



## **Lumbosacraal Radiculair Syndroom**

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 Radiculaire Syndroom;
- Mammacarcinoom;
- Varices;
- Ziekten van Adenoïd en Tonsillen.

Deze deelrapportage betreft deelresultaten van Lumbosacraal Radiculaire Syndroom.

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	21
4 Evaluatie	22
Bijlage A	
Bijlage B	
Bijlage C	



# 1 Inleiding

In de inleiding komen de volgende onderwerpen aan de orde:

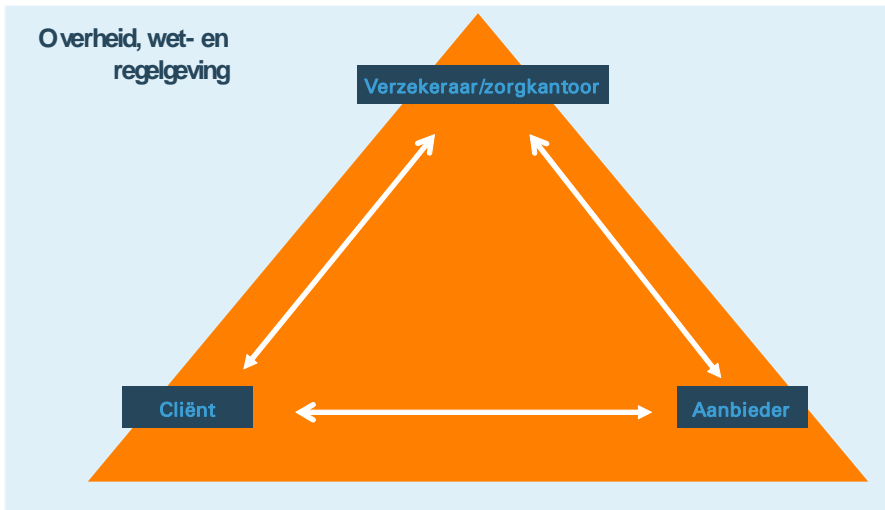
- Achtergrond Zichtbare Zorg Ziekenhuizen;
- Kwantitatieve analyse 2008: het proces;
- Vingerwijzingen voor het gebruik van indicatoren.

## 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](http://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 zij 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 <math>\geq</math> 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

*Operationalisatie:* Aantal dagen tussen operatie-indicatie door operateur en operatie. Van alle patiënten in deze groep zijn gemiddelde, mediaan en spreiding nodig van de wachttijd tot OK om een oordeel te kunnen geven over consistentie van gemeten waarden.

#### 2.1.1 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 85% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie van het gemiddelde duidelijk is. Voor de mediaan blijkt dit voor 90% te gelden en voor de range voor 83%.

##### 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	
		Gemiddelde	Mediaan	Range	Statistisch betrouwbaar vergelijken	Populatie Vergelijkbaarheid***
	groen	oranje	oranje	oranje	Nvt**	groen
Rood*		12%	13%	9%		
Oranje*		33%	27%	30%		
Groen*		55%	60%	61%		

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

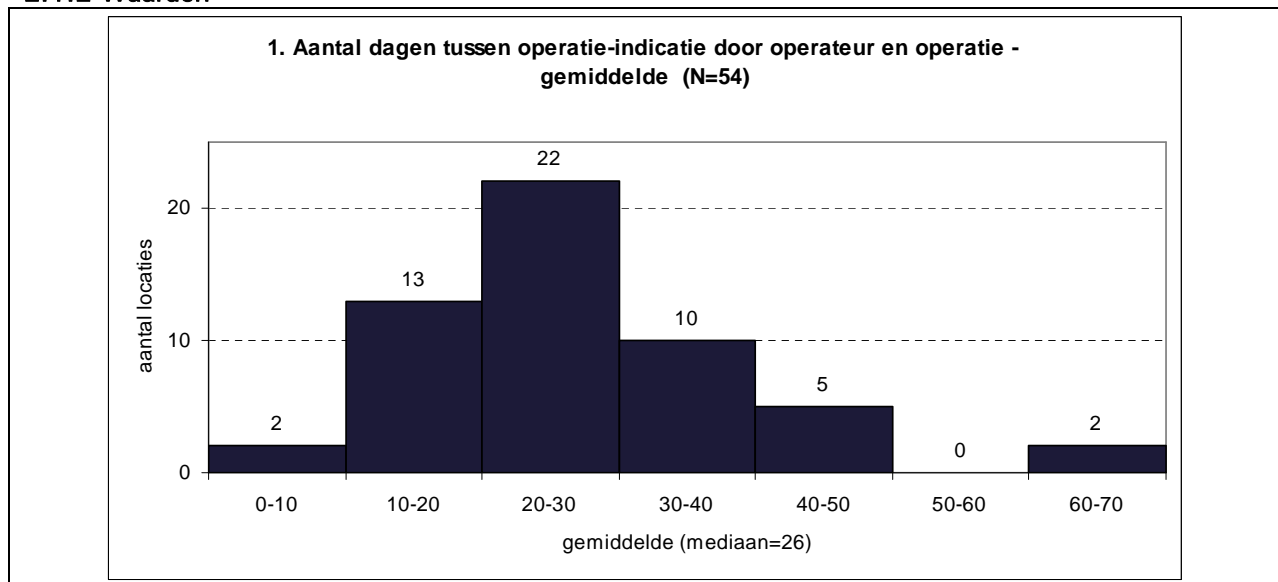
Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

