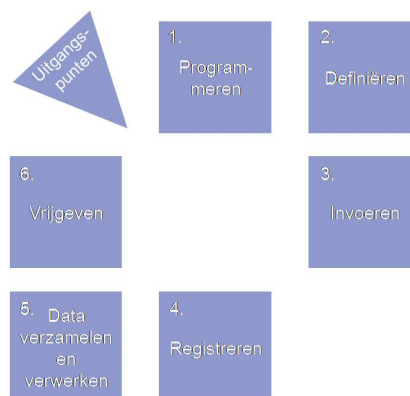


ZICHTBARE ZORG

Raamwerk kwaliteitsindicatoren

Raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren voor het programma Zichtbare Zorg.



Inhoudsopgave

I	Achtergrond	4
1	Inleiding	5
1.1	Het programma Zichtbare Zorg	5
1.2	Aanleiding om een raamwerk op te stellen	6
1.3	Basis voor het raamwerk	6
1.4	Consultatie over het raamwerk	7
2	Definities	8
3	Overzicht van het raamwerk	10
3.1	Uitgangspunten vastleggen	10
3.2	Het raamwerk op hoofdlijnen	10
3.2.1	Programmeren	11
3.2.2	Definiëren	12
3.2.3	Invoeren	12
3.2.4	Registreren	12
3.2.5	Data verzamelen en verwerken	13
3.2.6	Vrijgeven	13
3.3	Uitvoeren van het raamwerk	13
3.4	Verschillen tussen sectoren en in de tijd	14
4	Uitgangspunten	15
4.1	Kader voor het meten van kwaliteit	15
4.2	Samenstelling van de portefeuille met indicatorsets	16
4.3	Samenstelling van de indicatorsets	16
II	Het raamwerk	17
1	Programmeren	18
1.1	Eventueel instellen van een Programma Advies Commissie (PAC)	19
1.2	Voorstellen van een programma	20
1.2.1	Programma voor nieuwe indicatoren	20
1.2.2	Programma voor bestaande indicatoren	21
1.2.3	Programma voor onderzoek naar validiteit	21
1.3	Vaststellen van het programma	22

2	Definiëren	23
2.1	Vorbereiden	24
2.1.1	Indicatorsteam samenstellen	24
2.1.2	Doel van de indicatorset	25
2.1.3	Projectplan opstellen	25
2.2	Selecteren	25
2.2.1	Groslijst opstellen	26
2.2.2	Rangschikken naar geschiktheid - relevantie	26
2.2.3	Rangschikken naar geschiktheid - wetenschappelijke onderbouwing	26
2.2.4	Rangschikken naar geschiktheid - haalbaarheid	27
2.2.5	Selecteren van indicatoren	28
2.3	Consulteren	29
2.4	Operationaliseren	30
2.4.1	Concept-specificatie	30
2.4.2	Praktijktest	30
2.4.3	Specificatie	31
2.5	Vaststellen van de specificaties	31
3	Invoeren	33
3.1	Testen in het veld	34
3.1.1	Selecteren van zorgaanbieders voor de veldtest	34
3.1.2	Opstellen van implementatieplan	34
3.1.3	Benodigde gegevens voor de veldtest	35
3.1.4	Testen in het veld	35
3.2	Evalueren van de veldtest	35
3.2.1	Evalueren van de veldtest - registratie	35
3.2.2	Evalueren van de veldtest - implementatie	36
3.2.3	Evalueren van de veldtest - inhoudelijk	36
3.3	Vaststellen van de indicatorset	36
3.4	Implementeren van de indicatorset	36
4	Registreren	38
4.1	Registreren van gegevens	38
4.2	Borgen van betrouwbaarheid van de registratie	39
5	Data verzamelen en verwerken	41
5.1	Aanleveren van gegevens	42
5.2	Vastleggen van gegevens	42
5.2.1	Kwaliteit van de aangeleverde gegevens	42
5.2.2	Update van aangeleverde gegevens	43
5.3	Berekenen van indicatorwaarden	43
5.4	Autoriseren van de berekende indicatorwaarden	43
6	Vrijgeven	45
6.1	Bespreken door indicatorsteam	46
6.2	Labelen voor verwachte betrouwbaarheid van registratie	46
6.3	Corrigeren voor zorgzwaarte	47
6.4	Vrijgeven voor verdere verwerking	47
6.4.1	Statistische betrouwbaarheid en onderscheidend vermogen	47
6.4.2	Keuze- en inkoopinformatie	47
6.4.3	Overige functies	48

III Doorlopen van het raamwerk	50
1 Overzicht van het raamwerk	51
1.1 Overzicht van het raamwerk	51
1.2 Aanpassen van het raamwerk	52
1.3 Koppeling van (sub)stappen in het raamwerk	52
2 Verantwoordelijkheden	54
2.1 Rollen van stakeholders in het raamwerk	54
2.2 Mogelijke rol van een Programma Advies Commissie	55
3 Doorlooptijd	56
IV Appendices	58
A Afkortingen	59
B Interviews	60
C Literatuurlijst	61
D Het raamwerk in één blik	63

Deel I

Achtergrond

Hoofdstuk 1

Inleiding

De Nederlandse zorgsector wordt steeds transparanter georganiseerd. Voor een goede zorgverlening aan patiënten en cliënten van zorgaanbieders, is het cruciaal dat informatie over kwaliteit van de zorg beschikbaar is. Openbare informatie over kwaliteit van zorg kan op verschillende manieren een positieve rol spelen in de Nederlandse gezondheidszorg:

- als publieke verantwoordingsinformatie voor delen van de zorg waar de cliënten geen tot nauwelijks keuze hebben;
- als keuze-informatie voor patiënten van bijvoorbeeld electieve zorg;
- als verwijsinformatie voor huisartsen; en
- als inkoopinformatie zodat zorgverzekeraars hun inkoop op kwaliteit kunnen baseren.

De publieke informatie over kwaliteit van zorg kan daarnaast bijvoorbeeld gebruikt worden door de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) bij haar toezicht of door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bij het formuleren van beleid. Bovendien kan informatie over de geboden kwaliteit inzicht geven in mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering door de zorgaanbieder. Openbaarheid van de indicatoren zal zorgaanbieders daar ook toe aanzetten. In de Wet marktordening gezondheidszorg, de Kwaliteitswet en de Wet toelating zorginstellingen is bepaald dat alle zorgaanbieders informatie dienen te geven over de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Transparantie van zorg is een belangrijk speerpunt van het huidige kabinet.

De zorgaanbieders worden geconfronteerd met veel verzoeken om kwaliteitsinformatie. De toezichthouders, beleidsmakers, cliëntenorganisaties, zorginkopers en individuele zorgconsumenten stellen vragen aan zorgaanbieders, ieder vanuit hun eigen perspectief. Vaak wordt gevraagd om bijna dezelfde informatie met kleine afwijkingen in definitie, detailniveau en tijdstip van uitvragen. Om de belasting vanwege de uitvraag van kwaliteitsinformatie te verminderen, is het programma Zichtbare Zorg gestart. Daarmee wordt het ontwikkelen, meten en onderhouden van kwaliteitsindicatoren geharmoniseerd. Gebruik van landelijk gedefinieerde kwaliteitsindicatoren verhoogt bovendien de vergelijkbaarheid van de scores op indicatoren.

1.1 Het programma Zichtbare Zorg

Al enige jaren wordt, onder het programma Zichtbare Zorg, door verschillende sectoren in de gezondheidszorg gewerkt aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de

geleverde zorg. Dit programma wordt gestuurd door diverse, sectorspecifieke, stuurgroepen. De stuurgroepen bestaan uit vertegenwoordigingen van cliënten, zorgaanbieders (zowel instellingen als zorgprofessionals), zorgverzekeraars en de IGZ. De stuurgroepen worden ondersteund door het programmabureau Zichtbare Zorg. Het programmabureau Zichtbare Zorg heeft als taak om de besluiten van de verschillende stuurgroepen voor te bereiden en de genomen besluiten uit te voeren.

Belangrijke doelen die beoogd worden met het centraliseren van het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren bij Zichtbare Zorg zijn:

- één loket voor alle kwaliteitsinformatie van en voor alle partijen in de zorg;
- eenheid van taal voor het transparant maken van kwaliteit van de zorg;
- eenduidige systematische aanpak, gericht op valide indicatoren en betrouwbare indicatorwaarden.

1.2 Aanleiding om een raamwerk op te stellen

Het programmabureau Zichtbare Zorg is opgericht om de besluiten van de stuurgroepen voor te bereiden en uit te voeren. Dat is een complexe taak. Zichtbare Zorg wil haar werkzaamheden in de huidige fase van het programma en de communicatie daarover met de opdrachtgevers - de stuurgroepen - meer structureren. Daarvoor is een gedeeld en gedragen raamwerk nodig van de stappen die gezet worden bij het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren. Onder 'ontwikkelen en beheren' verstaan we hier het hele proces van het starten van een transparantietraject tot en met het periodieke onderhoud van ontwikkelde en gebruikte kwaliteitsindicatoren. Tussen dat begin- en eindpunt liggen de zes stappen die in het raamwerk zijn opgenomen.

Zichtbare Zorg werkt voor 15 stuurgroepen. Er is een 'grootste gemene deler' in de aanpak van het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren. In alle sectoren komen een aantal stappen logischerwijs terug. Daarom heeft Zichtbare Zorg het initiatief genomen om dit raamwerk op te stellen. Het raamwerk bevat de stappen die genomen worden bij het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren. De beslissingen worden genomen door de stuurgroepen. Met het raamwerk kan het programmabureau Zichtbare Zorg de besluiten van de stuurgroepen beter voorbereiden en uitvoeren. Zichtbare Zorg verwacht dat zij doelmatiger kan werken door betere planning, meer consistentie en synergie tussen de stuurgroepen, verbeterde samenhang tussen de verschillende stappen in het ontwikkel- en beheerproces, afstemming van de cyclus van ontwikkelen en beheren op andere cycli (zoals verantwoording, toezicht of productontwikkeling). Daarnaast kan het raamwerk gebruikt worden om de werkzaamheden van het programmabureau Zichtbare Zorg transparant te verantwoorden.

De stuurgroepen nemen de beslissingen in het programma Zichtbare Zorg. Het programmabureau bereidt deze beslissingen voor en voert ze uit. In het raamwerk zijn zes stappen opgenomen die daarbij gezet worden. Deze stappen komen bij alle verschillende stuurgroepen voor; soms summier, soms uitgebreid. Het expliciet maken van deze stappen in het raamwerk helpt Zichtbare Zorg om de stuurgroepen beter te bedienen.

1.3 Basis voor het raamwerk

Dit document bespreekt een raamwerk dat bestaat uit zes stappen voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren. Voor iedere stap in het raamwerk is specifieke

expertise nodig, om de stap zorgvuldig voor te bereiden en uit te voeren. De substappen waaruit een stap kan bestaan worden beschreven. Ook de mogelijke samenhang tussen de stappen onderling en tussen de substappen wordt behandeld. In een aantal boxen worden illustraties gegeven.

Het raamwerk is opgesteld door het bureau Zichtbare Zorg. Bij het opstellen van het raamwerk is gekeken naar ervaring met kwaliteitsindicatoren in Nederland en in het buitenland. Dit is gedaan in gesprekken met experts en door literatuurstudie, onder meer naar andere raamwerken (zie Appendix). Daarnaast zijn met Zichtbare Zorg vergelijkbare organisaties verkend in Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland, Frankrijk, de Verenigde Staten, Zweden en Zwitserland. De gezondheidszorg is in ieder land uniek georganiseerd. De lessen uit het buitenland kunnen niet direct naar Nederland worden overgezet, maar bieden wel goede ideeën om hier toe te passen. Op www.zichtbarezorg.nl/consultatie is een overzicht van de bevindingen per land te vinden.

De verschillende onderdelen van de cyclus van het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren worden in dit document op een consistente manier met elkaar in verband gebracht en op één plaats verzameld.

1.4 Consultatie over het raamwerk

Dit raamwerk is tot stand gekomen na een brede consultatie met de sector. Zichtbare Zorg heeft op 8 april 2009 het consultatiedocument 'Raamwerk kwaliteitsindicatoren' gepubliceerd. In het consultatiedocument waren 16 specifieke vragen opgenomen. Zichtbare Zorg heeft totaal 39 reacties gekregen voor de deadline van eind mei. De reacties kwamen vooral van brancheorganisaties en van dienstverleners die vaak zelf betrokken zijn geweest bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Daarnaast kwamen enkele reacties van organisaties van zorgconsumenten, koepelorganisaties en een individuele verzekeraar. Op donderdag 28 mei is een consultatiebijeenkomst gehouden in Utrecht. Daarbij waren ruim 40 personen aanwezig. Naast reacties op de consultatievragen, heeft Zichtbare Zorg ook algemene opmerkingen over het consultatiedocument ontvangen.

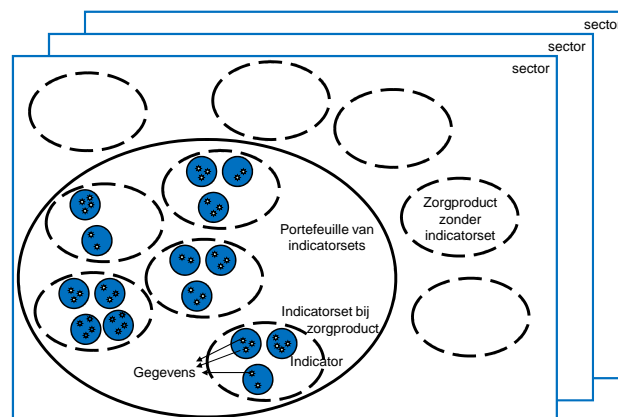
De reacties op de consultatievragen en de ingebrachte punten tijdens de consultatiebijeenkomst zijn aanleiding geweest om het raamwerk op een aantal punten aan te scherpen of aan te passen. Op www.zichtbarezorg.nl/consultatie treft u de openbare reacties van respondenten op het consultatiedocument. Daar kunt u ook het responsdocument downloaden. Het responsdocument bevat een overzicht van de ontvangen respons op de consultatievragen, de reactie van Zichtbare Zorg daarop, en de eventuele aanpassingen die in het raamwerk zijn gemaakt. Deze versie is gemaakt in juli 2009.

Hoofdstuk 2

Definities

Voordat het raamwerk aan de orde komt, worden eerst enkele gehanteerde begrippen besproken. Deze begrippen komen steeds terug bij het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren en in het raamwerk.

Per sector is er een portefeuille met indicatorsets. Elke set bestaat uit meerdere indicatoren



Gegevens Gegevens zijn variabelen (getal, percentage, datum, ja/nee) die meestal bij de zorgaanbieder worden verzameld zoals: eerste consult (datum), comorbiditeit hartfalen (j/n), gemeten bloedwaarde (getal of percentage), aantal valincidenten en aantal bewoners. Met deze gegevens kunnen de indicatoren worden berekend.

Indicator Een indicator geeft een maat voor een aspect van de kwaliteit voor een bepaalde zorgfunctie of een bepaald zorgproduct of zorgproduct-marktcombinatie (zie verder). Bijvoorbeeld: de beschikbaarheid van een complicatieregistratie (ja/nee); het percentage patiënten met ernstige postoperatieve pijn, het percentage valincidenten (ZT), de incidentie van decubitus (V&V); de vijf verschillende indicatoren voor cliëntveiligheid in de gehandicaptenzorg (GZ).

Indicatorwaarde De indicatorwaarde is de specifieke waarde van een indicator voor een bepaalde zorgaanbieder op basis van de bij hem verzamelde gegevens. Terwijl de term 'indicator' dus over de definitie gaat, gaat 'indicatorwaarde' over de gemeten waarde van een indicator. Er zijn dus per indicator vele indicatorwaarden, afhankelijk van bij hoeveel zorgaanbieders de indicatorwaarde gemeten wordt en hoe vaak dat wordt gedaan.

Indicatorset Een indicatorset is een verzameling van indicatoren (typisch 3 tot 8) die gezamenlijk een beeld geven over de geleverde kwaliteit voor een bepaald zorgproduct of zorgproduct-marktcombinatie (zie verder) zoals: Ziekten van adenoïd en tonsillen (ziekenhuizen, 8 indicatoren), Zorginhoudelijke veiligheid (V&V). In de AWBZ zijn sommige indicatorsets georganiseerd rond thema's die belangrijk zijn voor de kwaliteit van de zorg, zoals de twaalf thema's in de Gehandicaptenzorg met één indicator voor het thema 'persoonlijke ontwikkeling' en vijf indicatoren voor het thema 'cliëntveiligheid'.

Zorgproduct Een zorgproduct wordt geleverd door een zorgaanbieder. De zorgproducten die Zichtbare Zorg hanteert zijn bijvoorbeeld de 'prestaties' of zorginhoudelijke clusters daarvan die door de NZa op basis van de WMG worden vastgesteld. Voorbeelden van zorgproducten zijn: Zorg Zwaarte Pakket voor de intramurale AWBZ, functies voor de extramurale AWBZ, DBC of cluster van DBC's voor GGZ en ziekenhuiszorg, de behandeling voor fysiotherapie.

