



Blaascarcinoom

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

Deze deelrapportage betreft deelresultaten van Blaascarcinoom.

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	24
Bijlage A	
Bijlage B	
Bijlage C	

1 Inleiding

In de inleiding komen de volgende onderwerpen aan de orde:

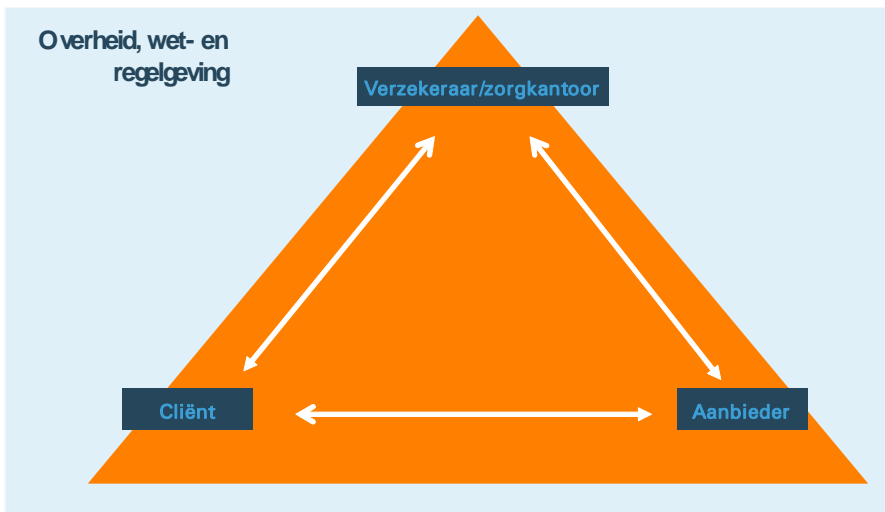
- Achtergrond Zichtbare Zorg Ziekenhuizen;
- Kwantitatieve analyse 2008: het proces;
- Vingerwijzingen voor het gebruik van indicatoren.

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 indicatorenengidsen zie www.zichtbarezorg.nl.

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

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

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

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

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

*alle klantpreferentie indicatoren zijn aangemerkt als structuurindicatoren

**de meeste procesindicatoren zijn uitgevraagd als teller en noemer

1.1.3 Brede vertegenwoordiging in Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

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

zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk 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 typfouten 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: Preoperatief multidisciplinair overleg. Worden patiënten met een niet-gemetastaseerd spierinvasief blaascarcinoom structureel besproken in een preoperatief multidisciplinair overleg?

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 betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid* * *
	oranje	n.v.t.*	n.v.t.**	groen

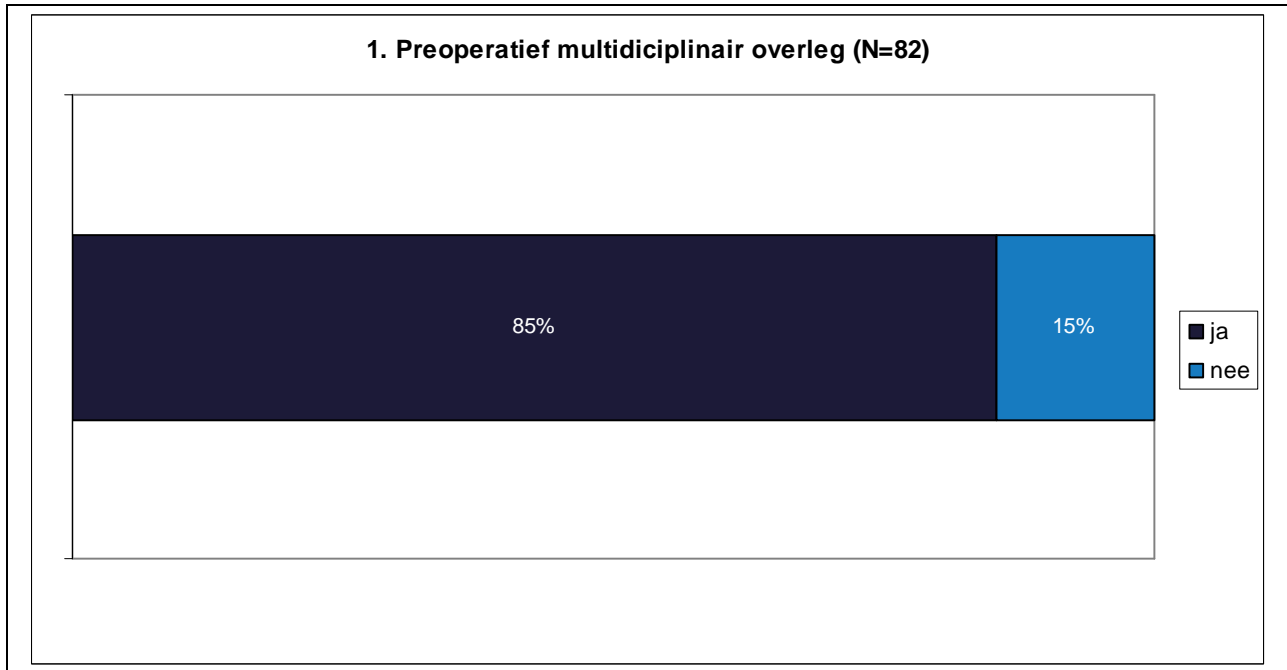
Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

* 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

Bovenstaande figuur laat zien dat 85% van de locaties patiënten met een niet-gemetasteed spierinvasief blaascarcinoom structureel bespreekt in een preoperatief multidisciplinair overleg. Hierbij nemen ten minste een radiotherapeut, een internist-oncoloog en een uroloog deel.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

Bij deze indicator is niet duidelijk aangegeven wat er met "preoperatief" wordt bedoeld. Het betreft het MDO voor de operatie. TUR is een diagnostische ingreep.

Opmerkingen vanuit de werkgroep

De werkgroep geeft aan dat er tot op heden nog geen onderzoek bestaat waarin het effect van het multidisciplinair overleg op de kwaliteit van de zorg is onderzocht. Dit resulteert in een oranje vlag voor validiteit.

2.2. Indicator 2

Operationalisatie: Eenmalige spoeling 24 uur na TUR. Het percentage patiënten met een niet-spierinvasieve tumor, waarbij na TUR een eenmalige spoeling met een cytostaticum binnen 24 uur werd gegeven.

Teller: Aantal patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom, waarbij na TUR een eenmalige blaasspoeling met een cytostaticum binnen 24 uur werd gegeven in meetperiode.

Noemer: Totaal aantal patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom waarbij een TUR werd verricht in meetperiode.

2.2.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Definitie teller en noemer

Bij alle uitkomst en procesindicatoren is een verificatievraag over de definitie aan de ziekenhuizen gesteld. Daaruit blijkt dat 88% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie van de teller en noemer duidelijk is.