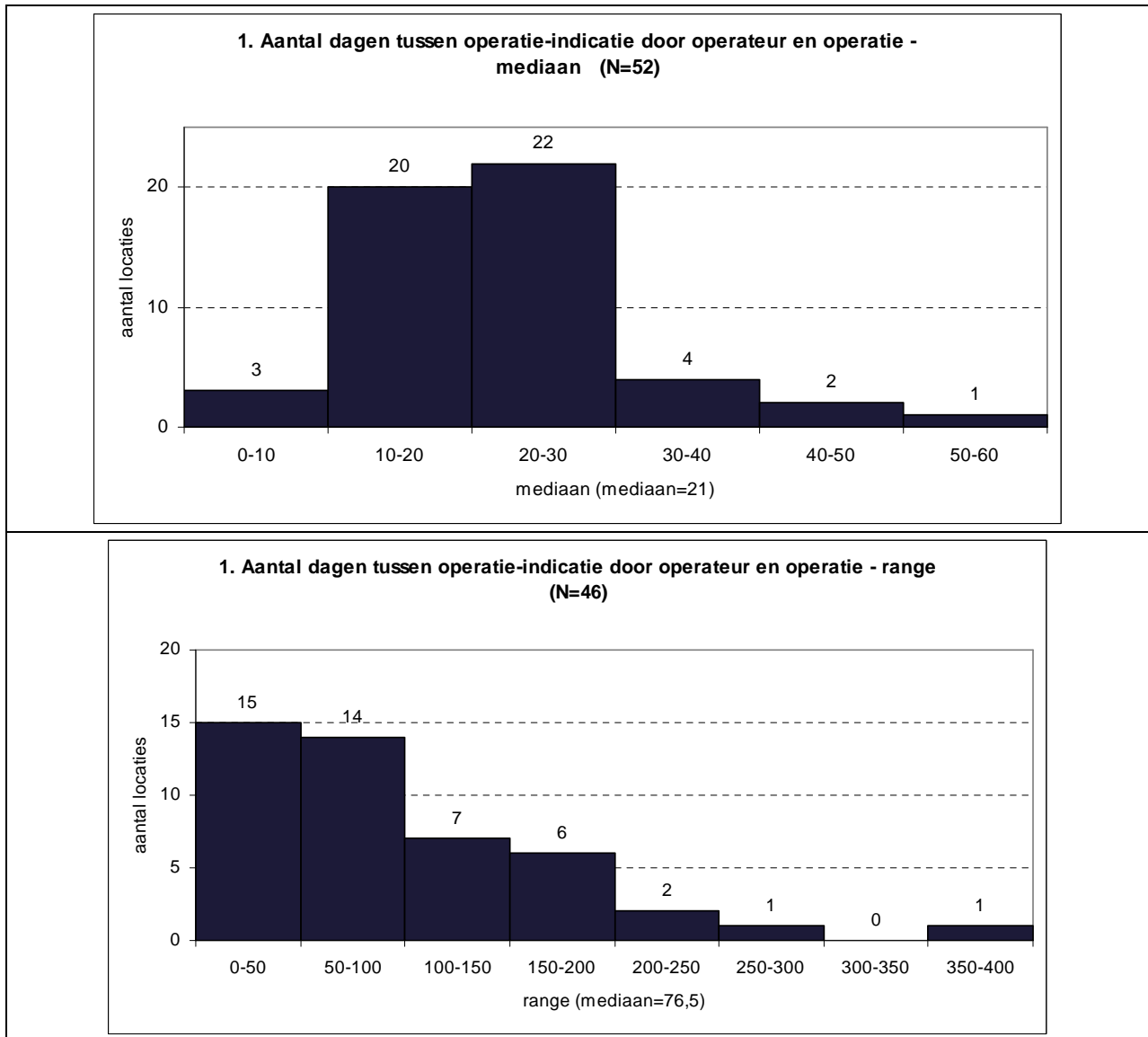
\* Percentage ziekenhuizen met een rode/oranje/groene signaalvlag.

\*\* Statistische betrouwbaarheid wordt mede bepaald op de proportie en is voor een getal-indicator niet bepaald.

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

### 2.1.2 Waarden





### Bevindingen naar aanleiding van de data

Uit bovenstaande figuur blijkt dat een groot deel van de locaties (22) een gemiddeld aantal dagen van 20 tot 30 heeft wat er tussen de indicatie-stelling en de operatie zit. De figuur laat een spreiding zien. Een redelijk aantal locaties heeft een gemiddelde tussen de 0 en 20 dagen (15 locaties) of tussen de 30 en 50 dagen (15 locaties). Ook zijn er 2 locaties met een gemiddelde tussen de 60 en 70. De mediaan (de middelste waarneming in een gegevensverzameling; hier het aantal dagen tussen indicatie en operatie) laat een minder grote spreiding zien. Bij 42 locaties ligt de mediaan tussen de 10 en 30. Dit is lager dan het gemiddelde wat betekent dat de verdeling rechtsscheef is. De range laat zien dat het verschil tussen het minimum en maximum aantal dagen groot kan zijn.

Veel ziekenhuizen geven aan de gegevens op een volledige telling te baseren (zie bijlage B): 88-92%. De gegevens worden echter maar bij 53-62% van de locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B).

### **Praktische toepasbaarheid van de indicator**

Algemeen geldt dat de populatiebeschrijving in de gids nog verbeteren kan. De variabele 'moment van besluit tot ingreep' is niet zo uit de registratiesystemen te halen. Het is de vraag of alle ziekenhuizen daar dezelfde keuzes hebben gemaakt voor het vaststellen van dit moment. Voor de volgende meting wordt voorgesteld om als proxy te nemen: laatste poli bezoek voor ingreep LRS. Hoewel het merendeel van de ziekenhuizen aangeeft de definitie van de indicator duidelijk te vinden, kunnen zij mogelijk als gevolg van de beschreven onduidelijkheden verschillende strategieën gehanteerd voor het bepalen van indicatorwaarden. Dit kan effect hebben op de betrouwbaarheid van de data.

### **Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep**

De werkgroep vindt de scores een opvallend rooskleurig beeld geven. Het is alom bekend dat er meerdere ziekenhuizen zijn met 90 dagen wachttijd, soms ook omdat patiënten hier zelf voor kiezen. Maar de data geven wel een aanleiding voor een gesprek over hoe het in het ziekenhuis geregeld is en verschaffen in die zin patiënteninformatie.

## **2.2. Indicator 2**

*Operationalisatie:* Percentage heroperaties op lumbaal niveau binnen 30 dagen na een herniaoperatie in meetperiode.