Zorgproduct-marktcombinatie De term zorgproduct-marktcombinatie staat voor een zorgproduct voor een bepaalde doelgroep. Indicatorsets kunnen verschillen voor verschillende doelgroepen die wel hetzelfde zorgproduct afnemen. Deze verschillen komen vooral in de AWBZ voor. Voorbeelden zijn: ZZP nummer x voor bepaalde grondslag (bijvoorbeeld verstandelijk, lichamelijk of zintuiglijk gehandicapt), verblijf in verpleeghuis voor psychogeriatrische of voor een somatische aandoening of beperking en chronische zorg voor diabetespatiënten.

Zorgfunctie Sommige indicatorsets hebben betrekking op zorgfuncties. Dit zijn functionele delen van een zorgaanbieder die nodig zijn om een zorgproduct te kunnen leveren. Voorbeelden in de ziekenhuiszorg zijn de Intensive Care, het operatiecomplex, maar ook minder 'fysieke functies' zoals het bloedtransfusiebeleid. Bijbehorende indicatoren hebben betrekking op de functie en zijn dus relevant voor alle zorgproducten waarvoor die functie nodig is.

Indicatorset-portefeuille De indicatorset-portefeuille is de verzameling van alle indicatorsets die gebruikt worden voor het meten van kwaliteit van de zorgfuncties, zorgproducten en zorgproduct-marktcombinaties in een sector. Voor de meeste sectoren is er een portefeuille. Voorbeelden zijn de portefeuille met indicatorsets in de Gehandicaptenzorg, idem voor GGZ, VV&T, de 10 sets voor ziekenhuizen in 2008, et cetera. Sommige sectoren, vooral in de eerste lijn, werken met één indicatorset zodat er niet van een portefeuille gesproken kan worden.

In de rest van dit document worden deze begrippen gehanteerd. Waar 'zorgproduct' wordt gebruikt, kan ook 'zorgfunctie' of 'zorgproductmarkt-combinatie' worden gelezen.

Hoofdstuk 3

Overzicht van het raamwerk

Dit visiedocument behandelt een raamwerk voor ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren. Onder 'ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren' wordt verstaan het ontwikkelen van nieuwe en het onderhouden van bestaande kwaliteitsindicatoren. Hieronder worden de stappen van het raamwerk besproken die elk in het volgende deel worden uitgewerkt. In dit hoofdstuk wordt ook op hoofdlijnen ingegaan op de verschillende teams en hun rollen bij het doorlopen van het raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren. De nadruk van de rest van het visiedocument ligt op de verschillende stappen en substappen die een sector doorloopt bij het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren.

3.1 Uitgangspunten vastleggen

Het raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren in de zorg bestaat uit zes stappen die periodiek worden doorlopen. Deze zes stappen worden voorafgegaan door het vastleggen van de uitgangspunten door een stuurgroep.

De stuurgroep legt de uitgangspunten voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren in haar sector vast. We onderscheiden hier drie categorieën uitgangspunten: het kader en de eigen doelstellingen van de stuurgroep, de samenstelling van de portefeuille van indicatorsets en de eigenschappen van de indicatoren waarmee de indicatorsets worden gerealiseerd.

3.2 Het raamwerk op hoofdlijnen

Met de vastgelegde uitgangspunten worden de zes stappen van het raamwerk periodiek doorlopen. Na de eerste drie stappen is een zorgvuldig gedefinieerde indicatorset in de sector geïmplementeerd:

1. **Programmeren** welke indicatorsets gemeten zullen worden en opzetten van een programma met projecten voor de ontwikkeling van nieuwe indicatorsets en/of aanpassing van bestaande indicatorsets.
2. **Definiëren** van de indicatorsets die bestaan uit een aantal indicatoren met heldere specificatie.

3. **Invoeren** van de nieuw ontwikkelde indicatorsets en/of de aanpassingen van bestaande indicatorsets bij zorgaanbieders en Zichtbare Zorg na een veldtest.
4. **Registreren** van de gegevens die nodig zijn om de indicatorwaarde te kunnen berekenen.
5. **Data verzamelen en verwerken** in de uiteindelijke indicatorwaarden.
6. **Vrijgeven** van de gemeten indicatorwaarden

De eerste drie stappen worden periodiek, maar niet per definitie jaarlijks herhaald. Met de drie daaropvolgende stappen worden de indicatorwaarden berekend. Deze stappen worden jaarlijks, of frequenter, herhaald. Het raamwerk bestaat dus uit twee blokken van ieder drie stappen. De stappen 4, 5 en 6 worden jaarlijks (of frequenter als vaker kwaliteitsindicatoren worden gepubliceerd) doorlopen. Met de stappen 1, 2 en 3 wordt het systeem gestart en periodiek herijkt.

Ieder voor zich zijn de stappen niet heel complex. Maar het borgen van de samenhang tussen de verschillende stappen is lastig. In de rest van dit document worden de stappen verder uitgewerkt in substappen en wordt de onderlinge samenhang besproken.

Het raamwerk voor ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren bestaat uit 6 periodiek doorlopen stappen en uitgangspunten



3.2.1 Programmeren

Deze stap bepaalt welke indicatorsets in de portefeuille van te meten indicatorsets zitten. Periodiek wordt gezien of indicatorsets worden verwijderd, gehandhaafd, aangepast of toegevoegd. Een stuurgroep kan een Programma Advies Commissie (PAC), bestaande uit vooraanstaande experts op het gebied van de meting van kwaliteit in de zorg samenstellen. De beslissingen van de stuurgroep over het programma worden dan inhoudelijk systematisch door de experts van de PAC voorbereid. De stuurgroep stelt tevens, eventueel op advies van een PAC, een programma voor van projecten voor de aanpassing van bestaande indicatorsets en de ontwikkeling van nieuwe sets. Daarbij wordt uitgegaan van relevante, wetenschappelijk onderbouwde en haalbare indicatorsets.

3.2.2 Definiëren

Als door de stuurgroep is besloten om een nieuwe indicatorset toe te voegen aan de portefeuille, moet deze set worden gedefinieerd. De definitie van een indicatorset begint met een voorbereiding: het indicatorsteam wordt samengesteld, de doelen worden aangescherpt en een projectplan wordt opgesteld. Het indicatorsteam selecteert indicatoren voor de indicatorset. Zij baseert zich op een groslijst van mogelijke indicatoren, onder andere op basis van de gegevens die al geregistreerd worden. Voor iedere indicator op de groslijst wordt relevantie, wetenschappelijke onderbouwing en haalbaarheid (waaronder registreerbaarheid) gescoord. De indicatoren met de hoogste score, die tezamen een voldoende breed scala van kwaliteitsaspecten meten, worden geselecteerd. De geselecteerde indicatoren worden geoperationaliseerd op basis van een praktijktest waarna de concept-specificaties beschikbaar zijn. Na deze kleinschalige praktijktest kan een stuurgroep de concept-specificaties van de indicatorset vaststellen, eventueel na advies van de PAC. Voor indicatorsets waarvan de definitie wordt aangepast, worden dezelfde stappen doorlopen door het indicatorsteam. De indicatorsteams blijven na het definiëren bestaan en spelen ook een rol bij de volgende stappen en bij de volgende keer dat het raamwerk wordt doorlopen.

3.2.3 Invoeren

Het invoeren van de set bestaat uit een veldtest, gevolgd door een landelijke implementatie. Na het definiëren wordt de concept-set getest in het veld bij een beperkt aantal zorgaanbieders. Bij die veldtest worden de benodigde gegevens om de indicatorwaarden te kunnen berekenen, verzameld. Dit gebeurt op dezelfde manier als voorzien is als de indicatorset eenmaal jaarlijks wordt uitgevraagd. Naast het testen van de indicator, wordt ook het implementeren getest; de helpdesk wordt bijvoorbeeld al bezet. De veldtest wordt systematisch geëvalueerd op drie onderwerpen; registratie, het implementatieproces en de inhoud.

Naar aanleiding van deze veldtest stelt de stuurgroep de indicatorset en het implementatieplan al dan niet aangepast vast. Een vastgestelde set wordt vervolgens landelijk geïmplementeerd bij alle relevante zorgaanbieders. Tijdens deze implementatie worden de zorgaanbieders ondersteund vanuit Zichtbare Zorg. De helpdesk wordt opgeschaald en eventuele lessen uit de veldtest worden meegenomen bij de implementatie om de zorgaanbieders effectief te kunnen ondersteunen.

Ook voor bestaande indicatorsets blijft hulp voor de zorgaanbieders beschikbaar. De helpdesk, het ondersteuningsmateriaal en de trainingen moeten beschikbaar blijven en steeds up-to-date worden gemaakt. Zodoende kunnen ook nieuwe medewerkers van zorgaanbieders worden ondersteund en kunnen aanpassingen aan indicatoren landelijk worden geïmplementeerd.

3.2.4 Registreren

De zorgaanbieders zorgen ervoor dat gegevens beschikbaar komen om indicatorwaarden te kunnen berekenen. Primair gebeurt dat bij de zorgverlenende professional. Er wordt naar gestreefd zoveel mogelijk gebruik te maken van reeds digitaal geregistreerde gegevens die correct gecodeerd zijn. Voor nieuw te registreren gegevens hebben IT-leveranciers de tijd gehad om hun systemen aan te passen. Daarnaast is het nodig dat de administratieve organisatie bij een zorgaanbieder zodanig is ingericht dat de kans op betrouwbare registratie hoog is.

3.2.5 Data verzamelen en verwerken

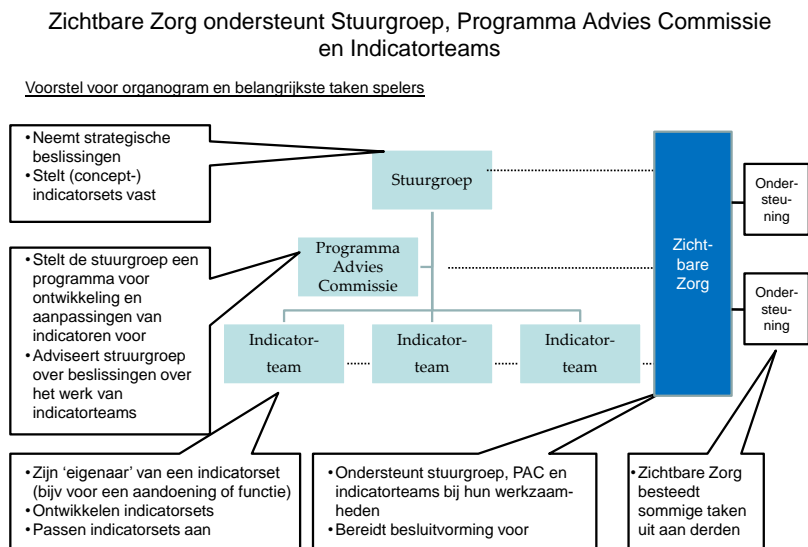
De door zorgaanbieders geregistreerde gegevens worden elektronisch aangeleverd aan een centraal punt. De gegevens worden vastgelegd in een database als ze voldoen aan een aantal plausibiliteits-checks. Als ze daar niet aan voldoen, wordt de zorgaanbieder verzocht de gegevens opnieuw aan te leveren. De vastgelegde gegevens worden gebruikt om de indicatorwaarden te berekenen. Deze waarden worden geautoriseerd door de zorgaanbieder. Het indicatorteam stelt een bespreking van de uitkomsten voor de stuurgroep op.

3.2.6 Vrijgeven

Het indicatorteam publiceert een bespreking van de indicatorwaarden. De indicatorwaarden worden daarnaast beschikbaar gemaakt voor verder gebruik, bijvoorbeeld voor verwerking tot inkoop- en keuzeinformatie. Zichtbare Zorg maakt deze informatie in principe niet zelf, maar stelt de gemeten indicatorwaarden ter beschikking volgens een dataprotocol dat door de stuurgroep is vastgesteld. Zichtbare Zorg labelt de indicatorwaarden met een classificatie naar de betrouwbaarheid van de registratie, gebaseerd op de maatregelen die een organisatie daarvoor heeft genomen. Door voor berekende indicatoren naast een ‘poweranalyse’ zowel teller als noemer vrij te geven, kan de gebruiker zelf een oordeel over de statistische betrouwbaarheid vormen. Als zorgzwaartecorrectie onderdeel is van de definitie van een indicator wordt de correctie uitgevoerd.

3.3 Uitvoeren van het raamwerk

In het raamwerk worden verschillende organen genoemd die een (deel van) een stap uitvoeren of de in het raamwerk voorziene beslissingen nemen. In dit visiedocument wordt slechts summier ingegaan op de personele samenstelling van deze groepen. Zichtbare Zorg wil hier allereerst ingaan op het werk dat verzet moet worden. Daarnaast is er al een bestaande structuur waarin het voorgestelde raamwerk ook moet passen.



De genoemde groepen die er voor zorgen dat het raamwerk wordt toegepast zijn:

Stuurgroep Een sectorspecifiek orgaan dat eindverantwoordelijk is voor de samenstelling en meting van de indicatorsets in de portefeuille en daarvoor de belangrijke, strategische beslissingen neemt.

Programma Advies Commissie Een commissie van inhoudelijk deskundigen die de stuurgroep kan instellen om haar te adviseren, vooral bij de stap 'Programmeren'.

Indicatorteam Het indicatorteam definieert de indicatorset. Het indicatorteam blijft daarna in stand en brengt periodiek verslag uit over de gemeten indicatorwaarden, mogelijke verbeteringen en ontwikkelingen. Het voelt zich 'eigenaar' van een indicatorset.

Zichtbare Zorg Het bureau dat de PAC, stuurgroep en indicatorteams ondersteunt bij hun werkzaamheden. Zichtbare Zorg kan werkzaamheden uitbesteden aan derden, zoals thans veel gebeurt.

De Indicatorteams en PAC's zijn vooral inhoudelijk betrokken bij het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren terwijl de stuurgroep de bestuurlijke verantwoordelijkheid heeft. Het meeste werk zal verzet worden door Zichtbare Zorg, of door derden die door Zichtbare Zorg worden ingehuurd. Zichtbare Zorg bereidt de adviezen en besluiten van de indicatorteams, PAC's en stuurgroepen voor en voert de besluiten uit.

3.4 Verschillen tussen sectoren en in de tijd

Dit raamwerk kan worden aangepast voor verschillende sectoren en voor de fase waarin het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren in een bepaalde sector zich bevindt.

Uiteraard zijn er verschillen tussen zorgsectoren. In dit document focussen we juist op wat er gemeenschappelijk is aan het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren. Het raamwerk is vrij uitvoerig opgesteld om breed inzetbaar te zijn in de zorg. Voor een aantal sectoren zijn wellicht aanpassingen nodig. Aan de ene kant een versimpeling, bijvoorbeeld voor de stappen 4, 5 en 6 in de eerste lijn waar vooral kleinere organisaties of praktijken zijn. Aan de andere kant kan het zijn dat juist voor bijvoorbeeld ketenzorg het raamwerk nog moet worden uitgebreid.

Sommige sectoren, zoals de ziekenhuiszorg gaan werken met een PAC, terwijl andere sectoren dat (nog) niet doen. Zij kunnen in een later stadium kiezen om alsnog een PAC in te stellen omdat, naarmate meerdere indicatorsets zijn geïmplementeerd, de afwegingen voor het (her)programmeren inhoudelijk complexer worden.

Bij een sector zoals huisartsen- of kraamzorg, zou er wellicht met één indicatorteam gewerkt kunnen worden omdat het aantal indicatorsets en indicatoren beperkt zal zijn. Een PAC heeft in dat geval minder toegevoegde waarde.

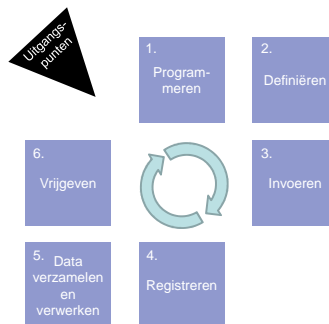
Het raamwerk bevat alle nodige stappen en substappen om tot zorgvuldig ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren te komen. In vrijwel alle zorgsectoren wordt al hard gewerkt aan het definiëren, implementeren en verzamelen van kwaliteitsindicatoren. De transitie van de huidige aanpak naar het hier voorgestelde raamwerk verschilt per sector. Ten eerste omdat de ene sector nu meer overeenkomstige stappen hanteert dan de andere sector. Ten tweede omdat de timing voor een transitie kan verschillen.

Hoofdstuk 4

Uitgangspunten

Het raamwerk voor beheer van kwaliteitsindicatoren wordt doorlopen op basis van uitgangspunten

1. *Kader voor het meten van kwaliteit*
2. *Samenstelling van de portefeuille*
3. *Samenstelling van de indicatorsets*



Een stuurgroep geeft aan Zichtbare Zorg uitgangspunten mee, waarmee het raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren wordt doorlopen. Aangezien de sectoren vooral op dit punt van elkaar zullen verschillen, gaat dit raamwerk daar slechts summier op in. Wel is het voor alle sectoren belangrijk dat er een visie met concrete uitgangspunten is, zodat de verschillende spelers weten wat van hen verwacht wordt en binnen welk kader zij hun beslissingen moeten nemen. In de VV&T en in de GZ is bijvoorbeeld eerst een visie ontwikkeld op wat kwaliteit eigenlijk behelst. Dat is verder uitgewerkt in thema's. Voor de GGZ zijn bovendien concrete uitgangspunten voor het aantal indicatoren vastgesteld.