Signaalvlaggen voor indicator

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

Tabel 4. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 2					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid**
	groen	oranje	oranje	oranje	groen
Rood*		16%	12%	12%	
Oranje*		26%	18%	75%	
Groen*		58%	70%	12%	

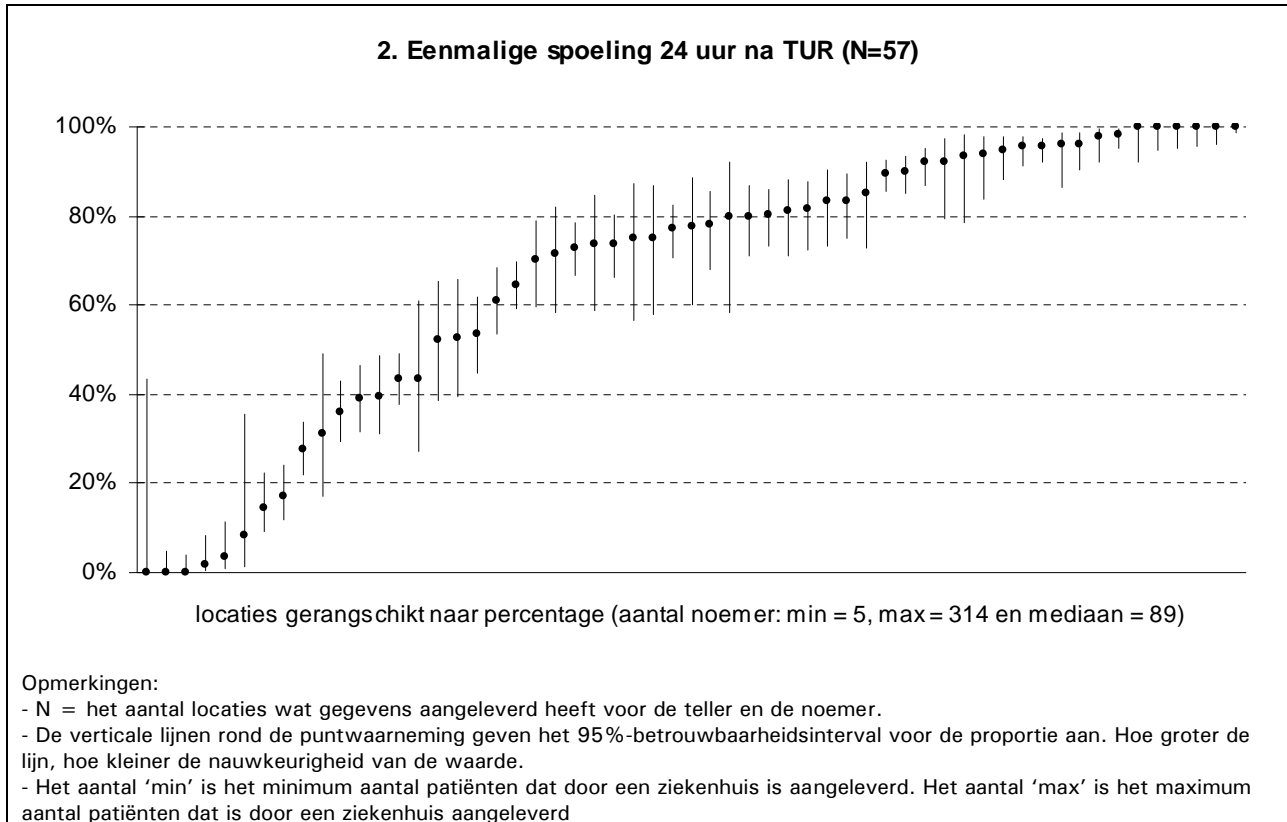
Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

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

De waarden van deze indicator lopen sterk uiteen, van enkele procenten tot 100% en met waarden over de gehele range. 6 ziekenhuislocaties hebben een score van 100% op deze indicator, waarbij vermeld moet worden dat 10% van de ziekenhuizen aangeeft deze indicator protocollair aan te leveren. Het totaal aantal patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom waarbij een TUR werd verricht is 6.215 (som van alle noemers). Het aantal patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom, waarbij na TUR een eenmalige blaasspoeling met een cytostaticum binnen 24 uur werd gegeven, is 4.314 (som van alle tellers). Het overall percentage = 69%.

Voor de teller geeft 74% van de ziekenhuizen aan de gegevens op volledige telling te baseren. Voor de noemer geeft het overgrote deel (89%) aan dat de gegevens op volledige telling zijn gebaseerd. De gegevens worden niet bij alle locaties geautoriseerd door een medisch specialist (zie bijlage B). Voor de teller krijgt 58% van de locaties een groene vlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces, voor de noemer ligt dit aantal hoger met 70%. Overall wordt voor zowel teller als noemer een oranje signaalvlag toegekend. De gegevens van de teller en de noemer zijn voor het grootste deel afkomstig uit de digitale bronnen DBC-registratie en Verrichtingenregistratie (bijlage C2).

De nauwkeurigheid van de individuele datapunten is voor veel ziekenhuislocaties niet erg groot. De statistische betrouwbaarheid van deze indicator heeft dan ook een oranje overall signaalvlag. De gemiddelde 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 en groter betrouwbaar te detecteren moeten de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Dit geldt voor slechts een klein deel van de locaties (12%). 75% van de locaties heeft 30-200 patiënten in de noemer, wat leidt tot een oranje signaalvlag voor die locaties. Dit totaalbeeld leidt tot een 'oranje' overall score voor de statistische betrouwbaarheid. Dit betekent dat een zinnige

vergelijking tussen de proporties per ziekenhuislocatie en de overall proportie, op basis van deze indicator mogelijk is, maar een genuanceerd oordeel vraagt.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

Bij deze indicator is het niet duidelijk hoe om te gaan met meerdere verrichtingen, meerdere TransUrethrale Resecties (TUR) per patiënt. Indien er meerdere TURs bij één patiënt hebben plaatsgevonden bestaat de kans dat ziekenhuizen verschillende keuzes hebben gemaakt om tot de noemer te komen (een of meerdere malen meetellen).

Opmerkingen vanuit de werkgroep

Op dit moment wordt nog niet standaard geregistreerd of er sprake is van een spierinvasief blaascarcinoom of niet. De patholoog bepaalt dit. Deze conclusie staat niet altijd in het ZIS. Ziekenhuispersoneel moet de statussen natrekken om deze conclusie te achterhalen. De patholoog anatoom zou dit eigenlijk in het ZIS moeten registreren. De werkgroep benadrukt het belang van het inrichten van dit registratieproces vanuit de pathologie.

2.3. Indicator 3

Operationalisatie: Aantal cystectomieën per ziekenhuis. Aantal totale cystectomieën per ziekenhuis per jaar. N.b. wanneer uw ziekenhuis geen cystectomieën uitvoert omdat deze patiënten naar elders worden doorverwezen, dan hier '0' invullen.

