tussen ziekenhuizen veroorzaken.

Helderheid indicatordefinitie

Veel ziekenhuizen geven aan dat de definities van de indicatoren in deze set duidelijk zijn (range 84%- 96%). Dat is positief, de ziekenhuizen kunnen goed uit de voeten met de definities van de indicatoren. Het is echter de vraag hoe informatief deze score is, omdat de ziekenhuizen deze verificatievraag voor alle indicatoren zeer positief hebben ingevuld en de spreiding zeer beperkt is. Dit geldt ook voor de teller van indicator 3a en 3b, terwijl uit de helpdeskvragen en opmerkingen van ziekenhuizen blijkt dat er problemen waren met de interpretatie. Mogelijk speelt sociaal wenselijke beantwoording van deze vraag een rol.

4.3. Conclusies

Er is veel informatie verkregen ten aanzien van de zorginhoudelijke indicatoren en klantpreferentievragen. Een groot deel van de in totaal 95 locaties (behorende tot 87 ziekenhuizen) die data hebben aangeleverd voor een of meerdere sets, levert data aan voor Cataract: 65-87 locaties. Voor de gebruikers kan dit dus in principe nuttige verbeter-, keuze- of inkoopinformatie opleveren. Deze rapportage geeft voor 4 zorginhoudelijke (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. Enkele indicatoren lijken sterk uiteenlopende waarden te laten zien, en ook op de klantpreferentievragen lijken verschillen tussen de locaties waar te nemen.

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 betrouwbaar vergelijken 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, het aantal locaties met een groene signaalvlag is voor alle indicatoren hoog. Dit geldt in het bijzonder voor de noemer van indicator 3a en 3b en voor de teller van indicator 3a, die door de vastgestelde grens net geen overall groene signaalvlag halen. De gegevens voor deze set zijn grotendeels gebaseerd op een volledige telling (zie bijlage B) en kunnen automatisch afgeleid worden uit digitale systemen (voornamelijk DBC-registratie en verrichtingenregistratie). De autorisatie van de data door een medisch specialist blijft echter nog achter. Voor indicator 3b dient opgemerkt te worden dat minder ziekenhuislocaties data aanleveren dan voor de andere indicatoren: 65 ten opzichte van 79 tot 87.

Om verschillen tussen de indicatorwaarde per ziekenhuislocatie betrouwbaar te kunnen detecteren is een goede statistische betrouwbaarheid van belang. Alle drie de indicatoren in deze set krijgen een groene signaalvlag voor de statistische betrouwbaarheid. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen de indicatorwaarde per ziekenhuislocatie en de overall indicatorwaarde op statistische gronden mogelijk is. Echter, dit zegt niets over de invloed versturende factoren (vergelijkbaarheid): er kunnen nog variabelen zijn die waargenomen verschillen tussen de ziekenhuizen veroorzaken.

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 met name voor indicator 3a en 3b. Ook kan er nog een verbetering verwacht worden van het registratieproces in de ziekenhuizen zelf. Met uitzondering van indicator 2 en de teller van indicator 3b geldt voor deze indicatorset 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.