De uitgangspunten bestaan uit drie categorieën: het kader, de samenstelling van de portefeuille en de samenstelling van indicatorsets. Alhoewel de uitgangspunten per sector sterk kunnen verschillen, zullen de stuurgroepen steeds in ieder geval in deze drie categorieën uitgangspunten moeten vaststellen.

4.1 Kader voor het meten van kwaliteit

De stuurgroep legt een kader voor het meten van kwaliteit vast. Het kader bepaalt wat de stuurgroep ziet als haar taak en hoeveel ze hoe snel wil bereiken. Uitgangspunten die hieronder vallen zijn bijvoorbeeld:

- waarvoor de indicator wordt ontwikkeld, zoals: ter ondersteuning van keuze, verwijzing, inkoop, toezicht of verantwoording;
- de definitie van de grenzen van de sector: wat valt wel en niet onder het mandaat van de stuurgroep;
- het aantal indicatorsets dat ontwikkeld moet worden;
- het tempo van invoeren van de ontwikkelde indicatorsets;
- et cetera.

De stuurgroep legt zo concreet mogelijk vast hoe zij haar eigen rol ziet en wat voor haar de definitie van de succesvolle invulling daarvan is.

4.2 Samenstelling van de portefeuille met indicatorsets

De samenstelling van de portefeuille met indicatorsets wordt ook door de stuurgroep bepaald. Het soort indicatorsets dat opgenomen wordt in de portefeuille, moet goed aansluiten bij het kwaliteitsbeleid van een sector. Er dient in ieder geval een verdeling van indicatorsets over de volgende aspecten te worden vastgesteld:

- wie de indicatorsets voor welke functie gaat gebruiken, bijvoorbeeld: patiënten voor zorgkeuze, verzekeraars voor zorginkoop, huisartsen voor doorverwijzing, instellingen voor verantwoording of inspectie voor toezicht;
- op welke kwaliteitsdomeinen de indicatorsets betrekking hebben: veiligheid, effectiviteit of patiëntervaring; en
- op welke zorgproducten, zorgproduct-marktcombinaties of zorgfuncties de indicatorsets betrekking hebben.

Bij de uitgangspunten voor de samenstelling wordt afgestemd met andere organisaties die indicatoren beheren, zoals het Centrum Klantervaringen Zorg (CKZ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

4.3 Samenstelling van de indicatorsets

De stuurgroep geeft een indicatorteam, de 'eigenaar' van een indicatorset, ook uitgangspunten mee met betrekking tot de te definiëren en te gebruiken indicatoren. Er zijn bijvoorbeeld uitgangspunten nodig voor de samenstelling van de indicatorsets - wat voor soort indicatoren zitten idealiter in een indicatorset - op de volgende gebieden:

- de verdeling over types indicatoren - structuur, proces en uitkomst;
- de mate van het betrekken van de patiënt bij het meten van kwaliteit, bijvoorbeeld met 'PROM' (patiënt reported outcome measures) metingen;
- de evidence base die nodig is als er structuur- en procesindicatoren worden gebruikt, die zouden moeten leiden tot betere uitkomsten;
- et cetera.

Deel II

Het raamwerk

Hoofdstuk 1

Programmeren

Na afloop van deze processtap - 'Programmeren' - heeft de stuurgroep een programma vastgesteld waarin beschreven is welke indicatorsets worden verwijderd, gehandhaafd, aangepast of toegevoegd aan de portefeuille met actieve indicatorsets en hoe met welke projecten deze beslissingen worden gerealiseerd. Daarnaast kan in het programma worden voorgesteld om onderzoek naar de validiteit van bestaande indicatoren te initiëren.

Het programma richt zich op indicatoren over veiligheid, klantgerichtheid en effectiviteit. Het streven is om vooral uitkomstindicatoren te gebruiken. Idealiter worden proces- en structuurindicatoren alleen opgenomen in het programma als er duidelijke aanwijzingen zijn dat zij inderdaad tot betere uitkomsten leiden.

'Programmeren' leidt in 3 substappen tot een programma voor ontwikkeling en/of aanpassing van indicatorsets

1. *Eventueel instellen van Programma Advies Commissie* indien de Stuurgroep advies wenst over verwijdering, handhaving, aanpassing of ontwikkeling van indicatorsets
2. *Voorstellen van programma* van projecten voor ontwikkeling van nieuwe indicatorsets, aanpassen, handhaven of verwijderen van bestaande indicatorsets en voor onderzoek naar validiteit
3. *Vaststellen van het programma* door de stuurgroep



Een stuurgroep is verantwoordelijk voor deze stap. De beslissingen die zij daarvoor neemt, kunnen worden voorbereid door een Programma Advies Commissie, gefaciliteerd door het bureau Zichtbare Zorg. Deze beslissingen komen tot stand in drie substappen:

Eventueel instellen van een Programma Advies Commissie (PAC) De stuurgroep kan een PAC samenstellen bestaande uit erkende experts op het gebied van kwaliteitsmeting in de zorg voor een bepaalde sector. In een PAC zijn in ieder geval zorginhoudelijke en methodologische expertise vertegenwoordigd. Het is

cruciaal voor het functioneren van de PAC, die gericht is op inhoudelijke discussie, dat de experts worden benoemd op persoonlijke titel, zonder last en ruggespraak.

Voorstellen van een programma Er worden onderbouwde voorstellen gedaan voor de beslissingen over de indicatorsets: verwijderen, handhaven, aanpassen of nieuw toevoegen. Voorstellen over toe te voegen indicatorsets worden gebaseerd op een afweging tussen verwachte impact en kans van slagen. De kans van slagen is mede gebaseerd op de relevantie, wetenschappelijke onderbouwing en haalbaarheid (waaronder beperkte administratieve lasten). Naar aanleiding van besprekingen van de indicatorteams wordt ook bekeken of bestaande indicatorsets voldoende werkbaar zijn en of de impact hoog genoeg is. Nieuwe ervaringen en inzichten kunnen leiden tot aanpassing of verwijdering van een indicatorset. De voorstellen voor het programma komen tot stand onder regie van de stuurgroepen. Zij kunnen daarvoor eventueel een PAC in het leven roepen die daarnaast bijvoorbeeld ook kan adviseren over wetenschappelijk onderzoek naar de validiteit van indicatoren.

Vaststellen van het programma Het programma wordt door de stuurgroep vastgesteld.

1.1 Eventueel instellen van een Programma Advies Commissie (PAC)

De stuurgroepen besluiten over de transparantie van kwaliteit in hun sector. Dit raamwerk kan daarbij behulpzaam zijn. Alle (sub)stappen in het raamwerk worden genomen onder verantwoordelijkheid van de stuurgroep. De stuurgroep overweegt expliciet het benoemen van een Programma Advies Commissie (PAC) voor haar sector. Een PAC bestaat uit onafhankelijke, erkende experts op het gebied van het meten van kwaliteit van zorg in de sector. In de PAC zijn in ieder geval zorginhoudelijke en methodologische expertise vertegenwoordigd. Het is cruciaal dat de leden van de PAC gezamenlijk de hele sector overzien. De PAC doet namelijk een voorstel om de portefeuille met indicatorsets voor een hele sector verder te ontwikkelen. Bij het instellen van een PAC formuleert de stuurgroep expliciet hoe de competenties tussen Sturgroep, PAC en indicatorteam zijn afgebakend.

Een PAC is waarschijnlijk vooral zinvol bij sectoren waarvoor de portefeuille aan indicatoren uit een groot aantal sets bestaat. Indien een sector met één indicatorset werkt, kan het toevoegen van een PAC te veel extra organisatorische belasting met zich mee brengen. De stuurgroep maakt deze afweging.

De experts van een PAC worden benoemd op persoonlijke titel en werken in de PAC zonder last en ruggespraak. Zij richten zich bij hun werk op de analytische onderbouwing van de beslissingen over de portefeuille van indicatorsets en op de analytische onderbouwing van een programma voor het ontwikkelen van indicatorsets. Wezenlijk is wel dat de leden van de PAC bij de aanvaarding van hun aanstelling de uitgangspunten, zoals gedefinieerd en vastgesteld door de stuurgroep, aanvaarden. Een PAC komt minstens twee maal per jaar bij elkaar om adviezen voor de stuurgroep vast te stellen of voor te bereiden.

Een PAC bestaat uit experts die uiteindelijk de adviezen aan de stuurgroep geven. Bij het instellen van een PAC geeft de stuurgroep aan hoe deze ondersteund kan worden. Het daadwerkelijke analytische werk waarmee die adviezen worden onderbouwd, zal grotendeels door Zichtbare Zorg (of door door Zichtbare Zorg ingeschakelde derden)

worden gedaan. Daarnaast zou Zichtbare Zorg een technisch voorzitter en het secretariaat voor een PAC kunnen verzorgen.

Zichtbare Zorg brengt PAC's van verschillende sectoren met elkaar in contact, bijvoorbeeld rond een bepaald thema of sectoroverstijgende problematiek. Zodoende kunnen de methodes en begrippen die PAC's in verschillende sectoren hanteren, met elkaar worden afgestemd en kan van elkaar worden geleerd.

1.2 Voorstellen van een programma

Er wordt een programma voor het verwijderen, handhaven, aanpassen of toevoegen van indicatorsets in de portefeuille van indicatorsets voorgesteld. Het programma bevat projectvoorstellen voor de aanpassingen en toevoegingen en voor onderzoek naar de validiteit van indicatoren. De stuurgroep maakt dit voorstel zelf, besteedt het uit, of vraagt hiervoor advies aan een PAC.

1.2.1 Programma voor nieuwe indicatoren

Het programma voor het ontwikkelen van nieuwe indicatoren wordt gebaseerd op een afweging tussen de kans van slagen en de verwachte impact van potentiële indicatorsets. Om de vraag of een indicatorset moet worden toegevoegd aan de portefeuille, wordt het volgende afwegingskader gebruikt:

Impact De energie en middelen die in Zichtbare Zorg worden gestoken, moeten zo effectief mogelijk worden ingezet. De impact van een indicatorset voor een bepaald zorgproduct, zorgproduct-marktcombinatie of zorgfunctie kan bijvoorbeeld geschat worden door te kijken naar hun aandeel in de totale zorglast of omzet van een sector en naar de potentie voor verbetering van de kwaliteit. De verschillende indicatorsets die mogelijk ontwikkeld kunnen worden, worden gerangschikt naar hun verwachte impact op de doelen zoals vastgesteld in de uitgangspunten.

Kans van slagen De kans van slagen is de kans op het succesvol doorlopen van de stappen 'Definiëren' en 'Invoeren' van dit raamwerk, ofwel de kans dat een indicatorset ook daadwerkelijk landelijk kan worden geïmplementeerd. Er moet dus worden ingeschat of een indicatorteam invulling kan geven aan het voorgestelde programma. Een indicatorteam zal een indicatorset proberen te definiëren met relevante, wetenschappelijk onderbouwde en haalbare (waaronder de inspanning om de benodigde gegevens te verzamelen) indicatoren. Deze aspecten worden bij de stap 'Definiëren' verder uitgewerkt.

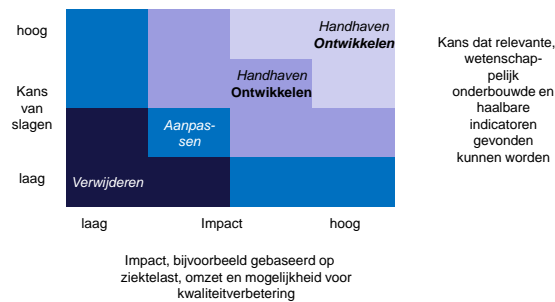
De verwachte scores op relevantie, wetenschappelijke onderbouwing en haalbaarheid van potentiële indicatorsets worden met elkaar vergeleken. Deze vergelijking kan bijvoorbeeld worden gebaseerd op het oordeel van experts en op ervaring met indicatorsets in het buitenland. Er moet dus al een idee zijn hoe de indicatorset eruit komt te zien. De nieuwe set wordt niet ontwikkeld in deze stap. De mogelijke indicatorsets worden gerangschikt naar kans van slagen.

De stuurgroep bespreekt een programma voor het ontwikkelen van indicatorsets die hoog scoren op verwachte impact en op kans van slagen. Het programma wordt uitgevoerd door de indicatorteamen die de indicatorsets in stap 2 van het raamwerk gaan definiëren.

Voor indicatorsets wordt een afweging gemaakt tussen impact en kans van slagen

Afweging voor beslissingen over indicatorsets

Cursief: Actie voor reeds in Zichtbare Zorg portefeuille opgenomen indicatorset
Vet: Actie voor mogelijke nieuwe indicatorset



1.2.2 Programma voor bestaande indicatoren

Het programma bevat ook, indien nodig, aanpassingen aan indicatorsets. Aanpassingen van bestaande indicatorsets kunnen bijvoorbeeld volgen vanwege een voorstel van een indicatorteam, nieuwe wetenschappelijke literatuur of ervaringen in het buitenland met een vergelijkbare indicatorset. Voor bestaande indicatoren wordt bovendien periodiek een afweging tussen impact en werkbaarheid (onder andere bestaande uit wetenschappelijke onderbouwing en administratieve lasten) gemaakt. Er wordt dan bekeken of de aannames en verwachtingen die destijds hebben geleid tot het invoeren van een indicatorset, nog steeds juist zijn. Als bijvoorbeeld de administratieve lasten veel hoger zijn dan verwacht, of als er geen kwaliteitsverbetering mogelijk blijkt, kan beter een andere of helemaal geen indicatorset worden gebruikt. De periodieke bespreking van een indicatorset door het indicatorteam is daarvoor belangrijke input. Stuurgroepen kunnen bijvoorbeeld iedere twee jaar de periodieke evaluatie bespreken of een trigger vaststellen wanneer een door een indicatorteam gesignaleerde ontwikkeling leidt tot bespreking van een bestaande set in de stuurgroep.

1.2.3 Programma voor onderzoek naar validiteit

Voor bestaande indicatoren kan de stuurgroep, eventueel op advies van een PAC, onderzoek naar de validiteit (het belangrijkste onderdeel van de wetenschappelijke onderbouwing) van een indicator initiëren. Bijvoorbeeld als bij de definitie is gekozen voor een indicator die nog niet volledig onderbouwd was, terwijl verwacht werd dat de indicator wel onderbouwd zou kunnen worden. Daarnaast kan de afweging tussen werkbaarheid en impact van een bestaande indicator veranderen als gevolg van nieuwe inzichten over validiteit van een indicator in de wetenschappelijke literatuur.

Als uit de wetenschappelijke literatuur nieuwe valide indicatoren of indicatorsets bekend worden, kan dat worden opgenomen in het programma voor nieuwe indicatoren. Ook de indicatorteamself houden de wetenschappelijke literatuur over 'hun' indicatorset systematisch bij.

1.3 Vaststellen van het programma

De hierboven beschreven analyses, eventueel uitgevoerd door een PAC, worden voor een stuurgroepbijeenkomst geagendeerd. Deze analyses zijn in principe openbaar, tenzij daar door de stuurgroep gemotiveerd van wordt afgeweken. Er wordt, eventueel na advies van een PAC, besproken of een indicatorset wordt verwijderd, gehandhaafd of aangepast.

De stuurgroep dient bij het vaststellen van het programma ook op te nemen welke eisen aan leden van indicatorteams worden gesteld. Zowel eisen aan de samenstelling van de indicatorteams om te borgen dat voldoende expertise en gezichtspunten vertegenwoordigd zijn, als eisen aan de individuele leden van de indicatorteams.

Vervolgens stelt de stuurgroep het programma vast. Daarna start de stuurgroep de uitvoering van het programma. Zij benoemt daarvoor de indicatorteams die bij het uitvoeren van het programma worden ondersteund door Zichtbare Zorg of door derden die door Zichtbare Zorg worden ingehuurd. Deze benoeming is één van de eerste substappen bij de volgende stap 'Definiëren'.

Selectie focus en indicatorset huidig kwaliteitskader VV&T

In de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) vond de selectie van de basisset prestatie-indicatoren plaats tussen september en november 2005. Dat deze basis belangrijk was, blijkt uit het feit dat de meeste indicatoren een pilot, een kritische evaluatie en anderhalf jaar meten 'in het echt' hebben overleefd. Natuurlijk zijn er indicatoren gesneuveld of toegevoegd, zijn er verfijningen toegepast in vragenlijsten, maar anno 2009 is de kern van de destijds ontwikkelde set nog altijd grotendeels (zeker 75%) in tact.

Het selectieproces dat destijds is doorlopen, bestond (nadat de stuurgroep de visie op kwaliteit, en daarmee de kwaliteitsdomeinen met het grootste verbeterpotentieel had vastgesteld) uit de volgende stappen:

- aanstellen (inter)nationale expert(s) op het gebied van kwaliteitsindicatoren, die de stuurgroep met enig gezag op het goede spoor kan helpen en houden;
- raadpleging (inter)nationale literatuur op de vastgestelde kwaliteitsdomeinen, op zoek naar geschikte indicatoren. Deze moesten bij voorkeur aan de volgende criteria voldoen: evidence based; valide; betrouwbaar;
- voorleggen concept-sets aan de projectgroep (kwaliteitsdeskundigen stuurgroep);
- toets op de haalbaarheid van de potentiële indicatoren (qua inspanningen van de zorgaanbieder) bij de beoogde gebruikers;
- consultatie experts van zowel wetenschappelijk niveau als vanuit de veldpartijen;
- toets op haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid in pilot; en
- nadere selectie plus vaststellen indicatoren voor gebruik.