2.3.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Definitie teller en noemer

Bij alle uitkomst en procesindicatoren is een verificatievraag over de definitie aan de ziekenhuizen gesteld. Daaruit blijkt dat 90% van de ziekenhuizen aangeeft dat de definitie van de indicator duidelijk is.

Signaalvlaggen voor indicator

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

Tabel 5. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 3				
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces	Vergelijkbaarheid	
			Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid***
	groen	oranje	n.v.t. **	groen
Rood*		12%		
Oranje*		19%		
Groen*		69%		

Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

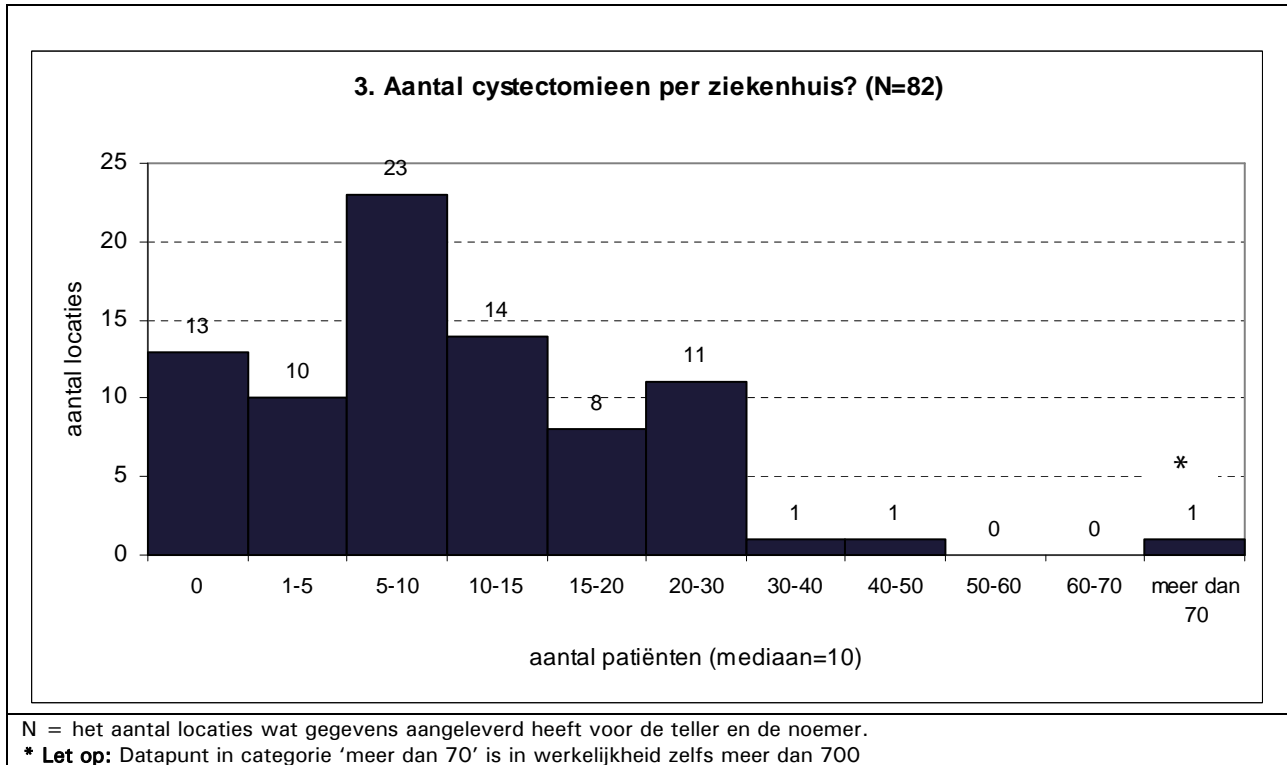
Voor de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces zie Bijlage B

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

** Het betreft een indicator die vraagt naar een aantal, 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.

2.3.2 Waarden



Bevindingen naar aanleiding van de data:

Uit bovenstaande figuur blijkt dat de meeste ziekenhuislocaties 0-30 cystectomieën per jaar uitvoeren. De mediaan (het middelste aantal wanneer je de aangeleverde getallen rangschikt van klein naar groot) ligt op 10. Een opvallende aspect aan bovenstaande figuur is het meest rechtse datapunt: één locatie heeft aangegeven meer dan 700 Cystectomieën uit te voeren.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

Om verwarring te voorkomen bij de interpretatie van de term cystectomie worden de CTG-codes vermeld in de tekst in de factsheet. Op advies van ziekenhuizen wordt voorgesteld om "galblaas" te verwijderen uit tekst; dit levert verwarring op en is hier niet van toepassing.

Opmerkingen vanuit de werkgroep

De werkgroep merkt op dat een waarde van meer dan 700 voor deze indicator een irreëel getal is.

2.4. Indicator 4

Operationalisatie: Worden van alle patiënten met een invasief blaascarcinoom mortaliteitsgegevens opgevraagd bij het regionale integrale kankercentrum?

Indien ja: Kunnen die mortaliteitsgegevens op patiëntniveau gekoppeld worden aan de ASA klasse?

Indien ja: Kunnen die mortaliteitsgegevens op patiëntniveau gekoppeld worden aan de registratie van Salvage cystectomie.

2.4.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Signaalvlaggen voor indicator

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

Tabel 6. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 1				
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces	Vergelijkbaarheid	
			Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid* * *
	groen	n.v.t.*	n.v.t.**	groen

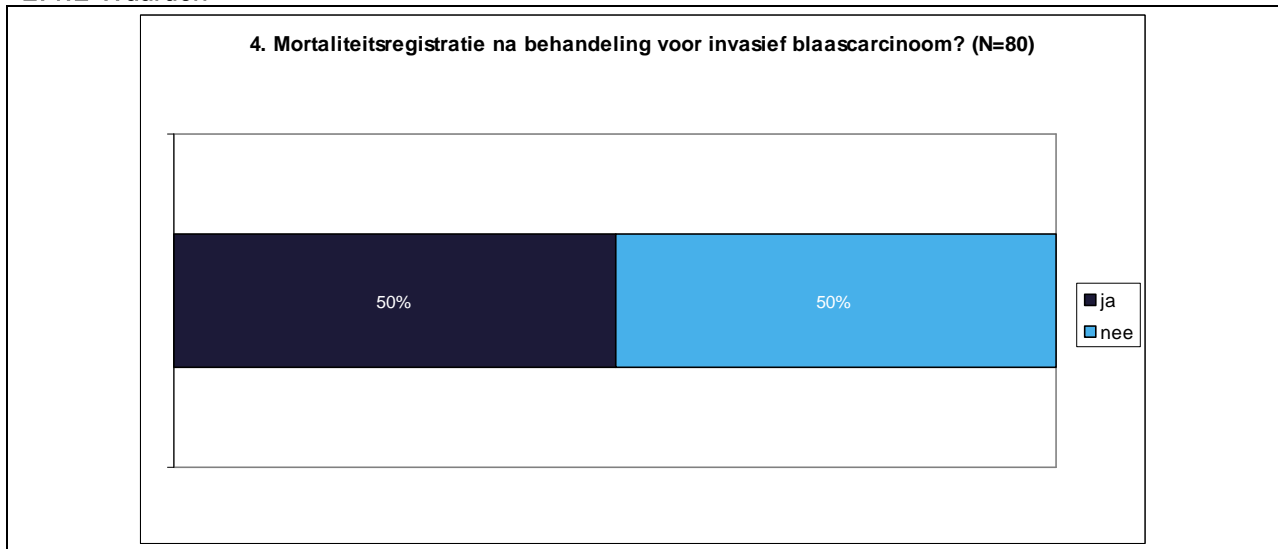
Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