#### *Teller:*

- Na te gaan door zorginstellingen: Aantal lumbale heroperaties < 30 dagen na een herniaoperatie in dezelfde kliniek in meetperiode. Aantal peroperatieve vitrectomieën tijdens cataractoperatie gedurende registratieperiode.
- Na te gaan door zorgverzekeraars: Aantal lumbale heroperaties < 30 dagen na een herniaoperatie in een andere instelling dan primaire behandelcentrum in meetperiode.

*Noemer:* Totaal aantal primaire hernia-operaties in meetperiode.

### **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 83% en 88% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie duidelijk is voor respectievelijk de teller en de noemer.

## 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 betrouwbaar vergelijken	Populatie Vergelijkbaarheid**
	groen	oranje	oranje	rood	groen
Rood*		17%	14%	82%	
Oranje*		22%	25%	18%	
Groen*		61%	61%	0%	

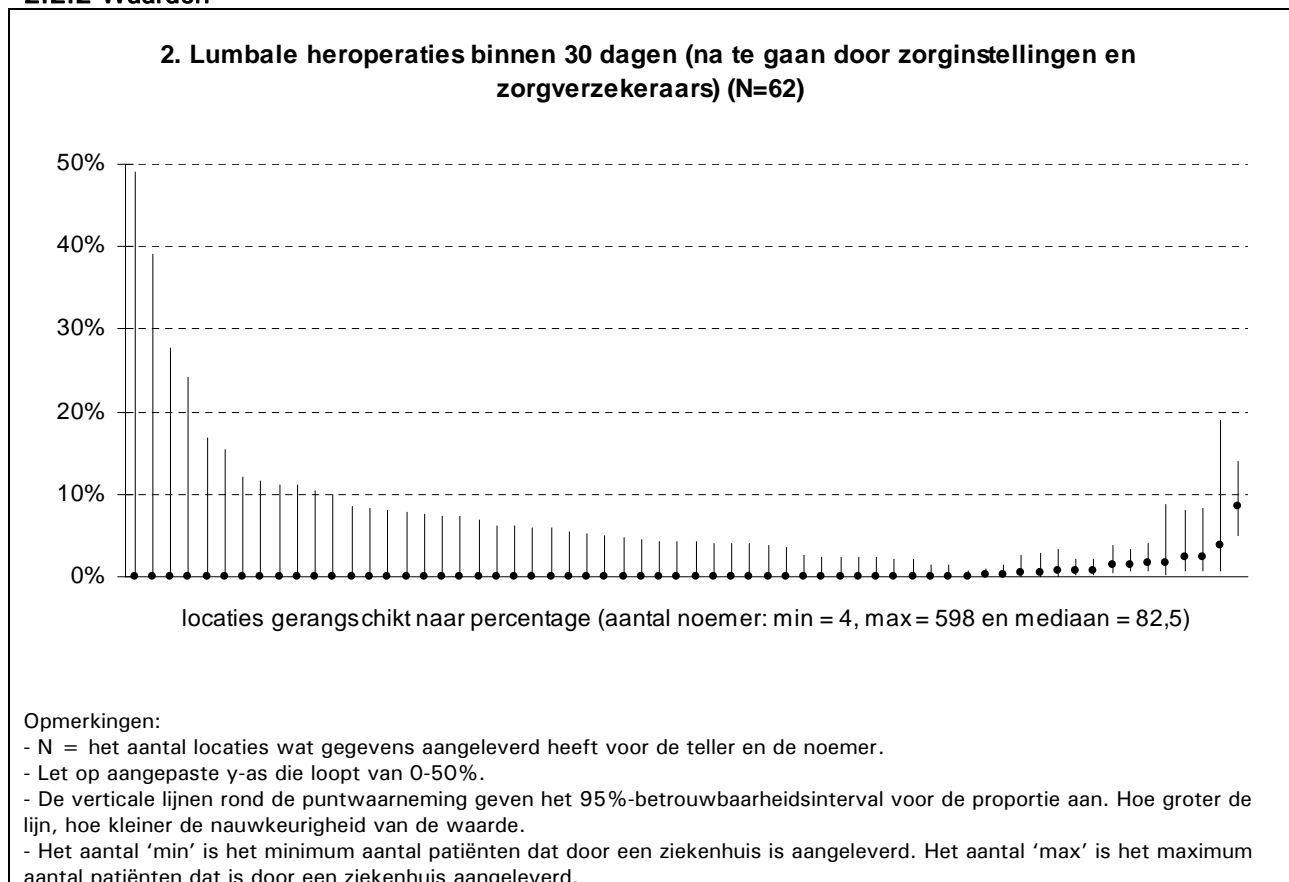
Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

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 9% scoren. Het valt op dat deze indicator weinig discrimineert tussen de ziekenhuislocaties: de proporties liggen zeer dicht bij elkaar. Het totaal aantal primaire hernia-operaties is 7.737 (som van die noemers waarvoor ook een teller is aangeleverd). In totaal is er 42 keer een lumbale heroperatie binnen 30 dagen voorgekomen (som van alle tellers). Het overall percentage = 0.54%.

Veel ziekenhuizen geven aan de gegevens op een volledige telling te baseren (zie bijlage B): 97% voor de teller en 100% voor de noemer. De gegevens worden echter niet bij alle locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie Bijlage B). Wel geeft een groot deel aan de gegevens met de specialist te bespreken. Het percentage locaties wat een groene vlag krijgt voor de betrouwbaarheid van het registratieproces is 61% voor de teller en 61% 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 (geldt niet voor de teller) en de verrichtingenregistratie en ook in mindere mate het EPD.

De nauwkeurigheid van de individuele datapunten is beperkt (redelijk grote betrouwbaarheidsintervallen; let op gewijzigde y-as). De statistische betrouwbaarheid van deze indicator heeft een rode signaalgang. Dit betekent dat er niet aan de hoge statistische eisen wordt voldaan om ziekenhuizen met elkaar te vergelijken bij een kleine waargenomen gemiddelde proportie (minder dan 5%). Hiervoor moeten de noemers namelijk uit ten minste 800 patiënten bestaan. Dit geldt voor geen enkele locatie. 82% van de locaties krijgt de rode vlag (noemer < 200). Het is dus niet mogelijk om bij een groot aantal locaties met nagenoeg dezelfde score, afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen ziekenhuizen) van ongeveer 1,5 betrouwbaar te detecteren.