Kenmerkend voor de VV&T is dat de sector op sommige onderdelen ver heeft willen gaan in het meten van indicatoren op cliëntniveau. Reden hiervoor was in die gevallen de overtuiging dat de bijbehorende registratielast juist een aanvullend kwaliteitsverbeterend effect zou hebben. Anders gezegd: de baten overtroffen de kosten van registratie beduidend.

Hoofdstuk 2

Definiëren

Uit de stap 'Programmeren' volgt een programma voor de ontwikkeling van nieuwe indicatorsets met hoge verwachte impact en kans van slagen, en voor aanpassing van bestaande indicatorsets. Na deze ontwikkeling of aanpassing is er een eenduidige en werkbare definitie van de indicatoren in een indicatorset. Hieronder wordt het ontwikkelen van nieuwe indicatoren besproken. Voor indicatoren waarvan de definitie moet worden aangepast, heeft de stuurgroep, eventueel op advies van de PAC, aangegeven welke delen van het ontwikkelproces opnieuw moeten worden doorlopen. Het ontwikkelproces bestaat uit vijf substappen¹:

Voorbereiden De stuurgroep stelt een indicatorteam samen dat allereerst de doelen van de indicatorset onderschrijft en verder aanscherpt en dan het projectplan maakt.

Selecteren Het selecteren van de indicatoren gebaseerd op een groslijst van reeds gedefinieerde en mogelijk nieuwe indicatoren gegeven de reeds geregistreerde gegevens. De indicatoren op de groslijst worden gescoord op geschiktheidscriteria voor relevantie, wetenschappelijke onderbouwing en haalbaarheid.

Consulteren Er wordt door het indicatorteam feedback gevraagd over de geselecteerde indicatoren in een openbare consultatieronde. Daarbij worden in ieder geval reacties gevraagd op de volgende gebieden: zorginhoud, ICT, meet- en analysemethodiek, zorginkoop, patiënten- en consumentenbelang, organisatie van het zorgaanbod en toezicht op de zorg.

Operationaliseren Het operationaliseren van de indicatoren met specificaties en een veldtest. Hierna zijn er heldere instructies over hoe de zorgaanbieders de gegevens verzamelen die nodig zijn voor de indicatorset.

Vaststellen van de concept-indicatorset Het officieel door de stuurgroep vaststellen van de concept-indicatorset en het besluit dat de geoperationaliseerde concept-indicatorset ingevoerd zal worden.

Deze vijf substappen worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt.

Zichtbare Zorg werkt aan externe indicatoren waarvoor uitgebreide validering cruciaal is. Dit houdt in dat er sterke eisen aan de definitie van indicatorsets en indicatoren

¹ Dit hoofdstuk is gebaseerd op 'Handleiding indicatorontwikkeling', CBO, 2008; het AIRE- instrument, universiteit van Amsterdam, 2007; en het Qualify instrument van BQS, 2006.

worden gesteld. Zowel wat betreft inhoud als wat betreft het meenemen van verschillende gezichtspunten.

Het 'Definiëren' gebeurt uiteraard onder verantwoordelijkheid van een stuurgroep. Een groot deel van het werk wordt uitgevoerd door Zichtbare Zorg of door ingehuurd derden. Die worden daarbij aangestuurd door één of meerdere indicatorteams. De stuurgroep kan zich laten adviseren door een PAC voordat zij haar beslissingen neemt.

Tijdens iedere substap komt nieuwe informatie beschikbaar. Het indicatorteam toetst de aannames en schattingen uit de stap 'Programmeren' expliciet. Als daaruit blijkt dat de ontwikkeling van een indicatorset niet gerechtvaardigd is, wordt, indien benoemd, de PAC hiervan op de hoogte gesteld. Die kan de stuurgroep dan adviseren om verdere ontwikkeling te staken. De stap 'Definiëren' is dus gekoppeld aan de stap 'Programmeren' net zoals bij de stap 'Programmeren' is gekoppeld aan de stap 'Definiëren'.

De stap 'Definiëren' leidt in 5 substappen tot een concept-indicatorset die kan worden getest



2.1 Voorbereiden

In de stap 'Programmeren' is besloten om een bepaalde indicatorset te ontwikkelen. Hiervoor wordt een multidisciplinair expertteam samengesteld waarin de benodigde deskundigheid wordt gebundeld. Het team onderschrijft de doelstelling van de indicatorset en maakt een projectplan alvorens de indicatoren te selecteren.

2.1.1 Indicatorteam samenstellen

Zichtbare Zorg stelt een indicatorteam voor dat wordt vastgesteld door de stuurgroep. De stuurgroep heeft in de uitgangspunten vastgesteld wat haar wensen zijn over de samenstelling van een indicatorteam en de benodigde kennis en kunde van de leden. Het indicatorteam neemt beslissingen gedurende de ontwikkelfase of bereidt beslissingen voor die door de stuurgroep worden genomen. Het is van groot belang dat de samenstelling van het indicatorteam draagvlak garandeert voor de indicatoren bij de zorgaanbieders. Zo is bijvoorbeeld draagvlak bij de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, medisch specialisten, en verpleeghuisartsen nodig.

Het indicatorteam blijft na de ontwikkeling bestaan. Zij evalueert dan de gemeten waarden van de indicator en beoordeelt de indicatorset periodiek (zie de volgende

processtappen; (5) 'Data verzamelen en verwerken' en (6) 'Vrijgeven'. De periodieke evaluatie door het indicatorteam bevat aanbevelingen voor het verwijderen, handhaven of aanpassen van de indicatorset. De stuurgroep betreft die aanbevelingen bij haar beslissingen. Als er een PAC is ingesteld, neemt die de aanbevelingen mee bij haar advies aan de stuurgroep over het programmeren (zie de stap 'Programmeren').

Iedere expert zit gedurende meerdere jaren in het indicatorteam. De zittingsduur kan bijvoorbeeld vier jaar zijn met getrapte verversing van de teamleden zodat er een balans is tussen continuïteit en vernieuwing. Het indicatorteam van verschillende indicatorsets kan uit dezelfde personen bestaan.

Het indicatorteam voelt zich 'eigenaar' van de indicatorset (of van meerdere indicatorsets op hetzelfde gebied). De werkzaamheden die nodig zijn, hoeven niet door het indicatorteam zelf te worden uitgevoerd. De beslissingen van het indicatorteam worden voorbereid door Zichtbare Zorg (of door derden die door Zichtbare Zorg worden ingehuurd). Zichtbare Zorg zal het meeste werk verzetten en wordt daarbij inhoudelijk aangestuurd door het indicatorteam. Zichtbare Zorg bereidt de bijeenkomsten waarin het indicatorteam beslissingen neemt, inhoudelijk voor. Daarnaast maakt zij ook de producten van de stap 'Definiëren' zoals de specificatie en de meetinstructies.

2.1.2 Doel van de indicatorset

Het indicatorteam onderschrijft de doelstellingen waarvoor de indicatorset wordt ontwikkeld, zoals die door de stuurgroep zijn vastgesteld in het programma. Het indicatorteam stelt voor de doelstellingen concrete maatstaven vast, waaraan indicatoren moeten voldoen om bij te dragen aan het doel van de indicatorset. Bij het vaststellen van deze maatstaven zijn de door de stuurgroep vastgestelde uitgangspunten voor het programma Zichtbare Zorg leidend. Bijvoorbeeld de verdeling over de types van indicatoren (structuur/proces/uitkomst).

Het indicatorteam specificeert nader op welke zorgfuncties, zorgproducten of zorgproduct-marktcombinaties de indicatorset betrekking heeft. Bijvoorbeeld op basis van DBC-codes, verrichtingen, AWBZ-functies of ZZP's, eventueel gecombineerd met leeftijdsgroepen of andere cliëntkenmerken.

2.1.3 Projectplan opstellen

Het projectplan voor de ontwikkeling van de indicatorset bevat in ieder geval een realistische timing voor het opleveren van de indicatorset. Bij de planning wordt rekening gehouden met de volgende stappen in het raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van indicatoren: Invoeren, Registeren, Data verzamelen en verwerken en Vrijgeven van de indicatorwaarden. Daarnaast houdt het indicatorteam ook rekening met andere, bestaande of in ontwikkeling zijnde projecten op het gebied van kwaliteit van zorg. Mogelijk kan daar bij worden aangesloten, of kan er worden samengewerkt.

2.2 Selecteren

Deze substap is het hart van de definitie van een indicatorset. Hier worden de uiteindelijke indicatoren geselecteerd. Het indicatorteam maakt eerst een groslijst van mogelijke indicatoren en van de gegevens die al voor het zorgproduct worden geregistreerd. Vervolgens worden alle mogelijke indicatoren systematisch gerangschikt naar hun geschiktheid op de dimensies relevantie, wetenschappelijke onderbouwing en haalbaarheid. Op basis daarvan worden de indicatoren geselecteerd.

2.2.1 Groslijst opstellen

Het indicatorsteam stelt eerst een groslijst op van bestaande indicatoren en van indicatoren die gemaakt kunnen worden met reeds, al dan niet landelijk, geregistreerde gegevens.

Om bestaande indicatoren te vinden, stelt het team in ieder geval de volgende vragen:

- Zijn er in Nederland al indicatoren ontwikkeld voor het zorgproduct, bijvoorbeeld door een verzekeraar, patiëntenvereniging of wetenschappelijke vereniging?
- Zijn er in het buitenland al indicatoren beschikbaar, bijvoorbeeld ontwikkeld door een organisatie zoals Zichtbare Zorg, door verzekeraars, door (ketens van) zorgaanbieders of door wetenschappelijke verenigingen?
- Zijn er relevante Nederlandse of buitenlandse evidence based richtlijnen waarvoor al indicatoren zijn gedefinieerd? Leiden die richtlijnen tot inspiratie voor indicatoren?

Op de groslijst komen ook mogelijke indicatoren op basis van gegevens die al voor het zorgproduct worden geregistreerd. Hiervoor worden systematisch verschillende opslagsystemen voor gegevens beschouwd. Bijvoorbeeld de AZR (AWBZ brede zorgregistratie), het DIS, de LMR, de automatiseringssystemen van de zorgaanbieder of een gegevensverzameling van een wetenschappelijke vereniging. Het indicatorsteam stelt vervolgens vast welke mogelijke indicatoren gemaakt kunnen worden op basis van de reeds geregistreerde gegevens. Eventuele nieuwe indicatoren worden aan de groslijst toegevoegd.

Bij het ontwikkelen van indicatoren wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van reeds verzamelde gegevens. Hiermee worden de administratieve lasten beperkt, en wordt de betrouwbaarheid van de registratie waarschijnlijk verhoogd.

2.2.2 Rangschikken naar geschiktheid - relevantie

In deze en de volgende twee substappen wordt de groslijst ingedikt tot indicatoren die in de set opgenomen kunnen worden. Voor relevantie worden de indicatoren op de groslijst gescoord op:

- Doel van de indicatorset - deze score is een samengestelde score op de maatstaven van geschiktheid die eerder zijn vastgesteld door het team bij het aanscherpen van het doel van de indicatorset. Het doel werd door de stuurgroep vastgesteld in de uitgangspunten en in het programma.
- Mate van differentiatie - voor de indicator wordt geschat in hoeverre die in potentie onderscheid maakt tussen zorgaanbieders. Hiermee worden de aannames die gedaan zijn in de processtap 'Programmeren' gecontroleerd en eventueel concreet uitgewerkt. Een indicator moet kunnen differentiëren zodat de zorgaanbieders die niet goed scoren, kunnen verbeteren. Het kan wel zo zijn dat er pas op termijn daadwerkelijk verschillen tussen zorgaanbieders zijn.

2.2.3 Rangschikken naar geschiktheid - wetenschappelijke onderbouwing

De stuurgroep heeft bij het opstellen van het programma gekeken of er waarschijnlijk wetenschappelijke onderbouwde indicatoren zijn voor een indicatorset. Eventueel heeft de stuurgroep advies gekregen van een PAC. Het indicatorsteam beoordeelt

systematisch de (verwachte of bekende) wetenschappelijke onderbouwing van de indicatoren op de groslijst.

Het indicatorsteam scoort de indicatoren op de groslijst op de volgende aspecten van wetenschappelijke onderbouwing:

- de validiteit - de mate waarin met de indicator het onderliggende kwaliteitsaspect daadwerkelijk wordt gemeten;
- zorgzwaartecorrectie - mogelijkheid om te corrigeren voor verschillen in input (zoals samenstelling van de cliëntenpopulatie) die onterecht zouden kunnen leiden tot een andere waarde van de kwaliteitsindicator, bijvoorbeeld omdat de ene aanbieder een zwaardere casemix heeft dan de andere; en
- evidence base - de mate waarin structuur- en procesaspecten die door een indicator gemeten worden ook bewezen leiden tot betere uitkomsten. Hiervoor kan een systematische indeling van de 'evidence grade' worden gebruikt, zoals dat ook voor het ontwikkelen van richtlijnen wordt gedaan.
- consensus base - de mate waarin zorgprofessionals het er mee eens zijn dat een indicator geschikt is. Indicatoren waarvoor nog geen evidence base is, moeten onder experts breed zijn geaccepteerd voordat ze opgenomen kunnen worden in een indicatorset.

In bovenstaande lijst is het al dan niet bestaan van een richtlijn niet opgenomen. Er kunnen wel indicatoren worden ontwikkeld voor zorgproducten/functies waar (nog) geen richtlijn voor is. Immers, men kan wel al een beeld hebben over wat goede zorg is, terwijl er verschillende, eventueel niet in richtlijnen vastgelegde, manieren zijn om die zorg te leveren. Vooral uitkomstindicatoren staan los van richtlijnen. Indien een indicator per se gekoppeld moet zijn aan een richtlijn, remt dat de innovatie.

2.2.4 Rangschikken naar geschiktheid - haalbaarheid

Bij het scoren op haalbaarheid worden de indicatoren op de groslijst gescoord op:

- Administratieve lasten - per indicator wordt geschat hoeveel extra administratieve lasten de registratie van de benodigde gegevens voor de zorgprofessional oplevert. De administratieve lasten moeten zwaar meewegen in de score op haalbaarheid. Het streven is om zoveel mogelijk reeds geregistreerde gegevens te gebruiken. Soms brengt een iets minder 'perfecte' indicator veel minder administratieve lasten met zich mee dan een 'perfecte' indicator. Het indicatorsteam overweegt expliciet of een voorgestelde definitie in dat geval kan worden aangepast om de administratieve lasten te beperken. Kosten voor ICT veroorzaken een belangrijk deel van de administratieve lasten. Dat wordt bij de afweging expliciet meegewogen.
- Statistische eisen - voor de indicatoren wordt een poweranalyse uitgevoerd, om te kijken bij hoeveel cliënten of patiënten metingen nodig zijn om betrouwbare en onderscheidende uitspraken over het gemeten kwaliteitsaspect te kunnen doen²:
 - statistische betrouwbaarheid - een uitspraak over een indicator heeft een vooraf vastgestelde statistische betrouwbaarheid (95% is gangbaar).
 - het onderscheidingsvermogen - met de indicator kan onderscheid gemaakt worden tussen goede en slechte kwaliteit. De score hierop kan bijvoorbeeld gebaseerd worden op het minimale aantal data punten dat nodig is om een significant onderscheid tussen goede en slechte kwaliteit te kunnen maken.

Vervolgens wordt gekeken of het realistisch is om de benodigde hoeveelheid gegevens te verzamelen.

²Zie ook 'Betrouwbaar onderscheiden', Koolman Advies en onderzoek, april 2009

- Betrouwbaarheid van de registratie - een goede indicator is gebaseerd op gegevens die betrouwbaar zijn geregistreerd. Hiervoor zijn de volgende aspecten van belang:
 - eenduidig - de mogelijkheid dat verschillende mensen de gegevens op verschillende manieren vastleggen moet worden beperkt. De benodigde gegevens moeten daarom eenduidig en helder worden gespecificeerd. De benodigde gegevens worden bijvoorbeeld niet geschat;
 - herhaalbaar - de gemeten gegevens moeten bij herhaling onder dezelfde omstandigheden weer dezelfde waarde opleveren;
 - volledig - er kan op vertrouwd worden dat de opgeleverde gegevens volledig zijn; en
 - tijdig - de gemeten gegevens hebben betrekking op de juiste periode en zijn gedurende die periode, of binnen een bepaalde tijd, verzameld.

De eenduidigheid, herhaalbaarheid, volledigheid en tijdigheid kunnen worden geborgd door eenduidige definities en instructies, zorgvuldige administratieve organisatie en door de indicatoren zoveel mogelijk te baseren op reeds digitaal opgeslagen gegevens³.