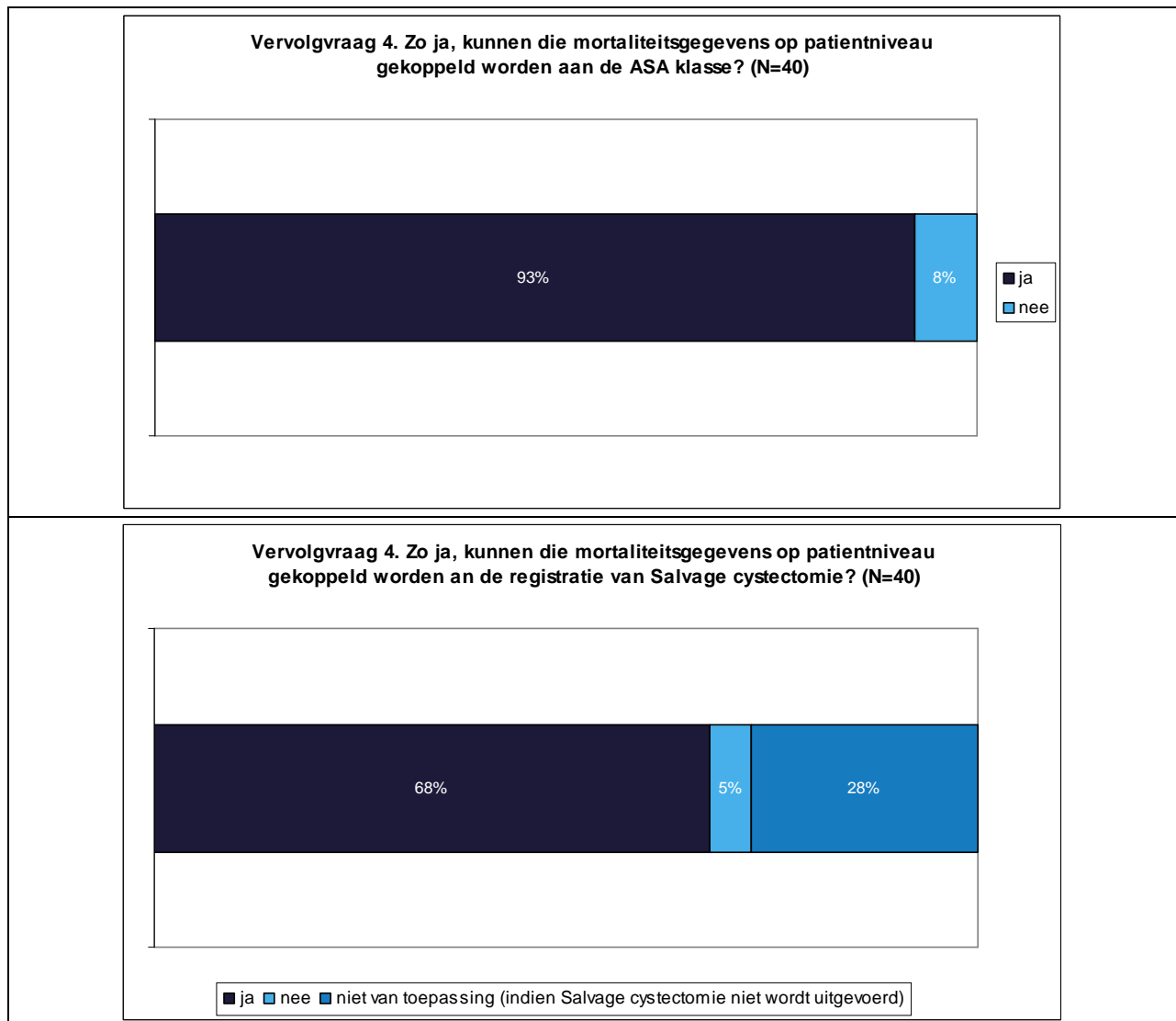
* Bij structuurindicatoren zijn geen verificatievragen gesteld en kan geen beoordeling voor de betrouwbaarheid van het registratieproces worden bepaald.

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

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

De helft van de locaties geeft aan van alle patiënten met invasief blaascarcinoom mortaliteitsgegevens op te vragen bij het regionale integrale kankercentrum. Bij die locaties waar dat gebeurt geeft meer dan 90% aan dat deze gegevens op patiëntniveau gekoppeld kunnen worden aan de ASA klasse. Voor de koppeling (op patiëntniveau) aan de registratie van Salvage sysectomie geldt dit voor 68% van de locaties.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

Bij de definitie van deze indicator wordt de term cysectomie uitgelegd als “de verwijdering van de gal- of urineblaas”. Door het ontbreken van CTG-codes bij deze indicator zou het theoretisch mogelijk zijn dat ziekenhuizen deze definitie hebben gevolgd en ook patiënten met een verwijdering van de galblaas mee hebben laten tellen in de indicatorwaarde. Dit is echter onwaarschijnlijk omdat de gehele indicatorset over *blaascarcinoom* gaat en de indicatorwaarden overeenkomen met de verwachtingen.

Opmerkingen vanuit de werkgroep

De werkgroep geeft aan dat deze indicator lastig te meten is. De NVU werkt aan een uitgebreidere landelijke database voor cystectomieën. Op dit moment wordt er een testfase uitgevoerd.

2.5. Indicator 5

Operationalisatie: Komen in de schriftelijke/ mondelinge informatievoorziening aan patiënten met spierinvasief of oppervlakkig blaascarcinoom de volgende aspecten aan bod?

- Uitdelen van blaascarcinoomfolder (f84)
- Formulier met uitleg hoe KWF informatiemap aangevraagd kan worden
- Folder van patiëntenvereniging Waterloop waarin gewezen wordt op de mogelijkheid van lotgenotencontact.