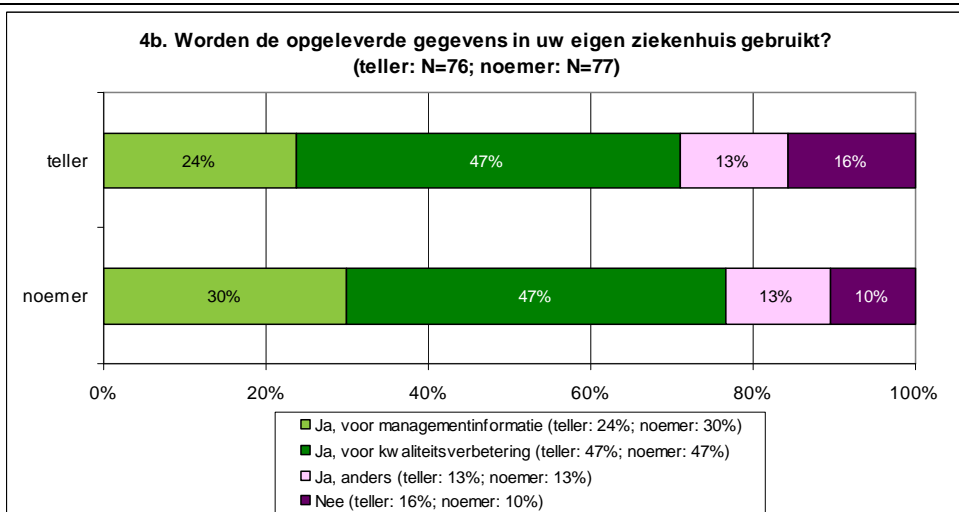
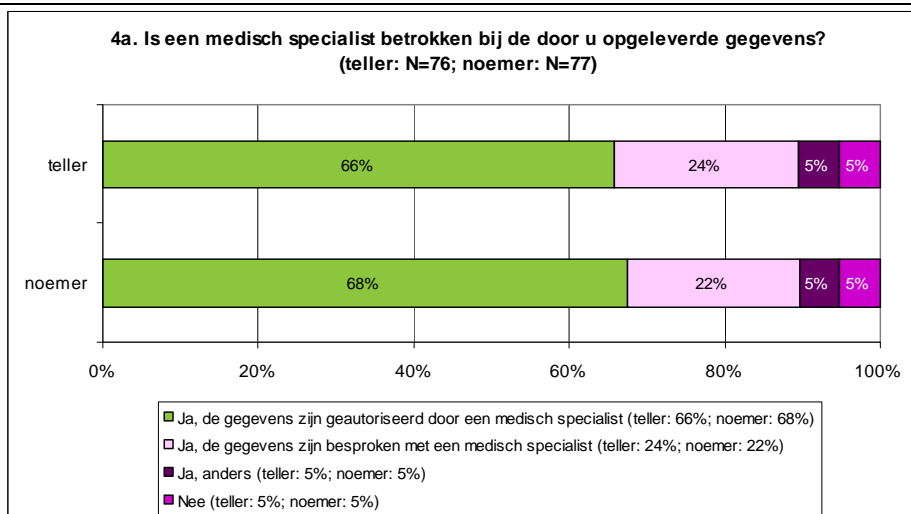
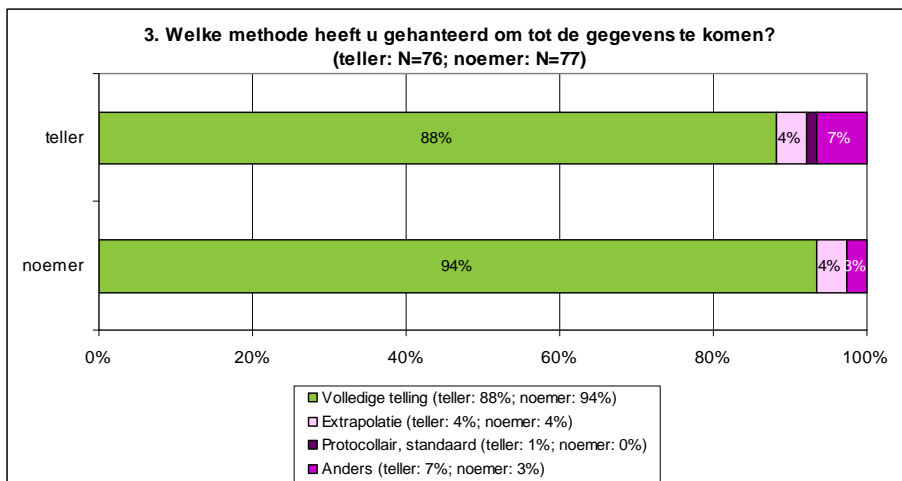
Toelichting kleuren signaalvlaggen voor de dimensies betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid

	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.	<p>Verificatievragen</p> <p>3. Methode gegevensverzameling. Gewenste antwoordcategorie: volledige telling.</p> <p>4a. Betrokkenheid medisch specialist. Gewenste antwoordcategorie: autorisatie door medisch specialist.</p> <p>4b. Gebruik van opgeleverde gegevens. Gewenste antwoordcategorie: managementinformatie en/ of kwaliteitsverbetering.</p>	De verschillende verificatievragen wegen respectievelijk 4/4/2 mee in de bepaling voor de kleur van de signaalvlag.	<p>Rood: bij 0, 2 of 4 punten</p>	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.	<p>Rood: bij 25% of meer ziekenhuizen rood</p>	Alle ziekenhuizen gezien, zijn er vraagtekens te zetten bij de inrichting van het registratieproces.
				<p>Oranje: bij 6 punten</p>	Aan de belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces wordt slechts deels voldaan.		<p>Oranje: alles wat niet rood en niet groen is</p>	Alle ziekenhuizen gezien, wordt aan de belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces slechts deels voldaan.
			<p>Groen: bij 8 en 10 punten</p>	Aan de belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces wordt (bijna) volledig voldaan.	<p>Groen: bij 75% of meer ziekenhuizen groen én minder dan 25% ziekenhuizen rood</p>		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.	<p>Rood: bij een totaal aantal waarnemingen van 200 of minder</p>	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.	<p>Rood: bij 25% of meer ziekenhuizen rood</p>	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.
				<p>Oranje: bij een totaal aantal waarnemingen tussen de 200 en 800</p>	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.		<p>Oranje: alles wat niet rood en niet groen is</p>	Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde vraagt een genuanceerd oordeel.
			<p>Groen: bij een totaal aantal waarnemingen van 800 of meer</p>	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.	<p>Groen: bij 75% of meer ziekenhuizen groen én minder dan 25% ziekenhuizen rood</p>		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		
			Weging	Kleur	Betekenis	Weging	Kleur	Betekenis
	<p>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.</p>	De gemiddelde proportie is 5-95%. 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.	<p>Rood: bij een totaal aantal waarnemingen van 30 of minder</p> <p>Oranje: bij een totaal aantal waarnemingen tussen de 30 en 200</p> <p>Groen: bij een totaal aantal waarnemingen van 200 of meer</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Op basis van de verdeling over ziekenhuizen wordt de kleur van de totaal signaalvlag bepaald.</p>	<p>Rood: bij 25% of meer ziekenhuizen rood</p> <p>Oranje: alles wat niet rood en niet groen is</p> <p>Groen: bij 75% of meer ziekenhuizen groen én minder dan 25% ziekenhuizen rood</p>	<p>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.</p> <p>Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde vraagt een genuanceerd oordeel.</p> <p>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.</p>
<p>Validiteit: zegt iets over in hoeverre wat je meet (geoperationaliseerde grootte) is wat je wilt meten (het abstracte concept).</p>	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'.			
<p>Populatie vergelijkbaarheid: zegt iets over eventuele factoren die van invloed zijn op de waarde van de indicator en kunnen verschillen tussen ziekenhuizen (bijvoorbeeld patiëntkenmerken).</p>	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 2