#### **Praktische toepasbaarheid van de indicator**

Algemeen geldt dat de populatiebeschrijving in de gids kan nog verbeteren. Er zijn geen data door de verzekeraars aangeleverd. Het is de aanbeveling om de indicator volgend jaar te beperken tot heroperaties in hetzelfde ziekenhuis. Er bleek wat verwarring te zijn over het verschil tussen een heroperatie en een recidief operatie. Een heroperatie betreft een operatie ten gevolge van complicaties of een ongewenst resultaat. Daarnaast was de tijd die tussen operatie en heroperatie mag zitten niet gedefinieerd. Hoewel het merendeel van de ziekenhuizen aangeeft de definitie van de indicator duidelijk te vinden, kunnen ziekenhuizen mogelijk als gevolg van de beschreven onduidelijkheden verschillende strategieën gehanteerd voor het bepalen van indicatorwaarden. Dit kan effect hebben op de betrouwbaarheid van de data.

#### **Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep**

De werkgroep geeft aan dat dit een lastig te meten indicator is en de scores laag zijn. De scores zijn hoogstwaarschijnlijk een onderschatting van de werkelijkheid. Het probleem is dat heroperaties vaak in een ander ziekenhuis worden uitgevoerd. Deze gegevens zijn niet te achterhalen vanwege regels rondom de privacy van de patiënt. Daarnaast leiden niet alle complicaties tot heroperaties. In die zin is het aantal heroperaties een onderschatting van het aantal complicaties wat ontstaat.

### **2.3. Indicator 3**

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

*3A Operationalisatie:* Ziektespecifieke functionaliteit. Worden de ziektespecifieke functionaliteit (RDQS score) voor de drie meetmomenten gemeten?

*3B Operationalisatie:* Ziektespecifieke functionaliteit. Wordt de duur van de klachten (tijdens eerste consult in de tweede lijn) gemeten?

### **2.4. Indicator 4**

*4A Operationalisatie:* Pijnintensiteit: Wordt de VAS beenpijn voor de drie meetmomenten gemeten?

*4B Operationalisatie:* Pijnintensiteit: Wordt de VAS rugpijn voor de drie meetmomenten gemeten?

## 2.4.1 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 6. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator				
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces	Vergelijkbaarheid	
Indicator			Statistisch betrouwbaar vergelijken	Populatie Vergelijkbaarheid* * *
4A	groen	n.v.t.*	n.v.t.**	groen
4B	groen	n.v.t.*	n.v.t.**	groen

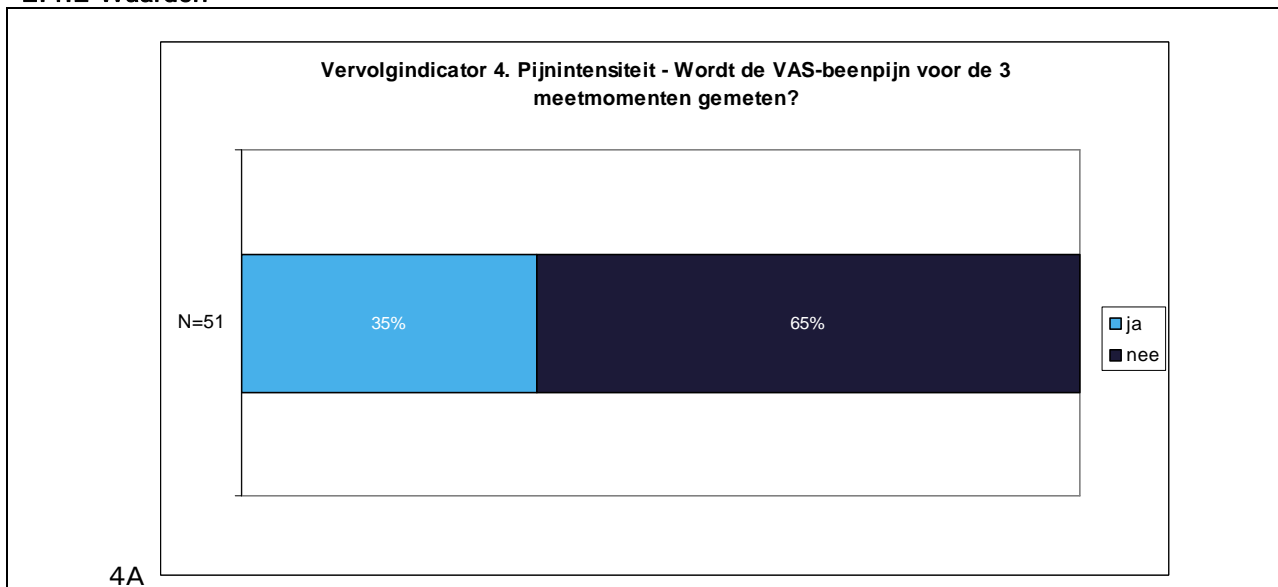
Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