2.5.1 Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data

Tabel 7. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 5					
	Validiteit	Betrouwbaarheid registratieproces		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid	Populatie Vergelijkbaarheid***
	oranje	n.v.t.*	n.v.t.*	n.v.t.**	groen

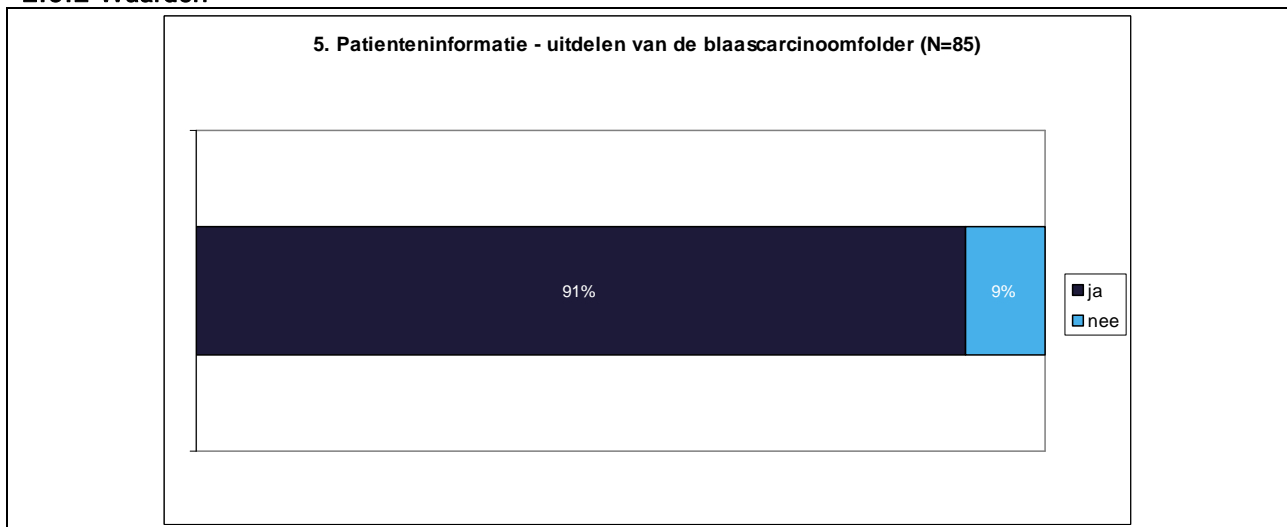
Zie voor totstandkoming signaalvlaggen inleiding en Bijlage A

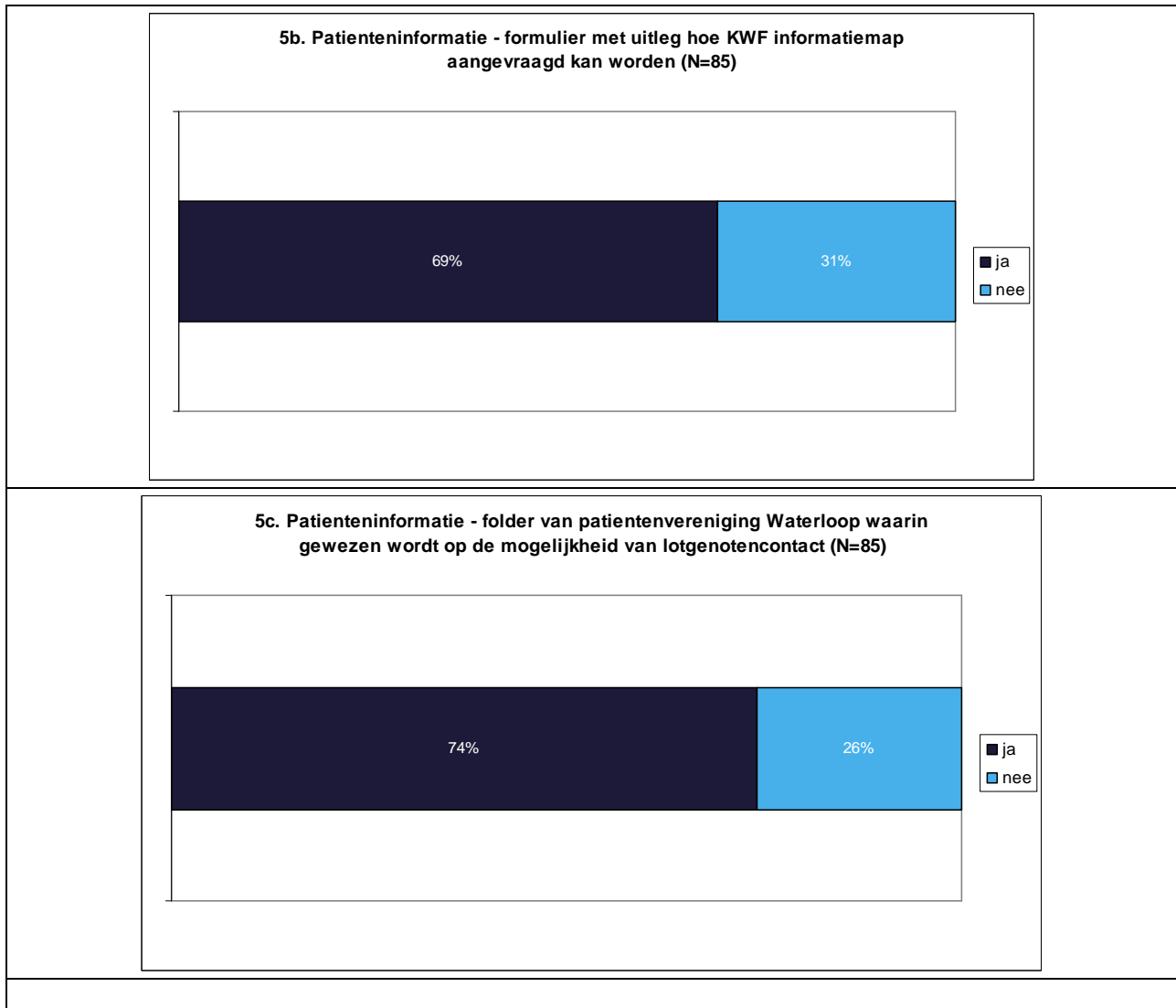
* Bij structuurindicatoren zijn geen verificatievragen gesteld en kan geen beoordeling voor de betrouwbaarheid van het registratieproces worden bepaald.

** 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.

2.5.2 Waarden





Bevindingen naar aanleiding van de data

91% van de locaties die gegevens hebben aangeleverd, verstrekt de blaascarcinoomfolder aan patiënten met blaascarcinoom. Voor de 2 andere soorten informatie geeft ongeveer 70% van de locaties aan de informatie te verstrekken.

Praktische toepasbaarheid van de indicator

In de toelichting van indicator 5a staat dat de blaascarcinoomfolder van KWF Kankerbestrijding wordt bedoeld. Uit de factsheet van de indicator blijkt dit minder duidelijk: alleen de code f84 verwijst er naar. Een klein aantal ziekenhuizen geeft aan moeilijk aan de folder te kunnen komen.