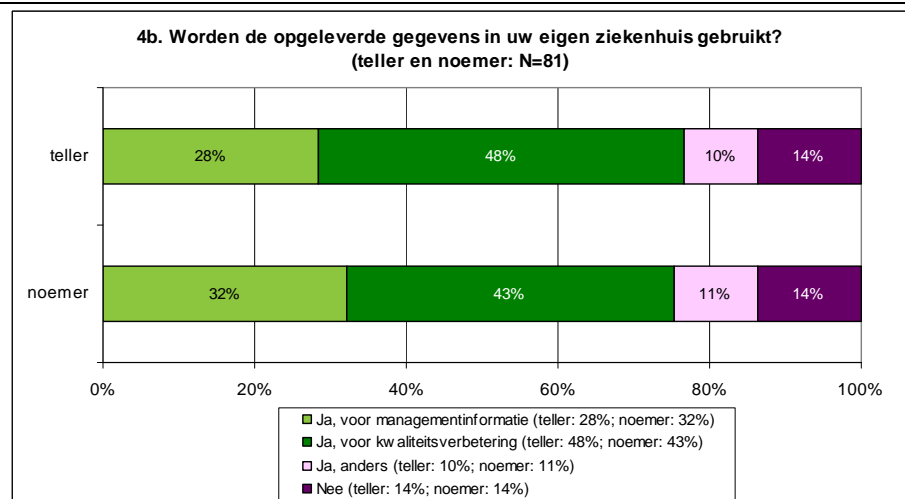
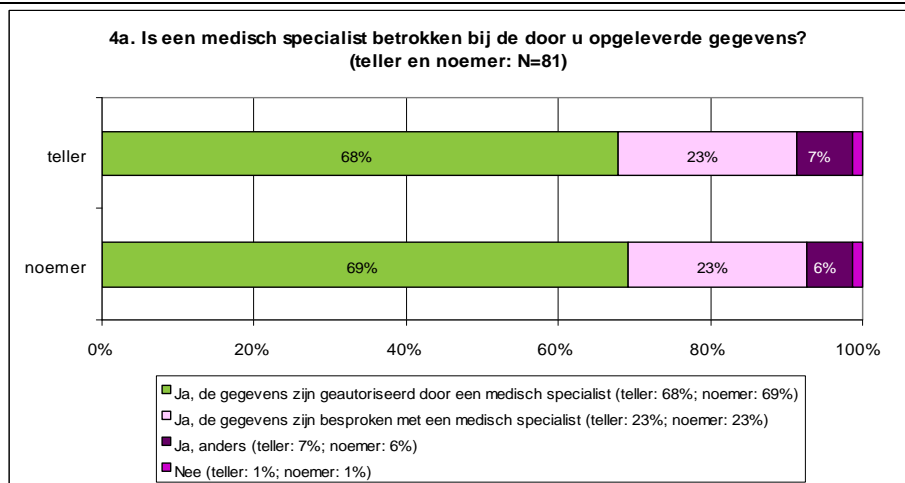
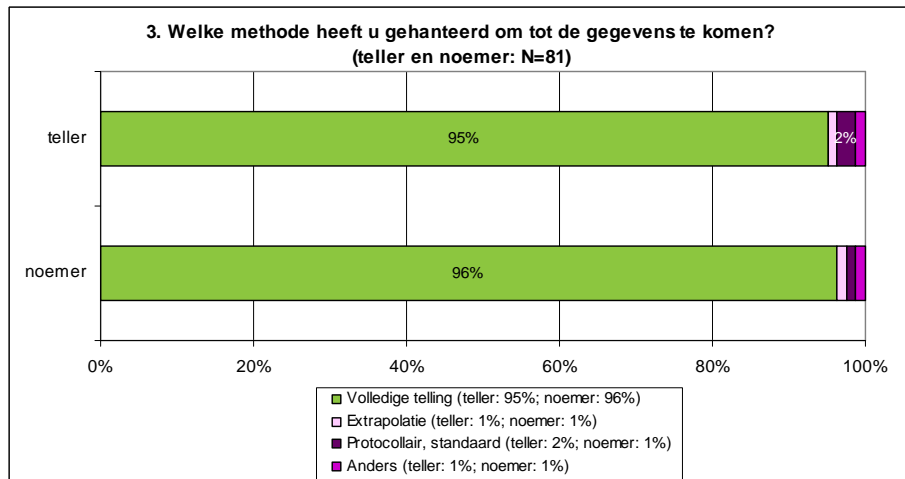


Opmerkingen:

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.