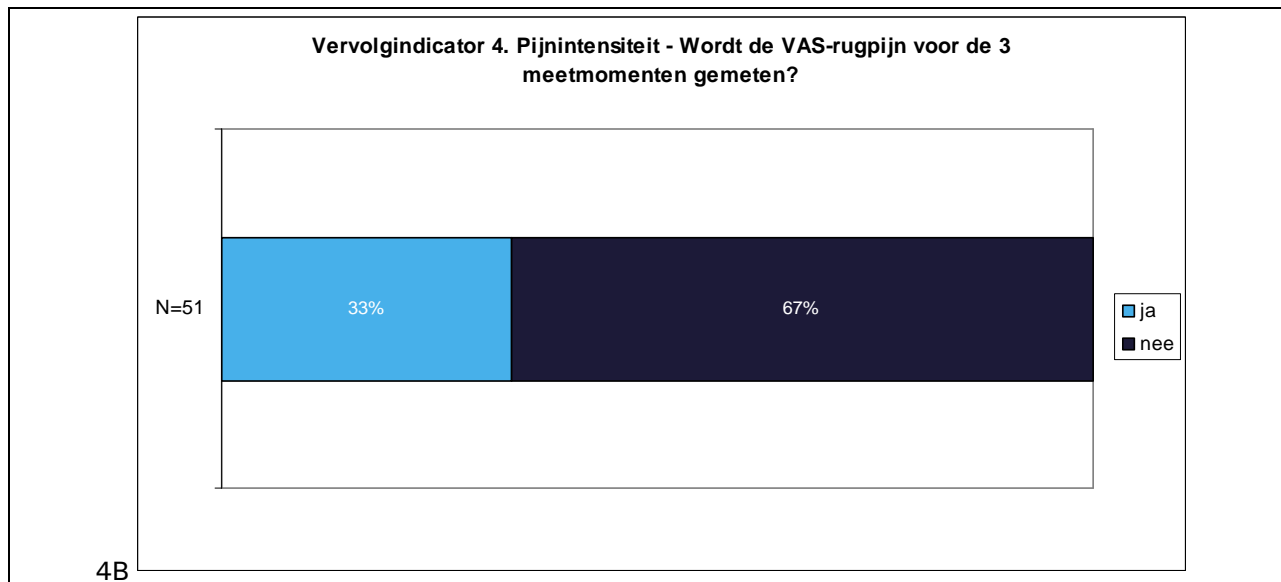
\* Bij structuurindicatoren zijn geen verificatievragen gesteld en kan geen beoordeling voor de betrouwbaarheid van het registratieproces worden bepaald.

\*\* 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.

## 2.4.2 Waarden





#### **Bevindingen naar aanleiding van de data**

Uit bovenstaande figuur 4A blijkt dat ongeveer een derde (35%) van de ziekenhuislocaties aangeeft dat de VAS-beenpijn voor 3 momenten wordt gemeten. Uit 4B blijkt dat ongeveer eenderde (33%) van de ziekenhuislocaties aangeeft dat de VAS-rugpijn voor 3 momenten wordt gemeten.

#### **Praktische toepasbaarheid van de indicator**

Er zijn geen opmerkingen ten aanzien van deze indicator.

#### **Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep**

De werkgroep heeft de haalbaarheid van de indicator zoals deze nu is geformuleerd nogmaals beoordeeld. Het blijkt dat het gebruik van de verschillende meetmomenten voor de VAS beenpijn en rugpijn in de praktijk niet haalbaar is. Niet alle patiënten worden tot 6 maanden na intake gevolgd. Als minimale eis wordt het aantal van 2 meetmomenten gesteld (2 van het been én 2 van de rug). Deze metingen vinden dan plaats tijdens het 1<sup>ste</sup> polikliniekbezoek en het laatste. Er wordt wel aangeraden ook tijdens de tussenliggende polikliniekbezoeken te meten. Er is in de literatuur weinig bekend over wat de VAS zegt over kwaliteit van diagnostiek en behandeling bij deze ziekte.

### **3. Klantpreferentievragen**

Er zijn geen klantpreferentievragen geformuleerd bij de aandoening Lumbosacraalsacraal radiculair syndroom.

## 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 64 datapunten door de ziekenhuizen (14 locaties) aangepast.

Uit Figuur C1 (zie Bijlage C) blijkt dat met name voor de indicatoren 1 (gemiddelde van het aantal dagen tussen operatie-indicatie en OK) en 2 (lumbale heroperaties binnen 30 dagen) de meeste vragen zijn gesteld. Gaan voor indicator 2 de vragen voornamelijk over de aanwezigheid van statistische uitbijters, voor indicator 1 geldt juist dat er relatief veel waarden zijn die opvielen na het lezen van de door de ziekenhuizen gemaakte opmerkingen. Ook over indicator 2 zijn dit soort vragen gesteld. Hierbij was er vooral sprake van dat een ingevulde waarde inconsistent was met de gegeven toelichting. Bij indicator 1 ging het vooral om foutief gebruikte definities.

#### 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 7. Aantal locaties per indicator

Zorginhoudelijke indicatoren					
Indicator 1	Indicator 2	Indicator 3a	Indicator 3b	Indicator 4a	Indicator 4b
46-54	62	55	54	51	51

### 4.2. Signaalflaggen: 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 verzamelde gegevens een oranje overall signaalvlag. Dat wil zeggen dat alle ziekenhuizen bezien, aan belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren slechts ten dele wordt voldaan. Echter, er is een redelijk aantal locaties met een groene signaalvlag (55-61%). 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 indicatoren voor 88%-100% te baseren op een volledige telling (zie bijlage B). Echter, slechts 54-58% 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 indicator 2 een rode signaalvlag. Een zinnige vergelijking tussen de ziekenhuizen is niet mogelijk. De reden hiervoor is het beperkt aantal waarnemingen in de noemer. Geen enkele locatie voldoet aan de strenge eis van minimaal 800 waarnemingen om ziekenhuizen statistisch betrouwbaar met elkaar te vergelijken. Om bij een gemiddelde proportie van 0-5% voldoende nauwkeurigheid te realiseren om ziekenhuizen met elkaar te vergelijken, worden er eisen gesteld aan het aantal patiënten in de noemer (> 800 waarnemingen). 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.

### **Helderheid indicatordefinitie**

Veel ziekenhuizen geven aan dat de definities van de indicatoren in deze set duidelijk zijn (range 83%- 90%). 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 over alle sets zeer positief hebben ingevuld en de spreiding zeer beperkt is. 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 redelijk deel van de in totaal 95 locaties (behorende tot 87 ziekenhuizen) die data hebben aangeleverd voor een of meerdere sets levert data aan voor de aandoening LRS: 46-62 locaties. Voor de gebruikers kan dit dus in principe nuttige verbeter-, keuze- of inkoopinformatie opleveren. Deze rapportage geeft voor 4 (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 3 (ziektespecifieke functionaliteit) is de validiteit en de vergelijkbaarheid onvoldoende en deze wordt niet opgenomen in de openbare database van Zichtbare Zorg.

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. De gegevens voor de gehele 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.