Opmerkingen vanuit de werkgroep

De werkgroep geeft aan dat er geen directe wetenschappelijk onderbouwde relatie is tussen het geven van informatie bij blaaskanker en de kwaliteit van zorg. Wel biedt het een deel van de patiënten de mogelijkheid om de aandoening een plaats te geven. Uit onderzoek bij een ander type kanker blijkt dat de behoefte aan informatie groot is; het geven van voldoende informatie is bovendien wettelijk verankerd. Er is geen reden om aan te nemen dat de informatiebehoefte anders is bij patiënten met blaaskanker.

3. Klantpreferentievragen

Er zijn geen klantpreferentievragen geformuleerd bij de aandoening Blaascarcinoom.

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 getal zijn schoningsvragen gesteld (zie inleiding voor opbouw van deze set). Naar aanleiding van de schoningsvragen zijn 58 datapunten door de ziekenhuizen (25 locaties) aangepast.

Uit Figuur C1 (zie Bijlage C) blijkt dat met name voor de indicator 2, eenmalige spoeling na TUR, de meeste vragen zijn gesteld. Het overgrote deel van deze vragen zijn gesteld naar aanleiding van vooraf opgestelde extremen die vastgesteld zijn op basis van medisch inhoudelijke expertise. Ook zijn er relatief veel vragen gesteld naar aanleiding van gemaakte opmerkingen. Hierbij hebben vragen over het juist gebruik van de definitie (10 van de totaal 15 opmerkingen) het grootste aandeel. Het gaat hierbij om ziekenhuizen waarbij uit het omerkingenveld blijkt dat zij een andere keuze hebben gemaakt ten aanzien van de definitie. Alleen voor indicator 3 zijn vragen gesteld naar aanleiding van de aanwezigheid van statistische uitbijters.

4.1.2. Brongebruik

In figuur C2 (zie Bijlage C) staat een overzicht van de door de ziekenhuizen gebruikte bronnen. Voor de noemer van indicator 2 (spoeling na TUR) komt het overgrote deel van de gegevens uit de elektronische databronnen, waarbij de DBC- en de verrichtingenregistratie de belangrijkste zijn. Voor de teller daarentegen geldt dat de frequenties wat gelijkmatiger verdeeld zijn over de verschillende bronnen: naast de DBC- en verrichtingenregistratie worden ook de poliklinische status en de categorie 'Anders' relatief vaak genoemd. Opvallend is dat voor deze teller geen enkel ziekenhuis aangeeft dat de gegevens uit een Elektronisch Patiënten Dossier komen. De gegevens van indicator 3 komen ofwel uit de poliklinische status, ofwel uit de categorie 'Anders' (Indicator 3 betreft een getal en heeft geen aparte teller en noemer). Het is interessant om na te gaan wat de categorie 'Anders' voor deze indicator inhoudt: of het elektronische bronnen betreffen. Gezien het feit dat 95% van de locaties aangeeft dat het een volledige telling betreft (zie figuur bijlage B), lijkt dat waarschijnlijk.

4.1.3 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 3	Indicator 4	Indicator 5
82	57	82	80	85

Wat opvalt is dat voor indicator 2 (eenmalige spoeling 24 uur na TUR) het aantal locaties die gegevens hebben aangeleverd voor deze indicator lager ligt dan voor de overige indicatoren.

4.2. Signaalvlaggen: Beoordeling kwaliteit van de data

Algemeen

De kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren zijn beoordeeld op vier dimensies:

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

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

De scores op deze vier dimensies vormen samen het 'overall' beeld van de kwaliteit en de bruikbaarheid van de indicatorwaarden. Tegelijkertijd geven ze inzicht in de kwaliteit op deze onderliggende dimensies, zodat de verbeterrichting helder wordt. Dit betekent dat bijvoorbeeld de statistische betrouwbaarheid de signaalvlag 'groen' kan hebben, terwijl de andere dimensies de signaalvlag 'rood' hebben. In dat geval kunnen dus vraagtekens gezet worden bij de 'inhoud' van de waarden, maar zijn de aangeleverde data vanuit statistisch oogpunt (aantallen, etc.) voldoende nauwkeurig. Om misvattingen te voorkomen: de signaalvlaggen zeggen niets over de kwaliteit van zorg.

Betrouwbaarheid van het registratieproces

De betrouwbaarheid van het registratieproces krijgt voor de indicator 2 (teller/noemer-vraag over spoeling na TUR) en indicator 3 (over het aantal cystectomieën) een oranje overall signaalvlag. Dat wil zeggen dat alle ziekenhuizen bezien, aan belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren slechts ten dele wordt voldaan. Het aantal locaties met een groene signaalvlag is voor de noemer van indicator 2 en voor indicator 3 hoog 70 en 69%. Daarmee halen deze net geen overall groene signaalvlag. Er zijn twee componenten die een grote rol spelen bij de bepaling van de vlag voor de betrouwbaarheid van het registratieproces: de methode van gegevensverzameling en de mate van betrokkenheid van een medisch specialist bij de dataverzameling. De ziekenhuizen geven aan de gegevens voor 74-95% te baseren op een volledige telling en niet alle locaties geven aan dat de gegevens worden geautoriseerd door een medisch specialist (zie bijlage B). Op beide punten 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 voor indicator 2 is bepaald, deze krijgt een oranje signaalvlag. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen de proporties per ziekenhuislocatie en de overall proportie op basis van deze indicator mogelijk is, maar een genuanceerd oordeel vraagt. Deze vlag

zegt niets over de dimensie "verstoringen" (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 88-90%). 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 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 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 Blaascarcinoom: 57-85 locaties. Voor de gebruikers kan dit dus in principe nuttige verbeter-, keuze- of inkoopinformatie opleveren. Deze rapportage geeft voor 5 zorginhoudelijke 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. Bij indicator 1 (preoperatief multidisciplinair overleg) en indicator 5 (patiënteninformatie) zet de indicatorwerkgroep vraagtekens bij de validiteit (oranje signaalvlag), wegens gebrek aan literatuur over de relatie met kwaliteit van zorg.

Enkele indicatoren lijken uiteenlopende waarden of verschillen te laten zien. Deze verschillen in scores kunnen opvallend zijn. Het is aan de gebruikers van de data (bijvoorbeeld verzekeraars) om verantwoord om te gaan met schijnbaar afwijkende scores van ziekenhuislocaties. Deze kunnen de werkelijkheid weerspiegelen maar kunnen bijvoorbeeld ook registratieproblemen betreffen. De signaalvlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces en Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid geven daar samen met de opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep handvatten voor. Voor de indicatoren uit deze set staan de signaalvlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces op oranje. De gegevens voor deze set zijn deels gebaseerd op een volledige telling (zie bijlage B) en kunnen deels automatisch afgeleid worden uit digitale systemen (voornamelijk DBC-registratie en verrichtingenregistratie). Niet alle locaties geven aan de data te laten autoriseren door een medisch specialist. Voor indicator 2 dient opgemerkt te worden dat minder ziekenhuislocaties data aanleveren dan voor de andere indicatoren.