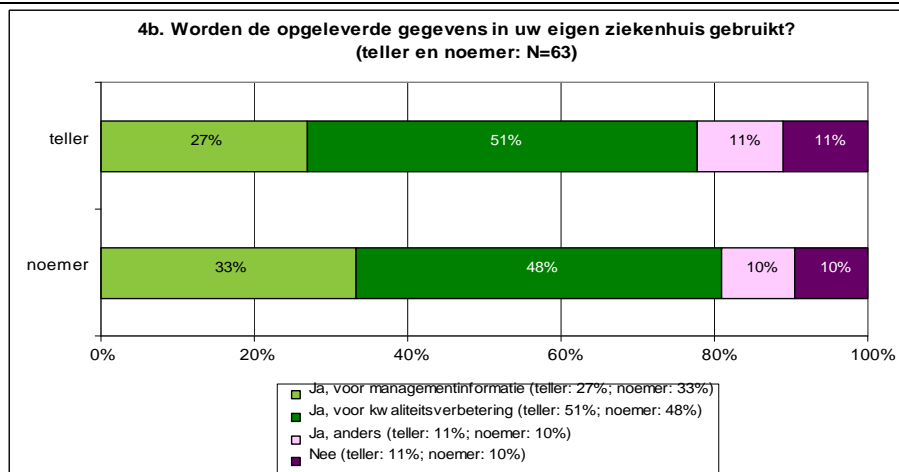
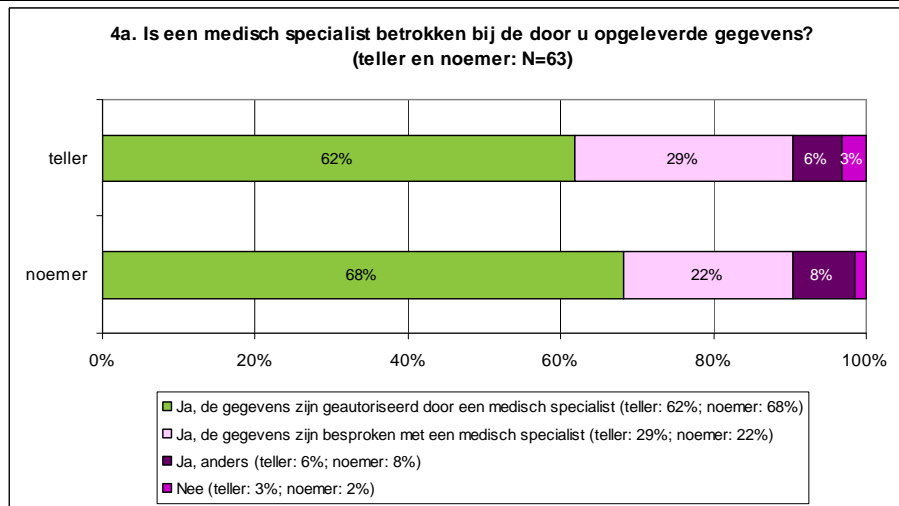
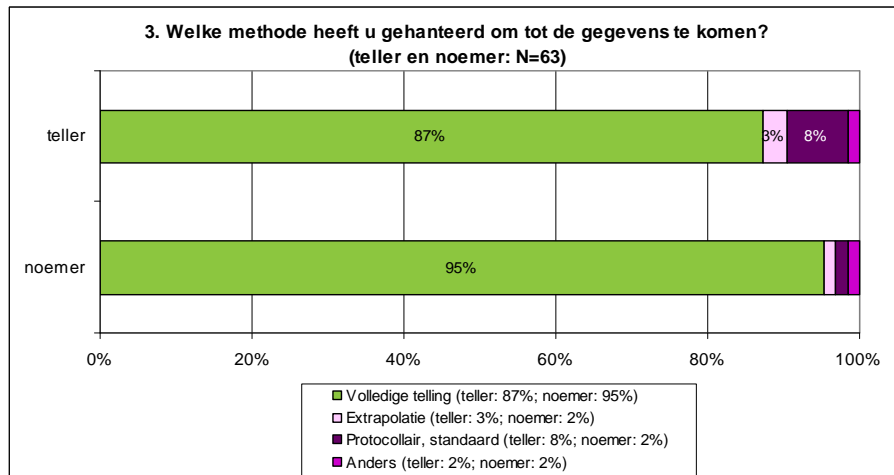
Indicator 3A



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) De noemer van de indicatoren 3a en 3b zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd verschilt.