2.2.5 Selecteren van indicatoren

Uit de groslijst worden de meest geschikte indicatoren geselecteerd. De hierboven genoemde drie aspecten, relevantie, wetenschappelijke onderbouwing en haalbaarheid, worden gescoord door het indicatorsteam, voor de gelegenheid eventueel uitgebreid met experts. Hier kan de 'RAND modified Delphi-methode' voor consensusvorming worden ingezet (zie box).

Bij het samenstellen van de indicatorset wordt er rekening mee gehouden dat de volledige indicatorset de relevante aspecten van kwaliteit van het zorgproduct meet, zonder dat er onnodige overlap is tussen de indicatoren. Het team motiveert waarom zij juist deze indicatoren heeft gekozen. Het team legt haar keuzes voor eventueel commentaar voor aan een PAC.

³Zie ook 'Voorkomen is beter dan genezen', TNO Management consultants en PwC, 2008

Selectie van indicatoren

Bij het selecteren van indicatoren is het raadzaam gebruik te maken van de kennis en ervaring die de laatste decennia met het ontwikkelen, valideren en gebruik van indicatoren in de praktijk van de gezondheidszorg is opgedaan. In landen zoals de VS (Joint Commission, RAND, AHRQ, CMS), Engeland (NHS), Canada (CIHI), Duitsland (BQS) en Spanje zijn voor diverse zorgsectoren al uitgebreide indicator ontwikkelingsprogramma's uitgevoerd en er bestaan ook diverse internationale clearinghouses (zoals het Amerikaanse National Quality Measures Clearinghouse www.qualitymeasures.ahrq.gov) waarin informatie over zorgindicatoren en achterliggend onderzoeksmateriaal kan worden gevonden. Bij veel van de ontwikkelprogramma's is voor het selecteren van indicatoren gebruik gemaakt van expert panels. Deze selectiemethodiek is door RAND rond 2002 verder aangescherpt en wordt ook wel de 'modified delphi method' genoemd. De indicatoren op een groslijst worden gescoord op relevantie (schaal 1-9 naar mate van relevantie), wetenschappelijke onderbouwing (schaal 1-9 naar mate van wetenschappelijke onderbouwing) en haalbaarheid (schaal van 1-9 naar mate van haalbaarheid) door elk van de panelleden afzonderlijk zonder dat men elkaars score kent. Een overzicht van de totaal scores op de criteria relevantie, wetenschappelijke onderbouwing en haalbaarheid wordt gepresenteerd. Een expertpanel bediscussieert de scores, het eventueel aanpassen daarvan en besluit tot een uiteindelijke prioritering van de indicatoren.

2.3 Consulteren

De geselecteerde indicatoren worden ter consultatie voorgelegd aan de diverse stakeholders. De inbreng van verschillende partijen op de consultatie is publiek beschikbaar, zodat iedereen de verschillende inzichten en standpunten kan leren kennen. Hiermee wordt geborgd dat de verschillende perspectieven en kennis worden meegewogen bij de uiteindelijke selectie en specificatie van indicatoren. Iedereen kan op de consultatie reageren. Niet alleen brancheorganisaties en beroepsgroepen, maar ook individuele zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten en consumenten worden verzocht te reageren. Het consultatiedocument wordt op internet gepubliceerd en verzonden aan partijen waarvan de stuurgroep graag een reactie wil hebben. De partijen die in ieder geval bij de consultatie worden betrokken, hebben expertise op tenminste één van de volgende gebieden:

- medisch wetenschappelijke en zorginhoudelijke aspecten;
- zorgorganisatie en ICT om te zorgen dat gegevens zoveel mogelijk in bestaande processen en systemen worden geregistreerd;
- epidemiologische, statistische, klinimetrische en psychometrische aspecten van de voorgestelde definities en eisen aan de gegevens;
- zorginkoop en patiënten- en consumentenbelangen zodat de indicatoren aansluiten bij de behoefte van de gebruikers; en
- toezicht op de zorg zodat dubbele meting, bijvoorbeeld voor de zorginhoudelijk toezicht (IGZ), toezicht op marktwerking (NZa) en toezicht op maatschappelijke verantwoording (VWS), worden vermeden.

Uiteraard kunnen respondenten van de hierboven voorgestelde consultatie ook op andere aspecten van de voorgestelde indicatorset reageren. Met de consultatie over de selectie wordt in ieder geval gevraagd naar commentaar op bovenstaande aspecten. Het indicatorsteam behandelt de ingebrachte punten en beargumenteert waarom deze punten al dan niet tot aanpassing van de voorgestelde selectie of definitie van indicatoren leidt. Dit leidt tot een uiteindelijke selectie van indicatoren.

2.4 Operationaliseren

Tijdens het operationaliseren worden de hierboven geselecteerde indicatoren uitgewerkt in een concept-specificatie. Dit wordt getoetst in een praktijktest, gevolgd door oplevering van de finale specificaties.

2.4.1 Concept-specificatie

Na het operationaliseren hebben zorgaanbieders concrete instructies over het verzamelen van de gegevens die nodig zijn voor de indicatoren die hierboven zijn geselecteerd. Deze instructies zijn verzameld in de specificatie van de indicatoren. In de specificatie staat een heldere uitleg van de indicatorset inclusief de rationale waarom die gekozen is. De specificaties hebben ten minste betrekking op:

- welke gegevens moeten worden opgeleverd om de indicatorwaarden te kunnen berekenen;
- hoe die gegevens gecodeerd zijn (zoals CTG-verrichtingen codes, DBC codes, AWBZ-functies, ZZZP-nummers et cetera);
- wat de in- en exclusiecriteria voor gegevens zijn;
- het algoritme om de indicatorwaarden te berekenen;
- wat de minimale omvang van het cliënten- /patiëntenbestand waarvoor de indicator gemeten wordt, is; en
- welke gegevens verzameld worden voor zorgzwaartecorrectie, inclusief een heldere definitie van de manier van zorgzwaartecorrectie.

Ook zorgaanbieders die niet betrokken waren bij de ontwikkeling van de indicatorset moeten direct met de specificatie aan de slag kunnen. De specificatie is ook een verantwoording van de keuzes die gemaakt zijn en bevat dus ook de onderbouwde rationale om een bepaalde indicator te selecteren.

2.4.2 Praktijktest

Het operationaliseren wordt getest in de praktijk om te kijken of de gegevens ook daadwerkelijk verzameld kunnen worden en of de instructies helder genoeg zijn. Deze praktijktest vindt plaats bij slechts enkele zorgaanbieders. Uit de aanmeldingen worden zorgaanbieders geselecteerd waarbij verschillende hordes voor het invoeren worden verwacht. Bijvoorbeeld omdat zij de zorg anders hebben georganiseerd of omdat zij een ander administratief systeem gebruiken.

Het indicatorsteam rapporteert aan de stuurgroep over de mate van digitale uitvraagbaarheid en over de administratieve lasten die gemaakt worden. Voor administratieve lasten kijkt het indicatorsteam ook naar de kosten voor het registreren van extra gegevens die nog niet voor andere doeleinden worden geregistreerd.

Het indicatorsteam berekent alle indicatorwaarden in de set voor de zorgaanbieders die deelnemen aan de praktijktest en rapporteert de waarden terug aan de deelnemers. Het gaat hier in eerste instantie om het testen van de instructies en om te beoordelen of de gegevens inderdaad verzameld kunnen worden.

2.4.3 Specificatie

De concept-specificatie wordt eventueel aangepast naar aanleiding van de praktijktest. Bij het opstellen van de definitieve specificatie worden de zorgaanbieders die hebben meegewerkt aan de praktijktest betrokken.

Met de specificatie moet het voor softwareleveranciers mogelijk zijn om een systeem te bouwen waarmee de gegevens uit bestaande systemen, voor zover daar opgeslagen, zijn te halen. Indien het mogelijk is om de gegevens automatisch uit bestaande registraties te verzamelen, wordt een 'IT-pauze' in het ontwikkeltraject ingebouwd zodat de IT-leveranciers bijvoorbeeld vier maanden de tijd hebben om software beschikbaar te maken.

Het indicatorsteam verantwoordt zich voor de gemaakte keuzes in een bijlage bij de specificatie. Hierin zijn de genomen beslissingen, waaronder de reacties op de consultatieronde, gemotiveerd en wordt de wetenschappelijke basis voor de geselecteerde indicatoren besproken. Zodoende is later terug te vinden hoe en waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt. Dit helpt bij het onderhoud van een indicatorset en dwingt het indicatorsteam de afwegingen zorgvuldig te motiveren. Bovendien wordt de motivatie gebruikt door de PAC voor haar advies aan de stuurgroep.

2.5 Vaststellen van de specificaties

De specificaties worden voorgelegd aan de stuurgroep, eventueel voorzien van advies van een PAC. Een PAC geeft dus haar mening over de opgestelde specificaties en bijbehorende verantwoording die een indicatorsteam gemaakt heeft. De stuurgroep stelt formeel vast dat de indicatorset al dan niet wordt getest in het veld. Die test is het eerste deel van daadwerkelijke invoeren van de indicatorset. Deze verantwoordelijkheid wordt expliciet bij de stuurgroep belegd. Hiermee wordt het bureauwerk waarbij slechts een deel van de sector is betrokken, afgesloten.

Hierna volgt stap 3, het invoeren van de indicatorset, bestaande uit een veldtest en de landelijk implementatie. Daarvoor is de inspanning van veel mensen nodig. Het is dus zaak dat het werk tot aan dat moment zorgvuldig door de stuurgroep wordt beoordeeld. Eventueel adviseert een PAC de stuurgroep over de specificaties.

Koppeling naar ZZP's

Anno 2009 staat de VV&T op het gebied van kwaliteitsindicatoren opnieuw voor een belangrijke keuze met bijbehorend selectieproces. Daar waar de huidige set indicatoren in het kwaliteitskader zich richt op de kwaliteit van zorg zoals die wordt geleverd door organisatorische eenheden in de VV&T (zorgaanbieders uit de ambulante of intramurale VV&T), ligt het steeds meer voor de hand te gaan werken met kwaliteitsindicatoren, gekoppeld aan concrete zorgproducten (Zorg Zwaarte Pakketten, ZZP's). Koppeling van indicatoren uit het kwaliteitskader (en evt. selectie van aanvullende/vervangende indicatoren) aan ZZP's is daarmee een belangrijk perspectief voor kwaliteitsmeting in de VV&T. Het aanpassen van de definitie voor de indicatoren zou er dan als volgt uit kunnen zien:

- aanbrengen van scheiding tussen indicatoren op het niveau van de organisatorische eenheid en indicatoren op cliënt/ZZP -niveau;
- vaststellen welke indicatoren uit het huidige kwaliteitskader van toepassing zijn op welke ZZP, dan wel het schrappen of uitbouwen van indicatoren per ZZP; en
- vaststellen van de (on)mogelijkheid voldoende data per ZZP te genereren per indicator.

Hoofdstuk 3

Invoeren

Uit de stap 'Definiëren', volgen de indicatorsets die gemeten moeten worden. Nieuwe indicatorsets moeten voor het eerst worden ingevoerd en voor aangepaste sets moeten de aanpassingen worden ingevoerd. De infrastructuur die voor het implementeren nodig is, blijft gedeeltelijk bestaan: Ook voor indicatorsets die niet veranderen is ondersteuning nodig, bijvoorbeeld om nieuwe zorgaanbieders en nieuwe medewerkers bij zorgaanbieders te ondersteunen en om kennis tussen de zorgaanbieders te delen. De indicatorsteams zijn nauw betrokken bij het invoeren van de indicatorset.

De stap 'Invoeren' bestaat uit vier substappen:

Testen in het veld Het testen in het veld van het verzamelen van de benodigde gegevens en van het implementatieplan gedurende een realistische meetperiode bij een voldoende groot aantal zorgaanbieders.

Evalueren Evalueren van de ervaringen in de veldtest op het gebied van de registratie, implementatie en van de definities van de indicatoren in de indicatorset.

Vaststellen indicatorset Het, na eventuele aanpassingen, door de stuurgroep vaststellen van de indicatorset en het implementatieplan voor landelijke implementatie bij alle relevante zorgaanbieders.

Landelijk implementeren Het landelijk implementeren van de vastgestelde indicatorset in de hele sector met ondersteuning van de zorgaanbieders voor een soepele implementatie.

Bij het invoeren van indicatorsets is mogelijk synergie te behalen tussen verschillende indicatorsteams. Vandaar dat de coördinatie bij Zichtbare Zorg is gelegd. Het is belangrijk dat daarbij goed met de indicatorsteams wordt afgestemd. Zij hebben een cruciale rol in de evaluatie van de veldtest. Zichtbare Zorg neemt ook veel van de communicatie op zich, bijvoorbeeld via website, nieuwsbrieven en landelijke bijeenkomsten.

De eerste drie substappen zouden wellicht ook bij de stap 'Definiëren' kunnen worden ingedeeld. Ze zijn hier expliciet bij de stap 'Invoeren' opgenomen om aan te geven dat de specificaties zo zorgvuldig mogelijk zijn afgerond voordat er met de veldtest wordt begonnen. Daarnaast moet er bij de veldtest en evaluatie ook getest worden of het voorziene implementatieplan ook werkt. Bij het vaststellen van de indicatorset na de veldtest, wordt ook het implementatieplan vastgesteld.

De stap 'Invoeren' leidt in 4 substappen tot een uitgerolde indicatorset



3.1 Testen in het veld

De indicatorset wordt getest bij een geselecteerde groep zorgaanbieders. Het testen houdt in dat de stappen 'Registreren' en 'Data verwerken' voor het eerst volledig (zij het niet bij alle zorgaanbieders) worden uitgevoerd. De indicatorset wordt daarvoor bij een beperkt aantal zorgaanbieders geïmplementeerd. Hiervoor moet een implementatieplan worden opgezet dat later ook gebruikt kan worden om de indicatorset landelijk te implementeren. Tijdens de testfase worden ook gegevens over het invoeren van de indicatorset verzameld zodat een gestructureerde evaluatie van de veldtest, inclusief de implementatie van de indicatorset, mogelijk is. De testfase wordt inhoudelijk (de indicatorwaarden en definities) en procesmatig (hoe verliep de implementatie invoeren van de indicatorsets bij de zorgaanbieders van de veldtest) geëvalueerd.

3.1.1 Selecteren van zorgaanbieders voor de veldtest

Zichtbare Zorg selecteert de zorgaanbieders die meedoen aan de veldtest. Er moeten voldoende zorgaanbieders zijn om conclusies aan de veldtest te kunnen verbinden. Tegelijkertijd mogen er niet te veel zorgaanbieders aan de veldtest deelnemen vanwege de belasting van de zorgaanbieders en van Zichtbare Zorg. De indicatorteams stellen vooraf vast hoeveel zorgaanbieders nodig zijn voor de veldtest van hun indicatorset, en wat de selectiecriteria voor deelname zijn. De deelname aan de veldtest is vrijwillig, er vindt nog geen handhaving plaats en de meetresultaten worden alleen geanonimiseerd gepubliceerd onder de deelnemers. Indien dat nodig is voor haar werkzaamheden kan het indicatorteam de gegevens wel herleiden tot individuele zorgaanbieders. Bij het instellen van een indicatorteam hebben de leden zich gecommiteerd om daar vertrouwelijk mee om te gaan. Zichtbare Zorg zorgt voor coördinatie van de veldtesten voor meerdere indicatorsets; alle indicatorsets worden zoveel mogelijk bij dezelfde groep zorgaanbieders getest.

3.1.2 Opstellen van implementatieplan

Tijdens de veldtest wordt de indicatorset voor het eerst geïmplementeerd bij de geselecteerde aanbieders. Hiervoor is een implementatieplan nodig, waarvoor in ieder geval de volgende producten beschikbaar zijn:

- webapplicatie of andere gegevensinvoertool om de gegevens in te voeren en aan Zichtbare Zorg aan te leveren;
- database waarin de gegevens verzameld worden;
- helpdesk voor vragen over de registratiegids en over de gegevensinvoertool;
- communicatiekanaal (zoals speciale website, bezoek van Zichtbare Zorg medewerkers, periodieke conference calls et cetera) om de vragen, opmerkingen en oplossingen voor problemen onder de deelnemers te verspreiden;
- data-verwerkingsroutines waarmee de gegevens worden gecheckt op plausibiliteit; en
- algoritmes waarmee de indicator wordt berekend en gecorrigeerd voor zorgzwaarteverschillen.

Deze producten zijn niet alleen tijdens de veldtest nodig maar ook in het verdere leven van de indicatorset.

3.1.3 Benodigde gegevens voor de veldtest

Tijdens de veldtest moeten waarschijnlijk meer gegevens worden verzameld dan voor een uitontwikkelde indicatorset. Het indicatorsteam stelt een lijst op met extra benodigde gegevens. Per benodigd gegeven wordt bijvoorbeeld informatie vergaard over de bron (bijvoorbeeld LMR, DIS, AZR, ZIS, HIS), de volledigheid, de betrouwbaarheid van de registratie, de administratieve belasting et cetera. Zichtbare Zorg zorgt voor de (tijdelijke) infrastructuur waarmee deze extra gegevens systematisch kunnen worden uitgevraagd bij de deelnemers aan de veldtest. Voor een uitontwikkelde indicatorset kunnen deze extra gegevens periodiek bij (een deel van de) zorgaanbieders worden opgevraagd voor tussentijdse evaluatie.