Om verschillen tussen de indicatorwaarde per ziekenhuislocatie betrouwbaar te kunnen detecteren is een goede statistische betrouwbaarheid van belang. Indicator 2, waarvoor de statistische betrouwbaarheid is bepaald, krijgt een oranje signaalvlag voor de statistische betrouwbaarheid. Dit betekent dat een zinnige vergelijking tussen de indicatorwaarde per ziekenhuislocatie en de overall indicatorwaarde op statistische gronden een genuanceerd oordeel vraagt. Echter, dit zegt niets over de verstoringen (vergelijkbaarheid): er kunnen nog andere variabelen zijn die waargenomen verschillen tussen de ziekenhuizen veroorzaken. Uit de discussie met de werkgroep blijkt dat de factoren ten aanzien van storende populatieverschillen nauwelijks tot niet van invloed zijn. Deze indicator krijgt voor de vergelijkbaarheid een groene signaalvlag.

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 vooral voor indicator 2 waarbij het niet duidelijk was hoe om te gaan met meerdere verrichtingen (TUR) per patiënt en bij indicator 5 over de informatievoorziening aan de patiënt. Ook kan er nog een verbetering verwacht worden van het registratieproces in de ziekenhuizen zelf. Een deel van de data is al gebaseerd zijn op een volledige telling en kan uit geautomatiseerde systemen gehaald worden. 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.



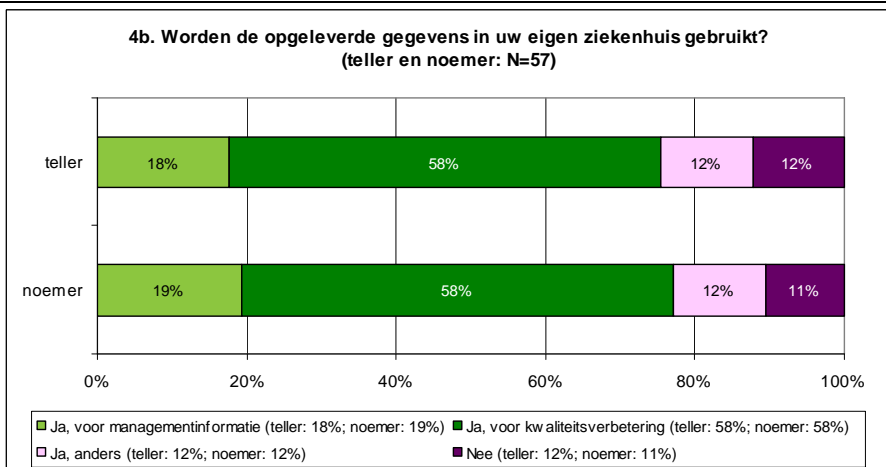
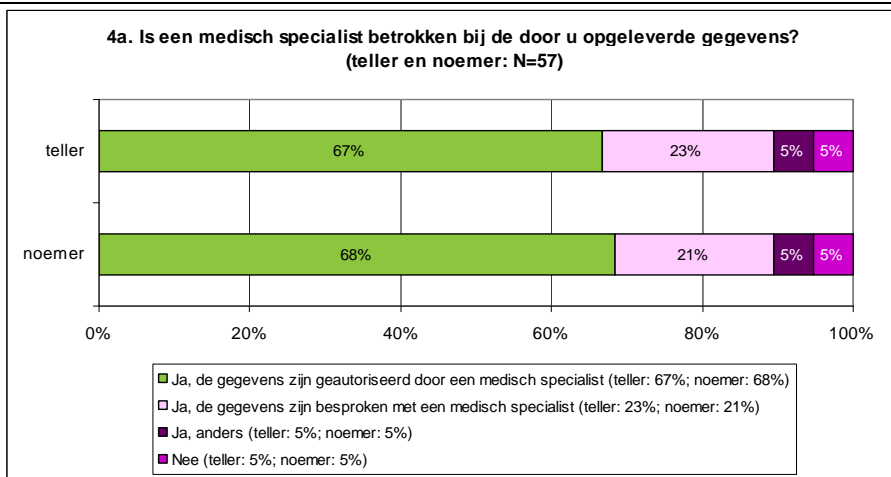
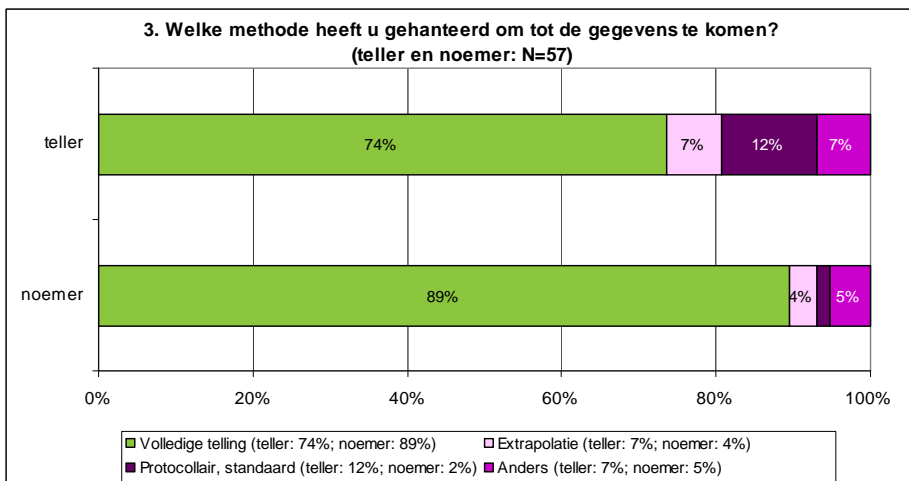
Toelichting kleuren signaalvlaggen voor de dimensies betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid

	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		
	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