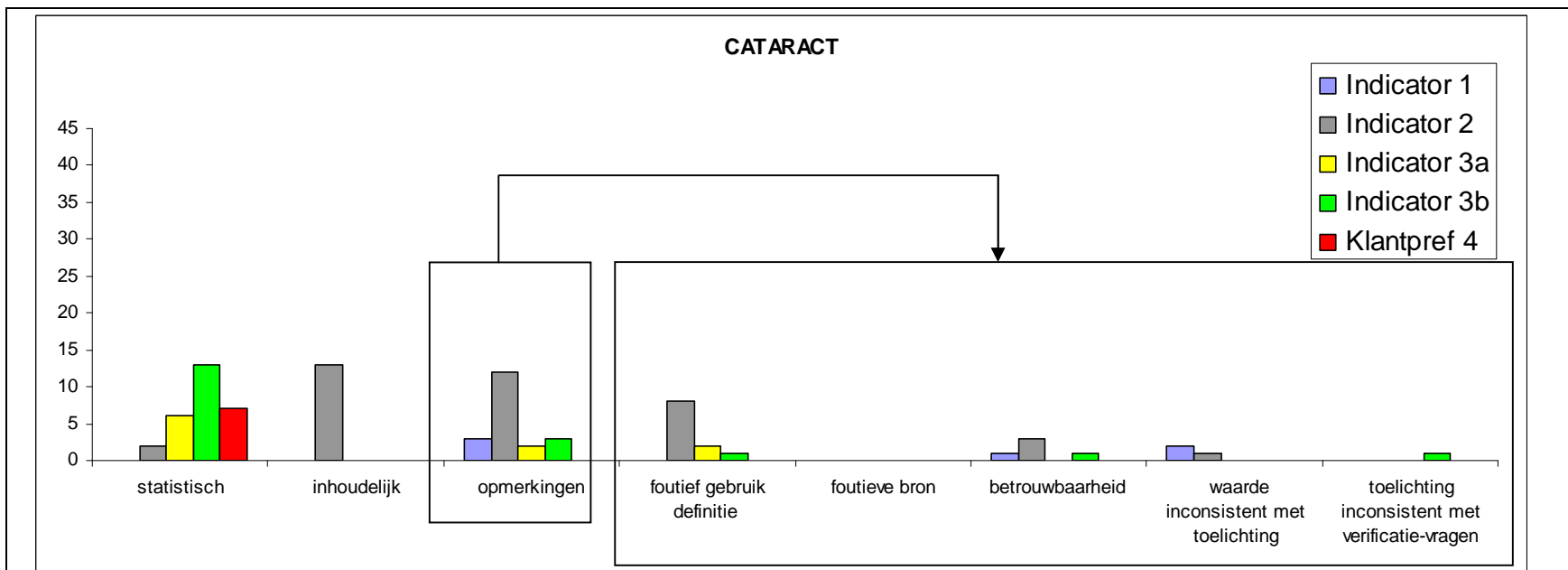
Indicator 3B



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) De noemer van de indicatoren 3a en 3b zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd verschilt.

Bijlage C Achtergrondinformatie Evaluatie



Figuur C1: Schoningsoverzicht

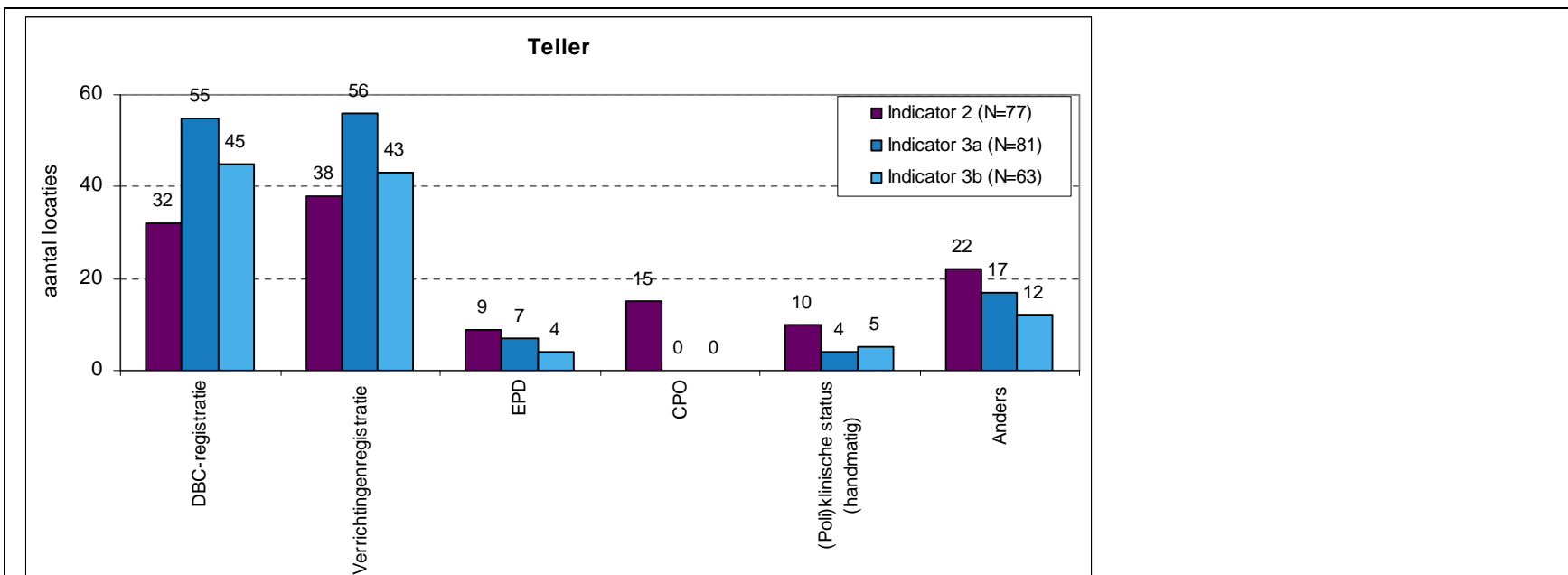
Opmerkingen:

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.

'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.

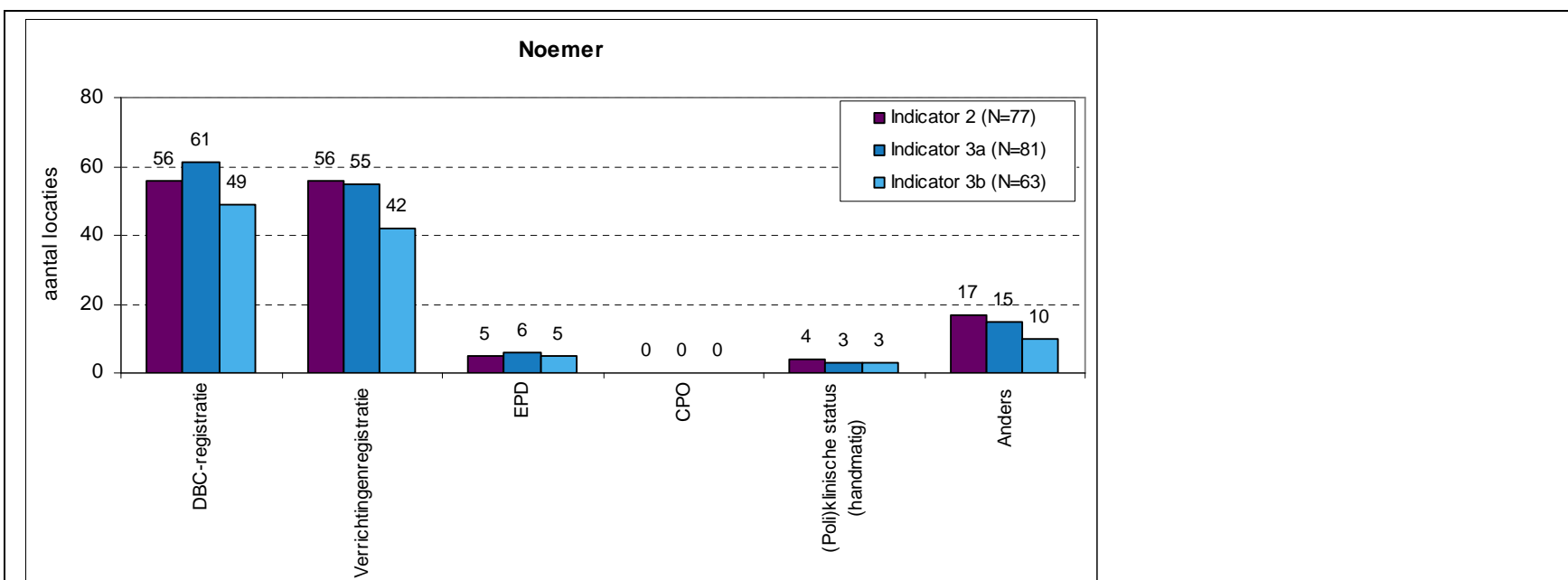
Opmerkingscategorieën van links naar rechts: 1: definitie komt niet overeen; 2: gegevensbron levert niet juiste data; 3: twijfel aan betrouwbaarheid gegevens; 4: gegevens komen niet overeen met toelichting; 5: toelichting komt niet overeen met verificatie-vragen.



Figuur C2a: 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.



Figuur C2a: 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.
- De noemer van de indicatoren 3a en 3b zijn voor de locaties het zelfde. Alleen het aantal locaties dat de teller én de noemer heeft aangeleverd verschilt.