Om verschillen tussen de ziekenhuizen betrouwbaar te kunnen detecteren is een goede statistische betrouwbaarheid van belang. De enige indicator waarbij de statische betrouwbaarheid relevant is, krijgt hiervoor een rode signaalvlag. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen die ziekenhuizen op statistische gronden niet mogelijk is.

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 1 en 2. Ook kan er nog een verbetering verwacht worden van het registratieproces in een aantal ziekenhuizen. Met name het laten autoriseren van de gegevens door een medisch specialist wordt nog niet door alle locaties gedaan.

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.



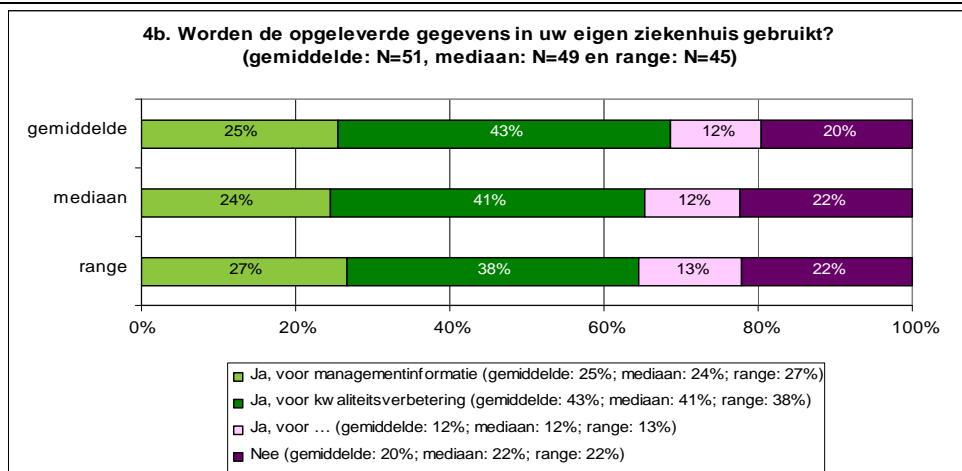
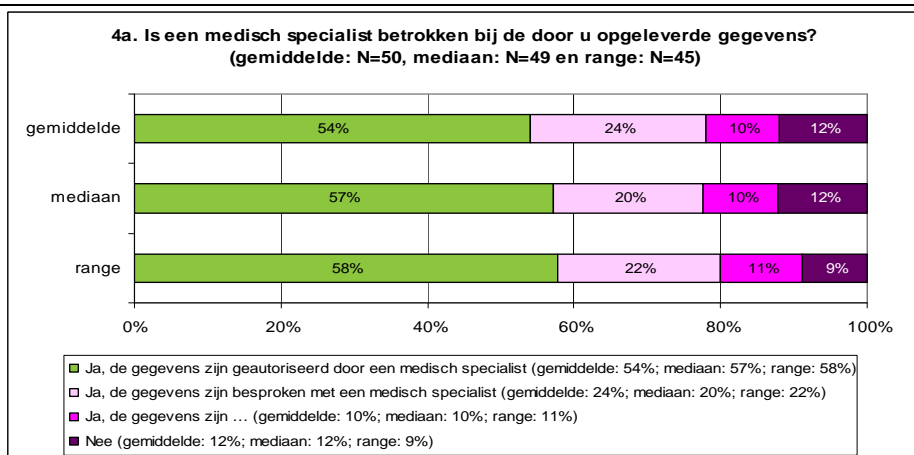
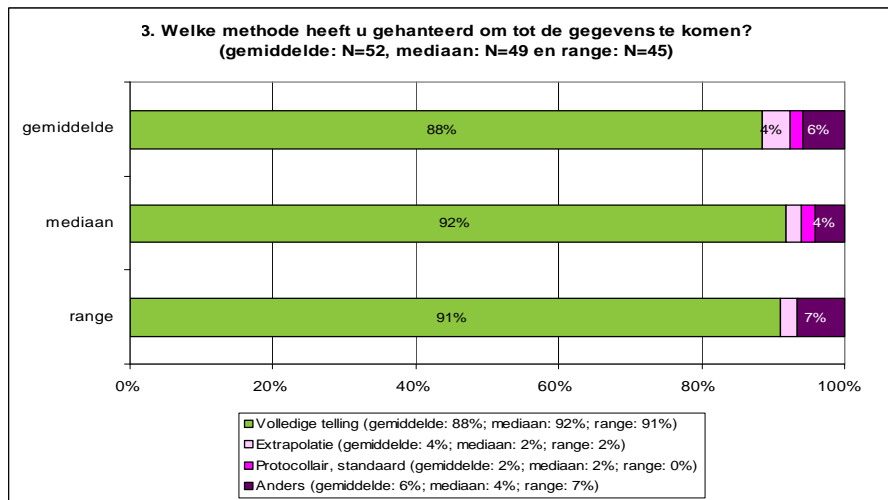
Toelichting kleuren signaalvlaggen voor de dimensies betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid

	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	<b>Betrouwbaarheid van het registratieproces:</b> zegt iets over de inrichting van het registratieproces bij het ziekenhuis/de ziekenhuizen.	<p><b>Verificatievragen</b></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><b>Rood:</b> 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><b>Rood:</b> bij 25% of meer ziekenhuizen rood</p>	Alle ziekenhuizen gezien, zijn er vraagtekens te zetten bij de inrichting van het registratieproces.
				<p><b>Oranje:</b> bij 6 punten</p>	Aan de belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces wordt slechts deels voldaan.		<p><b>Oranje:</b> 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><b>Groen:</b> bij 8 en 10 punten</p>	Aan de belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces wordt (bijna) volledig voldaan.	<p><b>Groen:</b> 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	<b>Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid:</b> 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 <b>gemiddelde proportie</b> 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><b>Rood:</b> 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><b>Rood:</b> 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><b>Oranje:</b> 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><b>Oranje:</b> alles wat niet rood en niet groen is</p>	Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde vraagt een genuanceerd oordeel.
			<p><b>Groen:</b> 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><b>Groen:</b> 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		
	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