3.1.4 Testen in het veld

De veldtest wordt uitgevoerd gedurende een realistische periode waarin de gegevens worden verzameld die nodig zijn om de indicatorwaarden te kunnen berekenen. Tijdens de veldtest wordt zoveel mogelijk de voorziene situatie voor de uitontwikkelde indicatorset nagebootst.

3.2 Evalueren van de veldtest

De ervaringen in de veldtest worden door Zichtbare Zorg systematisch in kaart gebracht op de gebieden registratie, implementatie en definities van de indicatoren in de indicatorset. Het indicatorsteam bespreekt dat en gaat expliciet na of de keuzes die gemaakt zijn in de stap 'Definiëren' moeten worden herzien. De stuurgroep ontvangt een schriftelijke evaluatie van de veldtest. Als een stuurgroep een PAC heeft ingesteld, kan de PAC over de evaluatie adviseren. Er is ook een openbare versie van de evaluatie. Die is zo aangepast dat negatieve reputatieschade wordt vermeden voor zorgaanbieders die aan de veldtest meewerken.

3.2.1 Evalueren van de veldtest - registratie

Zichtbare Zorg brengt voor het indicatorsteam in beeld hoeveel van de indicatorwaarden konden worden opgeleverd en analyseert de opgevraagde extra gegevens. Het

indicatorsteam bespreekt voor alle indicatoren uit de indicatorset in ieder geval de volgende punten:

- welk deel van de indicatorwaarden is gebaseerd op digitaal opvraagbare gegevens;
- welk deel van de indicatorwaarden is gebaseerd op betrouwbaar geregistreerde gegevens, volgens extra informatie die de deelnemers verstrekken;
- wat zijn de best practices op het gebied van betrouwbaar registreren en mate van digitale registratie; en
- een schatting van de administratieve lasten voor het verzamelen van de gegevens en een schatting van de mogelijke administratieve lasten als met de best practices gewerkt wordt.

3.2.2 Evalueren van de veldtest - implementatie

Een deel van de veldtest bestaat uit het uitproberen van het implementatieplan. Daarom moet de veldtest ook zoveel mogelijk worden vormgegeven alsof het al de gehele landelijke implementatie van de indicatorset betreft. De veldtest verloopt dan ook volgens het implementatieplan dat ook voor de uiteindelijke indicatorset is voorzien. De ervaringen van het implementatieplan gedurende de veldtest worden besproken. Het indicatorsteam besluit waar het implementatieplan eventueel moet worden aangepast.

3.2.3 Evalueren van de veldtest - inhoudelijk

Met de opgeleverde gegevens worden de indicatorwaarden voor de indicatorset berekend. De deelnemers aan de veldtest krijgen spiegelinformatie waarin hun eigen indicatorwaarden in perspectief geplaatst worden met die van de andere deelnemers. Het indicatorsteam bespreekt in ieder geval de volgende aspecten die daarvoor door Zichtbare Zorg in kaart worden gebracht:

- gemiddelde waarde van de indicator;
- spreiding van de indicatorwaarden tussen de zorgaanbieders, bijvoorbeeld de grens tussen kwartielen, of een diagram van alle gemeten indicatorwaarden;
- of zorgzwaartecorrecties nodig blijken te zijn; en
- of de veldtest aanleiding geeft voor verder onderzoek naar de wetenschappelijke onderbouwing van de indicatoren.

3.3 Vaststellen van de indicatorset

De procesmatige en inhoudelijke evaluatie van de veldtest leidt eventueel tot het aanpassen van de definities van de indicatorset, de specificaties van de indicatoren of het implementatieplan. Voor sectoren waar gewerkt wordt met een PAC, legt het indicatorsteam de evaluatie voor aan de PAC. Die adviseert de stuurgroep dan of de geselecteerde indicatoren inderdaad de doelen bewerkstelligt die de stuurgroep beoogt. De stuurgroep stelt de indicatorset definitief vast.

3.4 Implementeren van de indicatorset

Een indicatorset die voor het eerst is vastgesteld, kan landelijk worden geïmplementeerd in de sector. Zichtbare Zorg maakt een update van het

implementatieplan dat al vóór de veldtest was opgesteld. Het implementatieplan bestaat in ieder geval uit de volgende onderdelen: opschaling van het implementatieplan zoals dat tijdens de veldtest is gebruikt, duidelijke timing, zorgvuldige communicatie naar de sector en voldoende tijd voor ICT aanpassingen.

Na afstemming met de indicatorteams en goedkeuring van het implementatieplan door de stuurgroep, voert het bureau Zichtbare Zorg het implementatieplan uit. Zo is de coördinatie tussen verschillende indicatorteams geborgd. Zorgaanbieders hebben dus één gecoördineerd implementatieplan voor meerdere nieuwe of aangepaste indicatorsets.

Hoofdstuk 4

Registreren

De zorgaanbieders verzamelen de gegevens die nodig zijn om de indicator te berekenen en geven informatie over hoe zij dat doen:

Gegevens registreren Het registreren van gegevens door de zorgaanbieder.

Borgen van betrouwbaarheid van registratie Naast de gegevens die nodig zijn om de indicatorwaarden (en eventuele zorgzwaartecorrectie) te berekenen, wordt ook informatie verzameld over hoe die gegevens tot stand komen en worden beheerd. Op basis van deze informatie wordt de verwachte mate van betrouwbaarheid van de registratie van de opgeleverde gegevens bepaald.

In de stap 'Registreren' registreert de zorgaanbieder de benodigde gegevens zo betrouwbaar mogelijk



1. *Gegevens registreren* door de zorgaanbieder op basis van de specificatie van de indicatoren.
2. *Borgen van betrouwbaarheid van de registratie* van gegevens met maatregelen die een zorgaanbieder daartoe neemt.

4.1 Registreren van gegevens

De gegevens worden geregistreerd conform de specificatie van de indicatoren. Bij het ontwikkelen van een indicatorset is gestreefd naar minimale administratieve belasting voor de zorgaanbieders. De zorgprofessionals die de gegevens moeten registreren geven hun op- en aanmerkingen over het registreren van de gegevens. De verzamelde op- en aanmerkingen worden besproken in het indicatorsteam. Ze kunnen leiden tot

aanpassing van de definitie van een indicatorset en/of de specificaties van de indicatoren.

Bij het definiëren van de indicatoren is getracht zoveel mogelijk reeds geregistreerde gegevens te gebruiken. Zo hoeft de zorgprofessional alleen speciaal voor kwaliteitsindicatoren gegevens te registreren als dat onoverkomelijk is.

4.2 Borgen van betrouwbaarheid van de registratie

Naast het verzamelen van de gegevens waarmee de indicatorwaarden worden berekend, wordt ook informatie verzameld over het proces waarmee die gegevens tot stand komen. Doel is om de betrouwbaarheid van de registratie te optimaliseren. Deze informatie wordt in de stap 'Vrijgeven' gebruikt om een label voor de verwachte mate van betrouwbaarheid van de registratie te koppelen aan vrijgegeven indicatorwaarden.

Bij gebruik van door patiënten gerapporteerde uitkomsten dienen degelijk ontworpen vragenlijsten te worden gebruikt die leiden tot zo hoog mogelijke mate van juistheid en volledigheid. Hiervoor zijn technieken ontwikkeld die bijvoorbeeld door het CKZ worden gebruikt. Hier wordt verder ingegaan op de maatregelen die bij zorgaanbieders genomen kunnen worden.

In een rapportage van PwC en TNO Management Consultants zijn aanbevelingen gedaan op het gebied van ICT, organisatie en in- en externe toetsing om te komen tot structurele betrouwbare registratie. Dergelijke maatregelen zijn op meerdere sectoren van toepassing. De onderwerpen van de aanbevolen maatregelen zijn¹:

- ICT maatregelen:
 - gebruiken van optimaal gebruiksvriendelijke software;
 - inbouwen automatische controles in registratie;
 - beschikbaar stellen technische hulpmiddelen;
 - eenmalig vastleggen brongegevens voor meervoudig gebruik;
 - automatisch afleiden kwaliteitsinformatie uit registraties primair proces; en
 - optimaliseren intern systeembeheer.
- Organisatiemaatregelen:
 - terugkoppelen eigen gegevens aan professional (en van berekende indicatorwaarden);
 - gebruiken van kwaliteitsinformatie als managementinstrument;
 - blamefree registreren (en duidelijkheid over de follow up van incidenten);
 - neerleggen verantwoordelijkheid bij professional;
 - creëren gezaghebbende positie kwaliteitsfunctionaris;
 - inrichten van governance voor kwaliteitsinformatie;
 - opzetten instructiesysteem; en
 - operationaliseren self assessment en indicator kwaliteitregistratie.
- In- en externe toetsing:
 - instellen interne audit op betrouwbaarheid; en
 - externe toetsing binnen eigen sector.

Deze aanbevolen maatregelen dienen per stuurgroep concreet te worden uitgewerkt waarbij rekening wordt gehouden met de eventuele extra administratieve lasten. Het

¹De maatregelen worden op dit moment - zomer 2009 - in opdracht van verschillende stuurgroepen verder geconcretiseerd in een sectoroverstijgend project.

zichtbaar maken van kwaliteit vraagt van alle zorgaanbieders grote investeringen. Bij de keuze van de technieken om registraties betrouwbaar te maken, zal zoveel mogelijk gebruik dienen te worden gemaakt van de borging voor betrouwbaar registreren, die al in andere systemen is aangebracht.

Daarnaast worden er labels ontwikkeld, die uitdrukken in hoeverre een zorgaanbieder de aanbevolen maatregelen heeft genomen. Een dergelijk label kan bijvoorbeeld een (gewogen) telling van het aantal doorgevoerde maatregelen zijn. De benodigde gegevens om het label vast te stellen, worden in de stap 'Data verzamelen en verwerken' verzameld.

Hoofdstuk 5

Data verzamelen en verwerken

Deze stap, 'Data verzamelen en verwerken', bestaat uit vier substappen:

Aanleveren van gegevens Het aanleveren van de gegevens door de zorgaanbieders aan een centraal systeem.

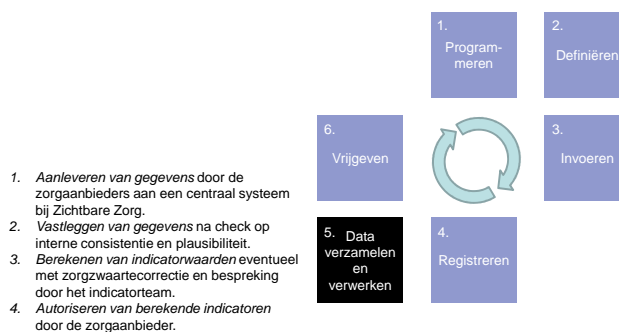
Vastleggen van gegevens Het analyseren van de kwaliteit van de aangeleverde gegevens vooral op het gebied van betrouwbaarheid van de registratie, waarna de gegevens al dan niet in de database worden vastgelegd.

Berekenen van indicatorwaarden Het berekenen van de indicatorwaarden, eventueel met zorgzwaartecorrectie en schriftelijke bespreking van de berekende indicatorwaarden door het indicatorteam.

Autoriseren van berekende indicator Het autoriseren van de berekende indicator door de zorgaanbieder, zodat deze aan zijn publicatieverplichtingen kan voldoen.

Deze stap wordt hier summier beschreven. Zichtbare Zorg zal later ingaan op de gedetailleerde invulling van de hier behandelde substappen. Die invulling is technisch van aard en wordt bepaald door procedureregels en algoritmes die steeds in overleg met de sector worden vastgesteld.

De stap 'Data verzamelen en verwerken' leidt in 4 substappen tot door de zorgaanbieder geautoriseerde indicatorwaarden



5.1 Aanleveren van gegevens

Er zijn grofweg twee methoden om de gegevens aan te leveren:

1. Lokale berekening waarbij rekenregels, in- en exclusiecriteria en zorgwaarte correctie door zorgaanbieders zelf worden uitgevoerd. De zorgaanbieder levert alleen de waarde of ook de teller en noemer voor een bepaalde kwaliteitindicator.
2. Centrale berekening waarbij de gegevens op patiëntniveau op een centraal punt worden aangeleverd. Daar worden ook het berekenen van de indicatorwaarden, het toepassen van de in- en exclusiecriteria en het eventueel corrigeren voor zorgwaarte gedaan.

In het buitenland wordt vooral de tweede methode gebruikt. Daar wordt uit de administratieve databases bepaald voor welke cliënten er kwaliteitsinformatie moet worden aangeleverd. De zorgaanbieder levert dan gegevens aan voor individuele cliënten, uiteraard zodanig geanonimiseerd dat de privacy is gewaarborgd.

Gebruikers van zorginformatie verkiezen vooral de tweede methode en willen bovendien zoveel mogelijk directe toegang tot de onderliggende gegevens. De meeste koepelorganisaties van zorgaanbieders prefereren juist de eerste methode vooral om het risico te beperken dat de gegevens voor oneigenlijke doeleinden worden gebruikt.

Conceptueel gezien hoeft het centrale punt voor verzameling en berekening niet bij Zichtbare Zorg te liggen. Er kan gebruik gemaakt worden van een 'Trusted Third Party' of een database bij een brancheorganisatie.

De tweede methode stelt overigens hoge eisen aan de data infrastructuur. Er is immers een centrale database nodig waar alle gegevens bij elkaar gebracht worden. De privacy wordt gewaarborgd door te werken met door het College Bescherming Persoonsgegevens goedgekeurde pseudonimiseringstechnieken.

5.2 Vastleggen van gegevens

Alvorens de aangeleverde gegevens in de database worden vastgelegd, wordt de kwaliteit van de aangeleverde gegevens beoordeeld. Dit kan worden gedaan op basis van analyses die eventueel leiden tot een update van de aangeleverde gegevens.

5.2.1 Kwaliteit van de aangeleverde gegevens

In de stap 'Registreren' werd ingegaan op maatregelen die een zorgaanbieder kan nemen om de betrouwbaarheid van de registratie te verhogen. In deze stap wordt de kwaliteit van de aangeleverde gegevens beoordeeld op basis van die gegevens zelf. De aangeleverde gegevens worden op een aantal manieren getest:

- plausibiliteit - er wordt gecheckt of de aangeleverde gegevens plausibel zijn, bijvoorbeeld door vast te stellen dat er geen prostaatkankeroperaties op vrouwen zijn uitgevoerd, de leeftijd van dementerenden, et cetera, op basis van door het indicatorteam vastgestelde plausibiliteitschecks;
- consistentie - opvallende veranderingen van de score ten opzichte van eerdere perioden worden onderzocht; dat kunnen aanduidingen zijn van verkeerd aangeleverde gegevens;

- uitbijters - de berekende indicatorwaarden worden vergeleken met die van andere zorgaanbieders; indicatorwaarden die niet bij de overige lijken te passen kunnen het gevolg zijn van verkeerd aangeleverde gegevens; en
- volledigheid - indien mogelijk wordt beoordeeld of de aangeleverde gegevens volledig zijn.

Als gegevens niet plausibel of consistent zijn of een extreme uitbijter, kunnen ze worden geschoond. Die gegevens worden dan uit de database verwijderd. En de zorgaanbieder heeft dan het gegeven niet aangeleverd. Zij krijgen wel een kans om een update van de aangeleverde gegevens te doen.

5.2.2 Update van aangeleverde gegevens

De bovenstaande analyses over de kwaliteit van de aangeleverde gegevens, kunnen leiden tot vragen over de betrouwbaarheid van de registratie. In dat geval wordt contact opgenomen met de zorgaanbieder. Die kan dan binnen een bepaalde tijd gecorrigeerde gegevens aanleveren of een verklaring geven voor de observaties. De mate van de betrouwbaarheid van de registratie wordt systematisch per zorgaanbieder bijgehouden. Als dat binnen vooraf gestelde grenzen blijft, worden de gegevens in de database opgenomen voor verdere verwerking. De zorgaanbieder krijgt een kopie van de gegevens zoals die in de database worden opgenomen.

5.3 Berekenen van indicatorwaarden

Zichtbare Zorg berekent de indicatoren met de rekenregels die door het indicatorteam zijn opgesteld, inclusief eventuele zorgzwaartecorrecties. De algoritmen die Zichtbare Zorg voor de berekeningen gebruikt, worden gepubliceerd.

De indicatorwaarden worden bovendien in perspectief geplaatst. Er kan bijvoorbeeld een overzicht worden gemaakt van de ontwikkeling van het gemiddelde, de mediaan, de grens van het hoogste en laagste kwartiel en de hoogste en laagste score. De indicatorwaarden van individuele zorgaanbieders worden geanonimiseerd weergegeven, totdat de waarden door de zorgaanbieder zijn geautoriseerd.

5.4 Autoriseren van de berekende indicatorwaarden

In dit raamwerk worden de indicatoren centraal berekend. Onder de huidige wetgeving hebben zorgaanbieders de plicht om gegevens over hun kwaliteit beschikbaar te maken. Zij zijn dus eindverantwoordelijk voor de aangeleverde gegevens. Door de berekende indicatorwaarden te autoriseren, stemmen zij in met de manier van verzamelen en bewerken van de door hen aangeleverde gegevens. De zorgaanbieder krijgt een bepaalde termijn om de berekende indicatoren te autoriseren. De toezichthouder zou kunnen vaststellen dat na autorisatie is voldaan aan de verantwoordingsplicht voor die indicatoren die zijn opgenomen in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Zichtbare Zorg kan de indicatorwaarden, indien daarvoor toestemming van de zorgaanbieder is verkregen, doorsturen voor het JMV.