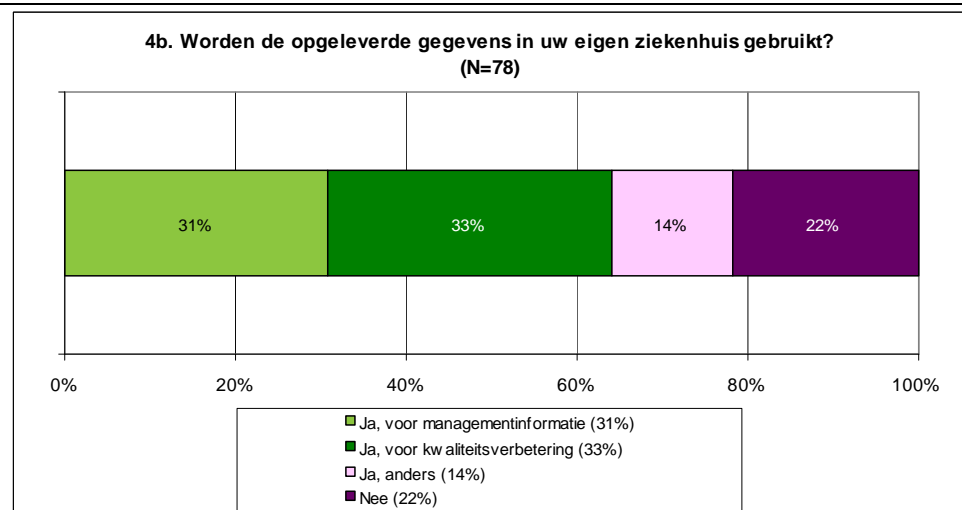
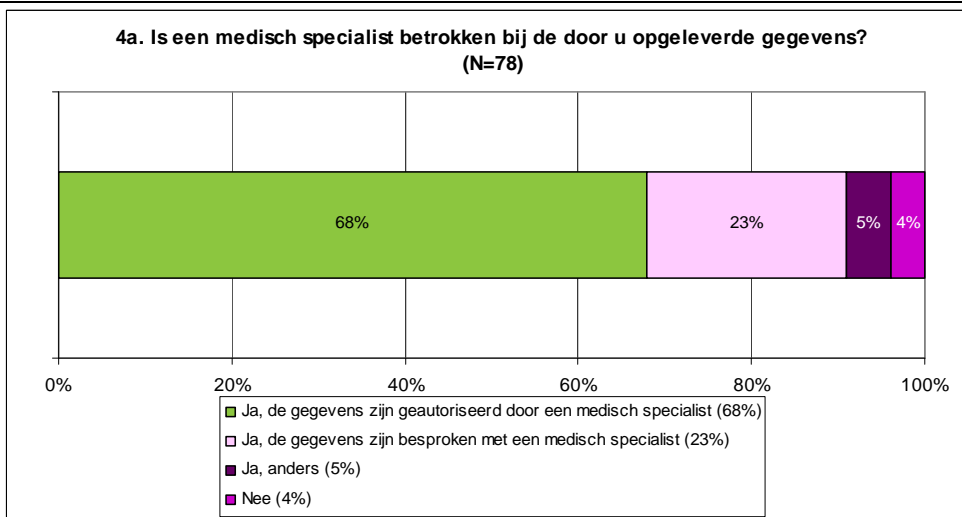
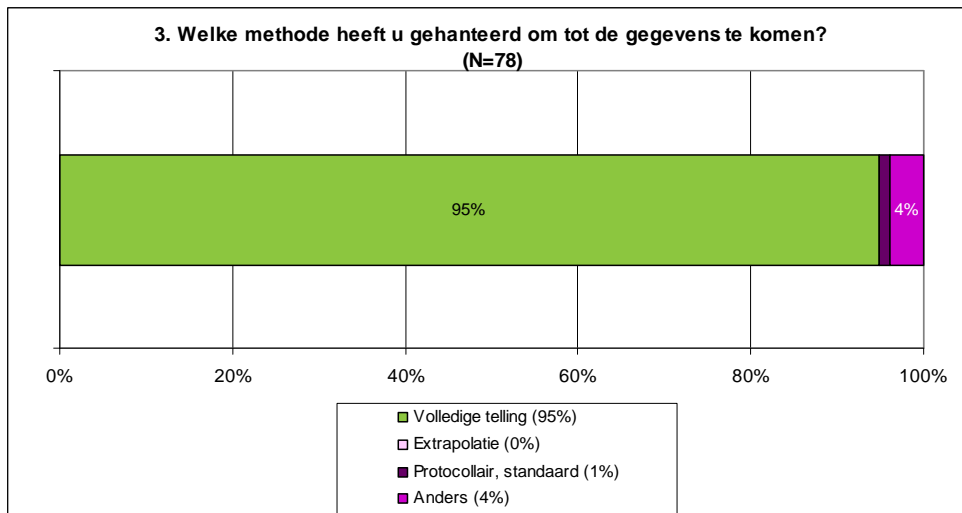
Indicator 2



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.

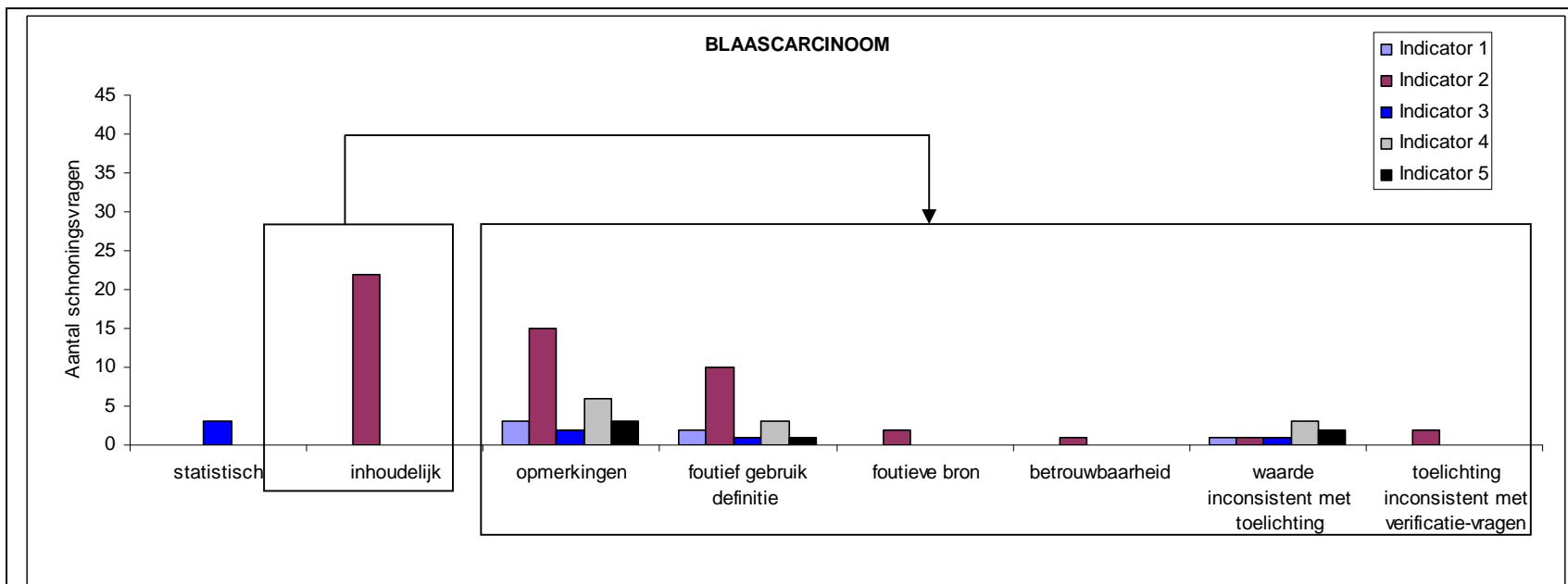
Indicator 3



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.

Bijlage C Achtergrondinformatie Evaluatie



Figuur C1 Overzicht schoningsvragen

'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.