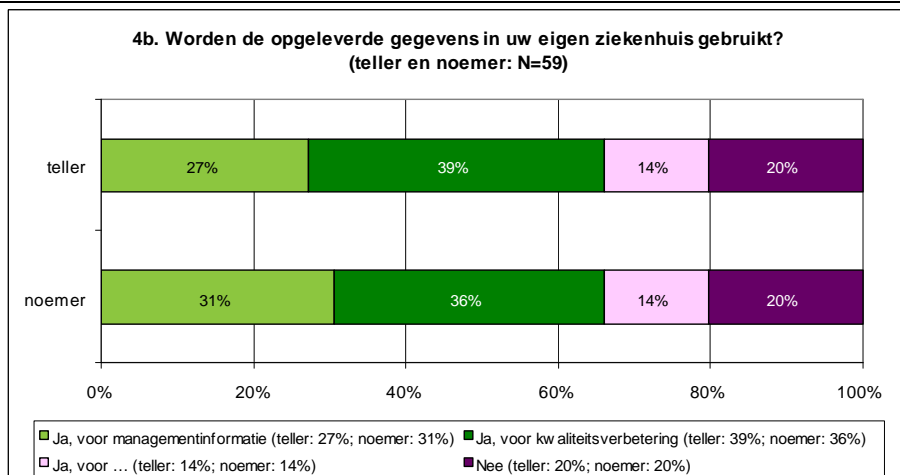
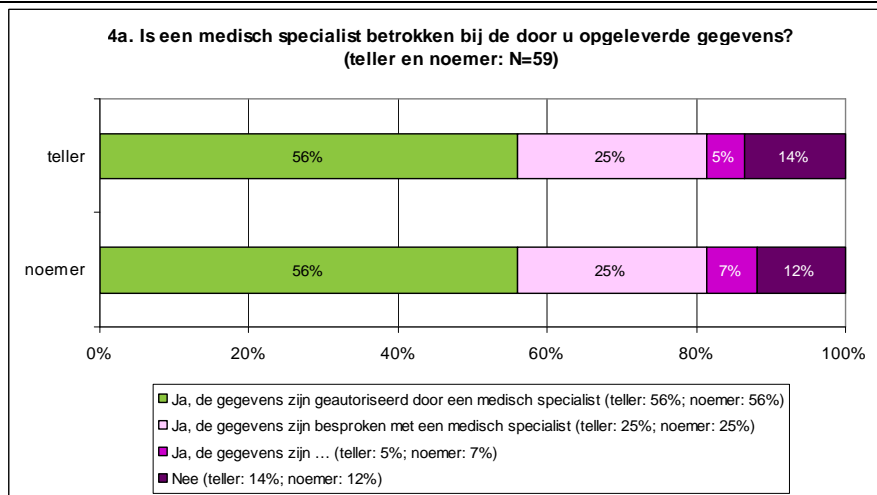
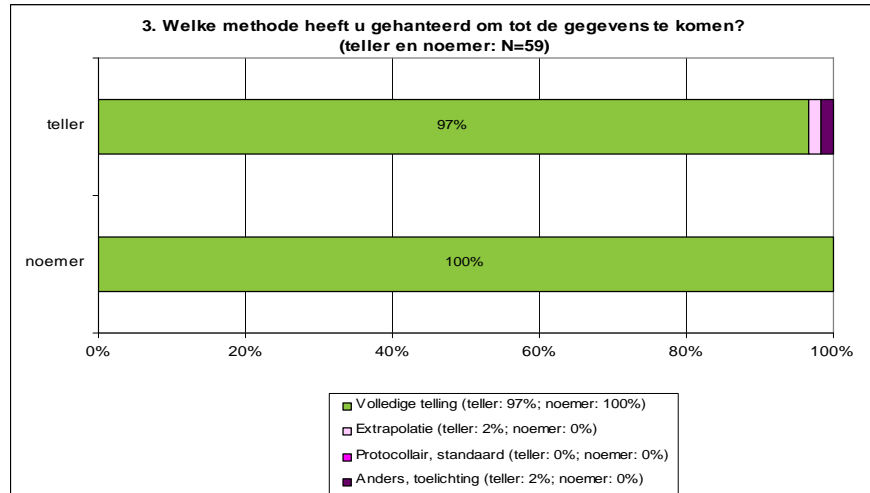
### Indicator 1