Automatische afleiding van indicatoren

Een van de manieren waarop de betrouwbaarheid (en daarmee de uiteindelijke validiteit en vergelijkbaarheid) van prestatie-indicatoren kan worden geborgd is door gebruik te maken van reeds beschikbare data-bronnen bij zorgaanbieders, en daaruit de indicatoren geautomatiseerd af te leiden. Door gestandaardiseerde queries te gebruiken kunnen indicatoren worden afgeleid uit bijvoorbeeld de DBC- en zorgactiviteiten registraties van ziekenhuizen, gecombineerd met gestandaardiseerd geregistreerde opname- en ontslag gegevens.

Een indicator als 'volume cystectomiën' of 'heropnames bij hartfalen' of sterfte of 'doorlooptijd'-indicatoren wordt op deze manier bij alle ziekenhuizen op dezelfde manier afgeleid uit de reeds geregistreerde gegevens. Dit garandeert natuurlijk niet meteen optimaal valide indicatoren: daarvoor moet de indicator zelf deugen (is 'heropnames' een goede maat voor kwaliteit van zorg of niet) en daarvoor moet ook de registratie adequaat en vergelijkbaar zijn (wordt de diagnose 'hartfalen' wel op dezelfde manier gesteld in verschillende ziekenhuizen).

Maar door de indicator op dezelfde, uniforme manier af te leiden worden gehanteerde data-selecties en berekenmethodieken geüniformeerd. Ook wordt op deze wijze goede casemix correctie mogelijk, omdat de basisgegevens op patiënt-niveau beschikbaar zijn. Naast administratieve gegevens kan ook gebruik worden gemaakt van klinische registraties (zoals een decubitusregistratie, infectiescores, pijnscores), al dan niet geïntegreerd in een elektronisch patiënten dossier. Ook hierbij geldt dat het geautomatiseerd maken van de juiste gegevens-selecties en uniforme berekenmethodieken leidt tot meer betrouwbare uitkomsten.

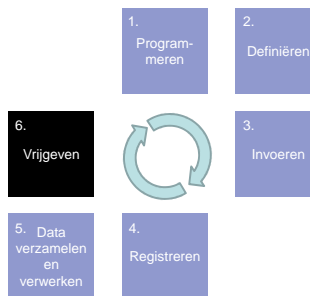
Het geautomatiseerd afleiden met gestandaardiseerde queries is met andere woorden geen panacee voor optimaal valide en vergelijkbare indicatoren, maar kan wel helpen de kwaliteit van de kwaliteitsindicator te verbeteren.

Hoofdstuk 6

Vrijgeven

De stap 'Vrijgeven' bestaat uit vier substappen die het derden mogelijk maken de indicatorwaarden te gebruiken

1. *Bespreken* van uitkomsten door het indicatorteam in een (inter)nationaal en historisch perspectief.
2. *Labelen* van indicatorwaarden voor betrouwbaarheid van registratie.
3. *Corrigeren* voor *zorgzwaarte* van de indicatorwaarden indien nodig.
4. *Vrijgeven* voor verder gebruik, bijvoorbeeld voor keuze- en inkoop informatie, toezicht of spiegelinformatie.



De stap 'Vrijgeven' bestaat uit vier substappen waarna gegevens beschikbaar zijn voor verder gebruik:

Bespreken door indicatorteam Het indicatorteam plaatst de uitkomsten voor een indicatorset in een landelijk perspectief en verantwoordt zich over het beheer van de indicatorset.

Labelen voor verwachte betrouwbaarheid van registratie Alle indicatorwaarden die worden vrijgegeven, worden voorzien van 'labels' die de betrouwbaarheid van de registratie weergeven van de gegevens die gebruikt zijn om de indicatorwaarde te berekenen. Het label is gebaseerd op maatregelen die de zorgverlener daartoe genomen heeft.

Corrigeren voor zorgzwaarte Indien nodig, worden de indicatorwaarden gecorrigeerd voor de zorgzwaarte van de zorgaanbieder.

Vrijgeven voor verdere verwerking De verzamelde indicatorwaarden worden vrijgegeven voor verder gebruik voor keuze en inkoop van zorgaanbieders. Daarnaast kunnen onderliggende gegevens door de stuurgroep worden vrijgegeven voor andere functies zoals spiegelinformatie, toezicht en onderzoek en ontwikkeling.

In de stuurgroep worden afspraken gemaakt over de snelheid waarmee deze stap volgt op het verzamelen en verwerken van de data. Er zou bijvoorbeeld een bepaalde maximale tijd kunnen liggen tussen verzamelen en verwerken van de gegevens, berekening van de indicatorwaarden en vrijgeven van de indicatorwaarden.

6.1 Bespreken door indicatorteam

Het indicatorteam bespreekt de geautoriseerde resultaten voor de indicatorset schriftelijk. Vanuit hun expertise worden de resultaten in landelijk en eventueel internationaal perspectief geplaatst en worden mogelijke verbeteringen van de indicatorset besproken. De bespreking wordt voorbereid door Zichtbare Zorg. De bespreking in deze stap is bedoeld voor de stuurgroep om verdere beslissingen op te baseren en voor het publiek om verantwoording over het beheer van de indicatorset af te leggen aan de gebruikers. Als er een PAC is ingesteld, wordt de bespreking voorzien van een advies van de PAC. De bespreking richt zich vooral op de validiteit van de indicatoren en op de betrouwbaarheid van de registratie. Het indicatorteam bespreekt daarnaast de ontwikkelingen rond de indicatorset die aanleiding kunnen geven tot aanpassingen aan de indicatorset. Dit zijn naast de Nederlandse inzichten en ervaringen met het gebruik van de indicatorset bijvoorbeeld wetenschappelijke publicaties en ervaringen in het buitenland. De stuurgroep gebruikt deze bespreking door het indicatorteam bij het vaststellen van het programma voor handhaven, verwijderen of aanpassen van indicatorsets. Eventueel ontvangt de stuurgroep daarvoor een advies van een PAC.

6.2 Labelen voor verwachte betrouwbaarheid van registratie

Zichtbare Zorg voorziet alle indicatorwaarden van een label dat de verwachte betrouwbaarheid van registratie van de gegevens weergeeft die voor de indicatorwaarde zijn gebruikt. Het label over de betrouwbaarheid van registratie kan worden gebaseerd op de maatregelen die een organisatie heeft genomen om tot juiste, tijdige en volledige informatie te komen. De kans op betrouwbare registratie wordt bovendien verhoogd door te zorgen voor indicatoren die eenduidig en herkenbaar gedefinieerd zijn en waarvoor de gebruikte gegevens al elektronisch beschikbaar zijn. Het indicatorteam houdt daar bij de definitie van de indicatorset rekening mee.

Het label voor registratiebetrouwbaarheid is gebaseerd op een gestandaardiseerde inventarisatie van de maatregelen die een organisatie daarvoor heeft genomen. De maatregelen, verdeeld in ICT maatregelen, organisatiemaatregelen en in- en externe toetsing, zijn beschreven bij de stap 'Registreren'. De relevante maatregelen en de weging om tot de labels te komen, worden door de stuurgroep vastgesteld. Er kunnen bijvoorbeeld vier labels (zoals laag, matig, redelijk, hoog) voor de betrouwbaarheid van registratie worden vastgesteld.

Het label voor alle indicatorwaarden die door één zorgaanbieder zijn aangeleverd, hoeft niet gelijk te zijn. Zo kan bijvoorbeeld bij een instelling de betrouwbaarheid van de registratie verschillen tussen afdelingen, of moet een huisarts voor sommige gegevens een steekproef nemen, terwijl andere gegevens voor alle patiënten beschikbaar zijn.

Zichtbare Zorg werkt in een sectoroverstijgend project verder aan het invoeren van een dergelijk label. Door het label te publiceren ondervinden zorgaanbieders mogelijk

reputatieschade. Het vermijden daarvan is een sterke prikkel om de betrouwbaarheid van de registratie te verbeteren.

6.3 Corrigeren voor zorgzwaarte

Bij de specificatie van indicatoren is bepaald of er wordt gecorrigeerd voor de zorgzwaarte van zorgaanbieders. De zorgzwaartecorrectie kan gebaseerd zijn op gegevens die niet worden vrijgegeven. In dat geval past Zichtbare Zorg het algoritme toe en geeft alleen de resultaten daarvan, samen met de indicatorwaarde vrij. Door ook de indicatorwaarde zonder zorgzwaartecorrectie vrij te geven, kunnen derden zich een oordeel vormen over de zorgzwaartecorrectie, of zelf een alternatieve zorgzwaartecorrectie toepassen.

6.4 Vrijgeven voor verdere verwerking

Zichtbare Zorg geeft alle indicatorwaarden vrij voor verdere verwerking door derden. Zichtbare Zorg zal deze verdere verwerking niet zelf doen; haar rol is beperkt tot het registreren van het proces dat in dit raamwerk is beschreven. De laatste stap daarvan is het vrijgeven van de indicatorwaarden. Het is belangrijk dat de gebruikers van de berekende indicatorwaarden zich een oordeel over de statistische betrouwbaarheid kunnen vormen. Het vrijgeven wordt in een toegankelijke vorm gedaan, bijvoorbeeld in een database die door iedereen via internet is te raadplegen en/of te downloaden. De gegevens die gebruikt zijn om indicatorwaarden te berekenen en die in principe niet publiek gemaakt hoeven te worden, kunnen eventueel door de stuurgroep worden vrijgegeven voor andere functies.

6.4.1 Statistische betrouwbaarheid en onderscheidend vermogen

Ook als de betrouwbaarheid van de registratie zo hoog mogelijk is, kan het nog zijn dat de statistische betrouwbaarheid en/of het onderscheidend vermogen laag zijn. Bijvoorbeeld als een zorgaanbieder weinig van de zorgproducten levert waarvan de kwaliteit door een indicator wordt gemeten, of als de waarde van een indicator bij goede zorg naar nul tendeert. Voor gebruikers van de indicatorwaarden is de poweranalyse die bij de stap 'Definiëren' is gemaakt, beschikbaar. Daarnaast wordt het betrouwbaarheidsinterval gepubliceerd.

Transparantie over de statistische eigenschappen wordt bovendien gegeven door voor indicatoren die een verhouding aangeven (zoals percentage decubitus of percentage heropnames) zowel de teller als de noemer vrij te geven. Gebruikers van de gemeten indicatorwaarden kunnen dan ook zelf de statistische betrouwbaarheid en het onderscheidend vermogen berekenen en zelf bepalen hoe zij dat in hun oordeel over de kwaliteit van zorg meenemen.

6.4.2 Keuze- en inkoopinformatie

Het meten van kwaliteitsindicatoren voor Zichtbare Zorg is bedoeld voor keuze- en inkoopinformatie. Dat kan alleen als de gemeten indicatoren ook voor derden beschikbaar zijn. De stuurgroep heeft al in een eerder stadium besloten om een indicatorset te meten. De daadwerkelijke uitkomsten zijn geen reden om de gemeten

indicatorwaarden niet vrij te geven. Zeker niet als zij zijn voorzien van labels aangaande de betrouwbaarheid van registratie en als de gebruiker voldoende informatie krijgt om conclusies te trekken aangaande de statistische betrouwbaarheid, onderscheidend vermogen en de zorgzwaarte.

6.4.3 Overige functies

De indicatorwaarden zijn publiek beschikbaar en kunnen dus ook voor andere functies zoals toezicht, benchmarking, onderzoek en ontwikkeling worden gebruikt. De stuurgroep zou kunnen beslissen om voor dergelijke functies ook de onderliggende gegevens beschikbaar te maken aan derden. Hiervoor stelt zij een protocol vast. Daarbij kan overwogen worden om de gegevens zonder hoge toetredingsdrempels beschikbaar te stellen aan onderzoekers. Zij zouden dan bijvoorbeeld voordien geen onderzoeksplan hoeven in te dienen, maar zich moeten conformeren aan privacy-regels. Met brede beschikbaarheid van gegevens voor onderzoekers kan de innovatie van het werken met kwaliteitgegevens en onderzoek naar kwaliteit worden gestimuleerd.

Voorbeelden van gebruik zijn:

- *Spiegelinformatie* - Met het meten van kwaliteit moet uiteindelijk de geleverde kwaliteit van zorg verbeterd worden. Het is daarvoor cruciaal dat zorgaanbieders weten hoe zij relatief presteren. Zichtbare Zorg kan ze daarbij helpen door het maken van spiegelinformatie te faciliteren in samenwerking met de desbetreffende brancheorganisatie. Zichtbare Zorg hoeft de spiegelinformatie niet zelf te maken. Zij hoeft slechts te faciliteren dat gegevens op verzoek van de deelnemende zorgaanbieders en na toestemming van de stuurgroep, beschikbaar komen.
- *Onderzoek en ontwikkeling* - De stuurgroep kan ook beslissen om de indicatoren en onderliggende gegevens beschikbaar te maken voor onderzoek en ontwikkeling. Zo kunnen de gegevens bijvoorbeeld gebruikt worden om het effect van richtlijnen te onderzoeken of om nieuwe richtlijnen mee te onderbouwen. De stuurgroep stelt een beslisprotocol vast, zodat het voor de aanvragers van gegevens duidelijk is waar hun verzoek en hun onderzoeksopzet aan moet voldoen.
- *Toezicht* - De IGZ gebruikt een basisset voor toezichtdoeleinden. Daarnaast kan IGZ de Zichtbare Zorg indicatoren gebruiken voor het toezicht.

Vergelijking van ziekenhuizen in de Verenigde Staten - Hospitalcompare.hhs.gov

The measures currently reported on Hospital Compare (de publieke website met de vergelijkende informatie over ziekenhuizen in de VS) include the ten starter measures plus additional measures that many hospitals also voluntarily report. The measures represent wide agreement from CMS, the hospital industry and public sector stakeholders such as The Joint Commission, the National Quality Forum (NQF), and the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

The hospital quality measures currently listed on Hospital Compare have gone through years of extensive testing for validity and reliability by CMS (Center for Medicare and Medicaid) and the QIOs (Quality Improvement Organisations), The Joint Commission, the HCA and researchers. The hospital quality measures are also endorsed by the National Quality Forum, a national standards setting entity.

These measures were chosen because they are related to three serious medical conditions and surgical care and it is possible for hospitals to submit information for public reporting today. Both The Joint Commission and CMS provide their own processes to submit data and use data edit procedures to check data for completeness and accuracy. In addition, the quality measures are well understood by providers and stakeholders and can be validated by CMS with existing resources through its QIO program. The ultimate goal of CMS and its collaborators is for this set of measures to be reported by all hospitals, and accepted by all purchasers, oversight and accrediting entities, payers and providers. In the future, additional quality measures will be added to Hospital Compare. Zie <http://hospitalcompare.hhs.gov>

Deel III

Doorlopen van het raamwerk

Hoofdstuk 1

Overzicht van het raamwerk

Het raamwerk is zelf ook onderdeel van een lerend systeem. Door het periodiek aan te passen op basis van ervaringen van gebruikers, wordt het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren in de zorg steeds effectiever. Het raamwerk kan eventueel worden aangepast, bijvoorbeeld als het te uitgebreid is voor een bepaalde stuurgroep. Binnen het raamwerk zijn verschillende substappen aan elkaar gekoppeld.

1.1 Overzicht van het raamwerk

Het geïntroduceerde raamwerk begint met de door een stuurgroep vastgestelde uitgangspunten waarna er zes stappen periodiek worden doorlopen. Nadat voor een indicatorset de laatste stap - 'Vrijgeven' - is doorlopen, kan worden besloten om pas later, bijvoorbeeld na drie jaar, te evalueren of de portefeuille van indicatorsets geüpdate moet worden. In dat geval wordt na de stap 'Vrijgeven' de stap 'Registreren' weer uitgevoerd voor de indicatorset. Als de portefeuille wel wordt geëvalueerd, wordt weer begonnen met de stap 'Programmeren'. Er wordt dan besloten over het handhaven, aanpassen, verwijderen of toevoegen van indicatorsets. Het raamwerk bestaat dus uit twee blokken van ieder drie stappen. De stappen 4, 5 en 6 worden jaarlijks (of frequenter als vaker kwaliteitsindicatoren worden gepubliceerd) doorlopen. Met de stappen 1, 2 en 3 wordt het systeem gestart en periodiek herijkt.

Stappen en substappen in het Zichtbare Zorg raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren



1.2 Aanpassen van het raamwerk

Voor sommige sectoren is het raamwerk te uitgebreid. Als er bijvoorbeeld maar één indicatorset is en de stuurgroep werkt niet met een PAC, dan kan worden overwogen om de stappen 'Programmeren' en 'Definiëren' geïntegreerd uit te voeren. In dat geval beheert de stuurgroep geen portefeuille van indicatorsets en dus is de afstemming minder complex.