#### 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.

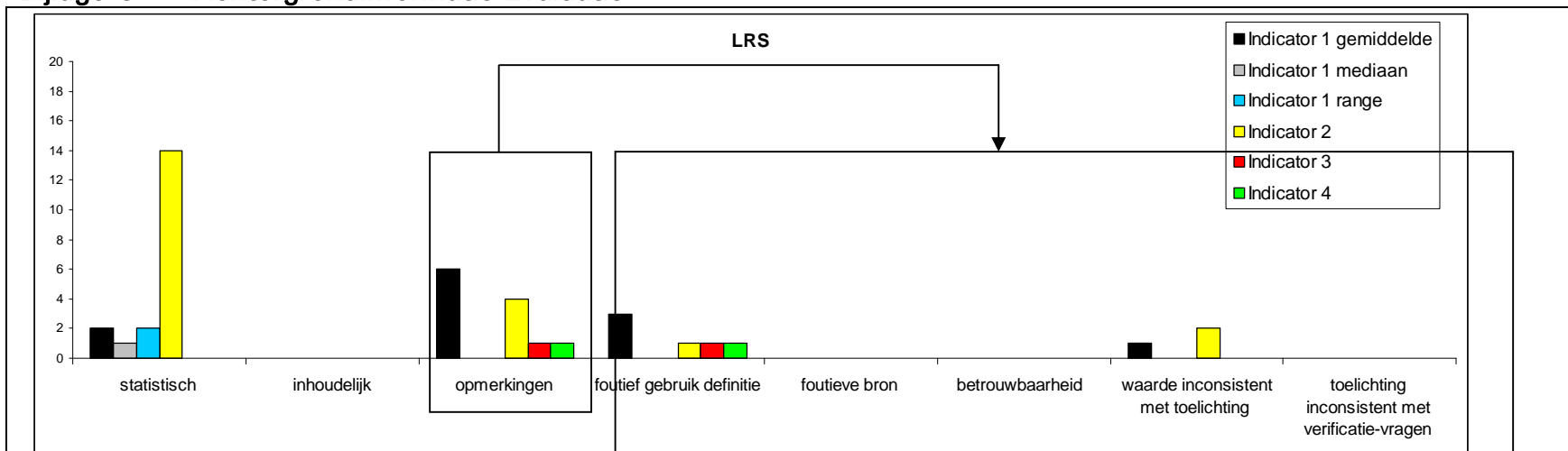
## Indicator 2



### 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.

## Bijlage C Achtergrondinformatie Evaluatie



**Figuur C1: Schoningsoverzicht**

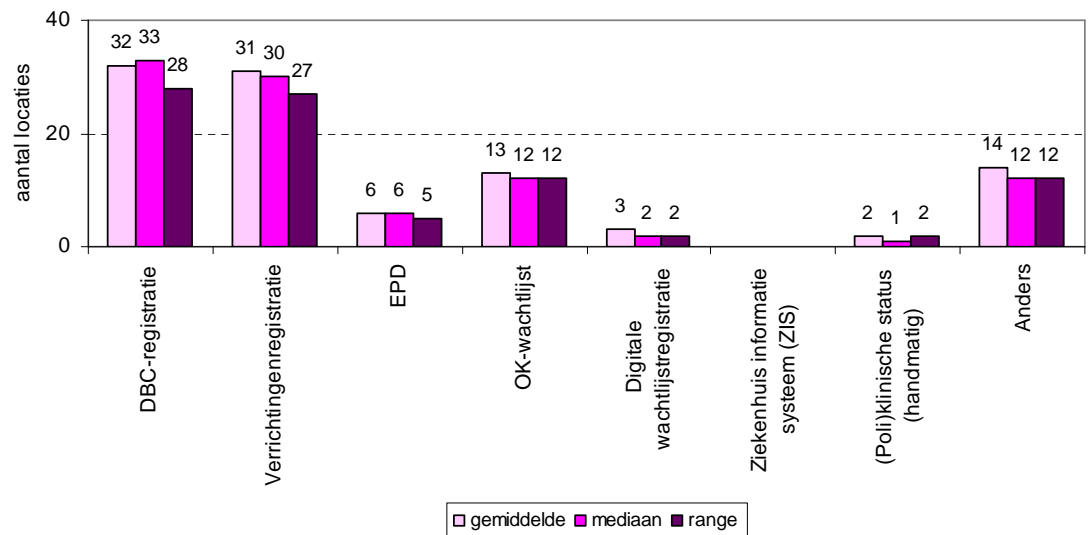
Voor de indicatoren 1 is de categorie 'Statistisch' niet van toepassing, voor indicator 3A/B is de categorie "Inhoudelijk" niet van toepassing. Voor klantpreferentievraag 4 is alleen de categorie "Statistisch" van toepassing.

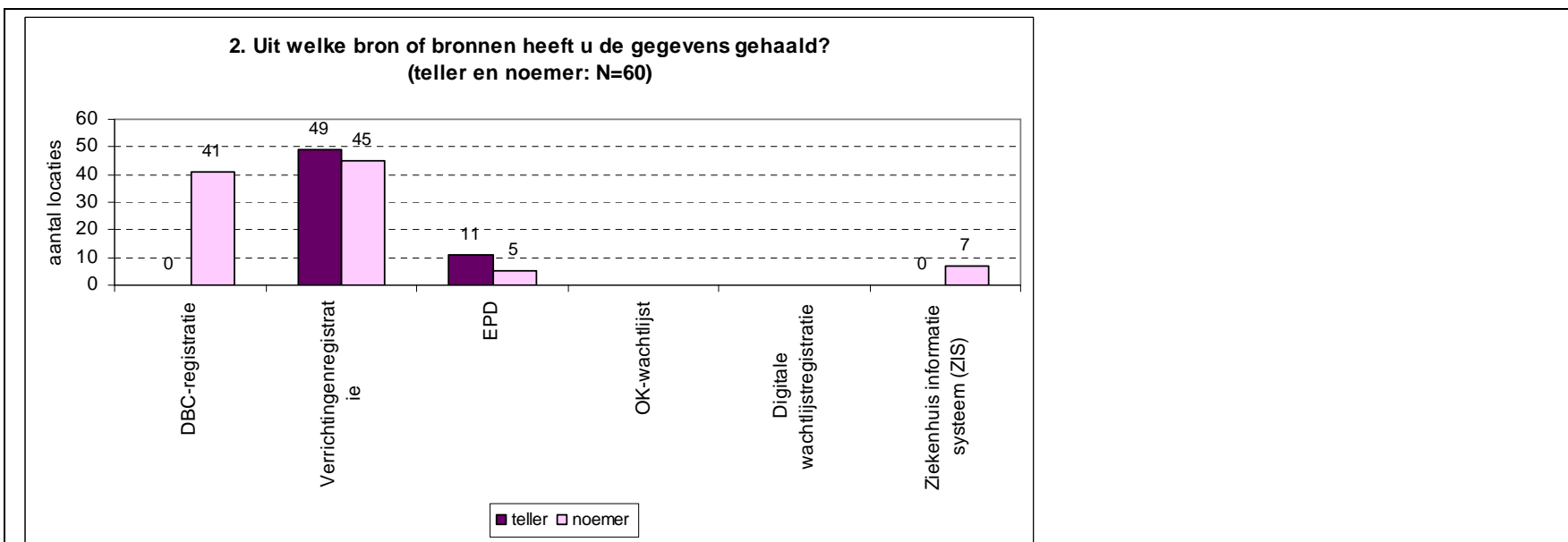
'Statistisch' = schoning ten aanzien van opvallendheden rondom de statistische betrouwbaarheid.

'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.

**2. Uit welke bron of bronnen heeft u de gegevens gehaald? (gemiddelde: N=53, mediaan: N=50 en range: N=46)**





**Figuur C2: Overzicht brongebruik**

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.