Voorbeeld van aangepaste stappen en substappen voor een stuurgroep met één indicatorset



1.3 Koppeling van (sub)stappen in het raamwerk

Bij de behandeling van het raamwerk zijn herhaaldelijk voorwaartse en achterwaartse koppelingen gemaakt. Zo wordt bij de stap 'Definiëren' al vooruit gekeken naar de stap 'Registreren' omdat bij de definitie zoveel mogelijk wordt uitgegaan van reeds geregistreerde en digitaal opgeslagen gegevens. Deze samenhang wordt in de volgende figuur weergegeven, inclusief de paragraaf waarin dat behandeld wordt.

Programmeren	Invoeren	Definiëren	Registreren	Data	Vrijgeven																
						3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	5.1	5.2	5.3	5.4	6.1	6.2	7.1	7.2
3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	5.1	5.2	5.3	5.4	6.1	6.2	7.1	7.2	7.3	7.4	8.1	8.2	8.3	8.4
Eventueel instellen PAC	Voorstellen programma	Vaststellen programma	Voorbereiden	Selecteren	Consulteren	Operationaliseren	Vaststellen specificaties	Testen in het veld	Evaluëren veldtest	Vaststellen indicatorset	Landelijk implementeren set	Gegevens registreren	Borgen betrouwbare registratie	Aanleveren	Vastleggen	Berekenen	Autoriseren	Bespreken door indicator team	Labelen betr. registratie	Corrigeren zorgwaarde	Vrijgeven
3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	5.1	5.2	5.3	5.4	6.1	6.2	7.1	7.2	7.3	7.4	8.1	8.2	8.3	8.4
Eventueel instellen PAC	Voorstellen programma	Vaststellen programma	Voorbereiden	Selecteren	Consulteren	Operationaliseren	Vaststellen specificaties	Testen in het veld	Evaluëren veldtest	Vaststellen indicatorset	Landelijk implementeren set	Gegevens registreren	Borgen betrouwbare registratie	Aanleveren	Vastleggen	Berekenen	Autoriseren	Bespreken door indicator team	Labelen betr. registratie	Corrigeren zorgwaarde	Vrijgeven
3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	5.1	5.2	5.3	5.4	6.1	6.2	7.1	7.2	7.3	7.4	8.1	8.2	8.3	8.4
Eventueel instellen PAC	Voorstellen programma	Vaststellen programma	Voorbereiden	Selecteren	Consulteren	Operationaliseren	Vaststellen specificaties	Testen in het veld	Evaluëren veldtest	Vaststellen indicatorset	Landelijk implementeren set	Gegevens registreren	Borgen betrouwbare registratie	Aanleveren	Vastleggen	Berekenen	Autoriseren	Bespreken door indicator team	Labelen betr. registratie	Corrigeren zorgwaarde	Vrijgeven

links onder - terugkoppeling: substep in rij kan leiden tot heroverweging substep in kolom

rechtsboven - vooruitkoppeling: substep in kolom anticipeert op substep in rij

Hoofdstuk 2

Verantwoordelijkheden

2.1 Rollen van stakeholders in het raamwerk

De stuurgroep, indicatorteams en Zichtbare Zorg vervullen alledrie een belangrijke rol bij het ontwikkelen en beheren van indicatoren. De beslissingen die zij gedurende de periodieke beheercyclus van een indicatorset nemen of voorbereiden, staan in onderstaande figuur bij elkaar. Daarbij is tevens de rol van een PAC aangegeven voor het geval de stuurgroep een PAC heeft ingesteld.

Heldere rolverdeling is cruciaal voor het soepel doorlopen van het raamwerk. Stuurgroepen nemen de eindbeslissingen en stemmen hun werk bestuurlijk af. Een PAC is inhoudelijk georiënteerd met een 'helikopterview' over een hele sector. Een indicatorteam houdt zich bezig met de inhoudelijke ontwikkeling en onderhoud van een indicatorset. Zichtbare Zorg ondersteunt deze partijen en bereidt de beslissingen van stuurgroepen voor en voert die beslissingen uit.



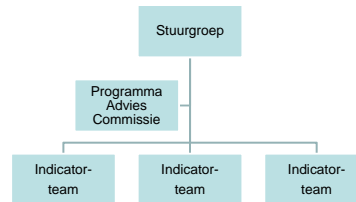
2.2 Mogelijke rol van een Programma Advies Commissie

Als de stuurgroep een PAC heeft ingesteld, worden de 'producten' van een indicatorteam voorzien van een advies van de PAC voordat ze worden aangeboden aan de stuurgroep (zie figuur op de volgende pagina). Het belangrijkste doel hiervan is om de voorstellen van indicatorteams in een breder perspectief te plaatsen en tegen elkaar af te kunnen wegen. Daarnaast deelt de PAC ook haar inhoudelijke inzichten over de indicatorset met de stuurgroep.

Als er een PAC is ingesteld, geeft de PAC de stuurgroep advies over de producten van indicatorteams

Producten van indicatorteams die, vergezeld van een advies van de PAC, aan de stuurgroep worden aangeboden (per stap)

<p>Definiëren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selectie van indicatoren voor een set • Concept-indicatorset inclusief motivatie • Evaluatie van de veldtest <p>Invoeren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluatie van de veldtest <p>Vrijgeven</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bespreking van de ontwikkelingen op het gebied van de indicatorset, aanverwante wetenschappelijke ontwikkelingen en ervaringen in het buitenland • Suggesties voor verwijdering, handhaving of aanpassing van de indicatorset



Hoofdstuk 3

Doorlooptijd

De doorlooptijd van het raamwerk hangt af van veel factoren. De hier geschatte tijdspanne is gebaseerd op ervaringen van Zichtbare Zorg met het huidige programma in Nederland en van vergelijkbare projecten in het buitenland. De schatting moet gezien worden als een aanzet voor de planning, waarbij er bovendien vanuit is gegaan dat de agenda vooraf voor alle partijen duidelijk en acceptabel is. De voorgestelde doorlooptijden kunnen alleen gerealiseerd worden als er draagvlak is voor de planning en als ruim vooraf bekend is wanneer een stap begint en eindigt. Het gaat dus om een doorlooptijd waar alle besluiten tijdig genomen kunnen worden. Per stap:

Programmeren Voor stuurgroepen die een PAC hebben ingesteld, kan de PAC bijvoorbeeld minstens tweemaal per jaar bijeen komen. De bijeenkomsten worden voorbereid door Zichtbare Zorg (of door haar ingehuurde derden). Om de adviezen van de PAC te onderbouwen zijn analyses nodig over bestaande indicatorsets in het buitenland en over potentiële nieuwe indicatorsets. Met een analyse van 2 maanden, met 1 maand voorbereidingstijd voor de PAC en daarna 1 maand voorbereidingstijd voor de stuurgroep, kan het programma in 4 maanden door de stuurgroep worden vastgesteld. Ook stuurgroepen die zonder PAC werken hebben waarschijnlijk ongeveer 4 maanden nodig om tot een programma te komen.

Definiëren Na het voorbereiden gedurende 1 maand, duurt de selectie van indicatoren tussen 3 en 6 maanden. Het selecteren is bijvoorbeeld afhankelijk van de beschikbaarheid van indicatoren uit het buitenland en of de daar gebruikte definities (zoals de medische codering) aansluiten bij die in Nederland. Na de selectie wordt de sector geconsulteerd. Inclusief het verwerken van de reacties op de consultatie duurt dat minstens 2 maanden. Daarna wordt de gedefinieerde set geoperationaliseerd, onder andere in een praktijktest van ongeveer een maand. De concept-indicatorset kan dus na 7 tot 10 maanden nadat het definiëren is gestart, worden vastgesteld.

Invoeren De zorgaanbieders zijn, na voorbereidingen van 1 maand, ongeveer 1 maand bezig met het verzamelen van de gegevens voor de veldtest. Daarna wordt de veldtest gedurende 1 maand geëvalueerd. De indicatorset kan dus ongeveer 3 maanden na het begin van de veldtest worden vastgesteld. Daarbij is er vanuit gegaan dat de test geen aanleiding geeft tot majeure aanpassingen in de definitie. Voor aanpassingen aan ICT wordt 1 tot 6 maanden gerekend, afhankelijk van de complexiteit ervan. De landelijke implementatie van de indicatorset duurt daarna ongeveer 2 maanden. In zijn geheel duurt het invoeren dan ongeveer 6 tot 12

maanden. Dit kan langer duren als er een 'dode tijd' is. Bijvoorbeeld omdat nieuwe indicatorsets of aanpassingen in het eerste kwartaal landelijk worden ingevoerd zodat over het voorgaande jaar gerapporteerd kan worden. In dat geval wordt er gewacht met implementeren tot het eerste kwartaal. Voor de stap 'Invoeren' is 6 tot 12 maanden opgenomen.

Registreren Hoelang het registreren van de gegevens duurt, hangt af van de specificaties van de indicatoren. Idealiter worden gegevens gebruikt die sowieso al geregistreerd worden. Hiervoor wordt geen tijd voor het doorlopen opgenomen.

Data verzamelen en verwerken Als de gegevens via een webtool worden ingevoerd in een centrale database, kan de database in 1 maand gevuld worden. Daarna worden de gegevens vastgelegd; eventueel na aanpassingen voor verkeerd aangeleverde gegevens. Hiervoor wordt ook 1 maand gerekend. Het berekenen van de indicatorwaarden duurt vervolgens 1 maand, waarna de zorgaanbieders 1 maand de tijd krijgen om de door hen aangeleverde gegevens te autoriseren. Totaal wordt voor het data verzamelen en verwerken 4 maanden opgenomen in de schatting.

Vrijgeven Het indicatorteam gebruikt 2 maanden om de gegevens in landelijk perspectief te plaatsen, terwijl Zichtbare Zorg de labels voor betrouwbaarheid van de registratie aan de indicatorwaarden toekent. Het vrijgeven kan daarna in ongeveer 1 maand. Als ook nog voor zorgwaarte gecorrigeerd moet worden, kan dat 1 maand langer duren. Totaal wordt voor deze stap 3 tot 4 maanden geschat.

De doorlooptijd is afhankelijk van sector specifieke aspecten voorbeeld voor 36 maanden

maanden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
Programmeren	voorstel voor programma				vaststellen																						
Definiëren					voorbereiden	selecteren							consulteren	operationaliseren	vaststellen												
Invoeren															testen in het veld	evalueren test	vaststellen	eventuele pauze voor ICT of voor timing in jaarcyclus						landelijk implementeren			

maanden	27	28	29	30	31	32	33	34	35
bij nieuwe set	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Registreren	registreren								
Data	aanleveren	vastleggen	berekenen	autoriseren					
Vrijgeven					bespreken	labelen	corrigeren zorgzwaarte	vrijgeven	

De hierboven geschatte doorlooptijd voor de stappen is totaal 24 tot 36 maanden. Het doorlopen van alle stappen in het raamwerk zal dus minimaal twee jaar duren. Daarbij is er al vanuit gegaan dat er met een zorgvuldig gepland traject wordt gewerkt. Dit is slechts een indicatie. De werkelijke tijd kan iets korter zijn, bijvoorbeeld als reeds in Nederland geïmplementeerde indicatoren worden geselecteerd, of juist langer zijn bijvoorbeeld als de set wordt aangepast na de praktijktest of na de veldtest.

Deel IV

Appendices

Bijlage A

Afkortingen

Lijst met gebruikte afkortingen:

AWBZ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

AZR AWBZ brede zorgregistratie

CKZ Centrum Klantervaring Zorg

CTG College Tarieven Gezondheidszorg

DBC Diagnose Behandeling Combinatie

DIS DBC Informatie Systeem

GGZ Geestelijke Gezondheidszorg

GZ Gehandicaptenzorg

HIS Huisarts informatiesysteem

IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg

JMV Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

LMR Landelijke Medische Registratie

NZa Nederlandse Zorgautoriteit

PAC Programma Advies Commissie

V&V Verpleging en Verzorging

VV&T Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

wmg Wet marktordening gezondheidszorg

ZIS Ziekenhuis informatiesysteem

ZT Zorg thuis

ZZP Zorg Zwaarte Pakket

Bijlage B

Interviews

Dit document is onder andere gebaseerd op interviews en gesprekken met ervaringsdeskundigen en experts op het gebied van het meten van de kwaliteit van zorg. Zichtbare Zorg heeft dit document mede gebaseerd op hun inzichten en ervaringen. Eventueel gemaakte gespreks- en bezoekverslagen zijn beschikbaar op www.zichtbarezorg.nl/consultatie.

- *Marc Berg*, Plexus, Amsterdam en hoogleraar Sociaal Medische Wetenschappen, Erasmusuniversiteit Rotterdam
- *Klaus Dahmen*, plv. hoofd Qualitätsmanagement van Rhön Klinikum AG, Neustadt
- *Burkhard Fischer*, BQS, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, Düsseldorf
- *Richard Grol*, hoogleraar Kwaliteit van Zorg en IQ Health, Nijmegen
- *Günter Heller*, Wissenschaftliches Institut der AOK (Krankenkasse), Berlijn
- *Martin Henscher*, *Stephanie Somerville* NHS Next stage review team, Department of Health, Londen
- *Justine Karpusheff*, *Nick Baillie*, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londen
- *Niek Klazinga*, hoogleraar Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam
- *Janet Ledward*, *Mike Farrar*, *Joe Rafferty*, *Leigh Ann Meyers*, 'Advancing Quality', Strategic Health Authority North West, Manchester
- *Thomas Mansky*, Helios Kliniken AG, Berlijn
- *Etienne Minvielle*, Centre de Recherche en Économie et Gestion appliquées à la Santé - INSERM, Parijs
- *Jonathon Marron*, Policy Director, Monitor, Londen
- *Birgitte Randrup Krog*, Det National Indikator Project, Kopenhagen
- *Dirk Wiedenhöfer*, *Adolf Steinbach*, Verein Outcome, Zürich

Bijlage C

Literatuurlijst

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 'Guide to patient safety indicators (AHRQ Quality Indicators)', 2007
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 'Guidance for Using the AHRQ Quality Indicators for Hospital-level Public Reporting or Payment', 2004
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 'QI's technical documentation', 2006
- Agence Nationale d'Accréditation e d'Évaluation en Santé; 'Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - principes généraux', 2002
- Berg, ZonMW; 'Publieke rapportage van prestatie-informatie in het nieuwe zorgstelsel', 2006
- Berg, Schellekens; 'Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren', Medisch contact; 57: 1203-1205; 2002
- BQS; 'Qualität sichtbar machen', BQS-Qualitätsreport 2007
- BQS; 'QUALIFY: Instrument for the assessment of Quality Indicators', 2007
- Centers for Medicare and Medicaid services (CMS)/ Premier; 'Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project', 2007
- Darzi, 'High Quality Care for All - NHS next stage review final report', 2008
- Department of Health London; 'Developing the Quality and Outcomes Framework: Proposals for a new, independent process', 2008
- Groene, Jutta, Skau, Frolich; 'An international review of projects on hospital performance assessment', Intl. J. Qual. Health Care 2008 volume 20, nr 3 p 162-171
- Grol, Wollersheim; 'Naar een correct meetsysteem. UMC's en zorgverleners moeten prestatie-indicatoren verder ontwikkelen', Medisch contact 60: 1348-1350; 2005
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 'Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH), Rapport final 2003-2006', 2006
- Inspectie Gezondheidszorg; 'Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg 2007'.

- Inspectie Gezondheidszorg; 'Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg', 2008
- IQ healthcare en CBO; 'Gap-analyse Nederlandse richtlijnen medische zorg', 9 september 2008
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO); 'Primer on Indicator Development and Application', 1990
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO); 'Attributes of Core Performance Measures and Associated Evaluation Criteria', 2006
- de Koning, Smulders, Klazinga; 'Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE)', 2007
- Koolman; 'Betrouwbaar onderscheiden', april 2009
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; 'Handleiding indicatorontwikkeling', 2007
- Mansky, 'Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement bei Helios, Führen und wirtschaften im Krankenhaus', sonderdruck mei 2008
- National Quality Forum (NQF); 'Criteria for Evaluating Measures', 2006
- National Quality Measures Clearinghouse; 'Using Measures', 2006
- NHS North West; 'A North West Health System approach to Advancing Quality', 2008
- OECD working papers nr 29 ; 'Health Care Quality Indicators project', 2006
- PricewaterhouseCoopers, TNO managementconsultants; 'Voorkomen is beter dan genezen', 2009
- RAND Health; 'Evaluation of the Use of AHRQ and Other Quality Indicators', 2006
- Rubin, Pronovost, Diette; 'From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator.', Int. J Qual Health Care 2001; 13: 489-496
- Schouten, Hulscher, Wollersheim, Braspenning, Kullberg, van der Meer, Grol; 'Quality of antibiotics use for lower respiratory tract infections at hospitals: how can we measure it?', Clin. Infect. Dis. 2005 41(4):450-60
- Sira consulting; 'Meting Toezichtlasten Ziekenhuizen', 2006
- Sixma, Delnoij; 'Handboek CQI ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument', Nivel 2008
- VWS; 'Kwaliteit van zorg: hoog op de agenda', brief aan de Tweede Kamer, 10 februari 2006
- VWS, 'Koers op kwaliteit', brief aan de Tweede Kamer, 6 juli 2007

Bijlage D

Het raamwerk in één blik

Uitgangspunten, stappen en substappen in het Zichtbare Zorg raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren

