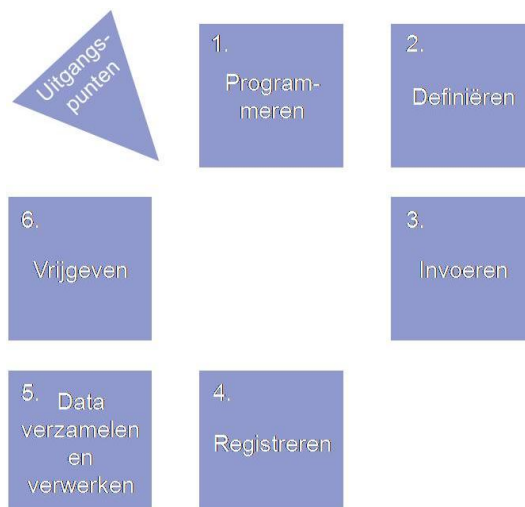


ZICHTBARE ZORG

Raamwerk kwaliteitsindicatoren

Responsdocument met respons op consultatievragen uit het consultatiedocument 'Raamwerk kwaliteitsindicatoren' (28 mei 2009), reacties van Zichtbare Zorg en eventuele aanpassingen van het raamwerk.

Juli 2009



Inhoud

1	Inleiding	2
2	Algemene reacties	3
3	Vragen bij stap 1 - Programmeren	4
3.1	Vraag 1.....	4
3.2	Vraag 2.....	6
4	Vragen bij Stap 2 – Definiëren.....	9
4.1	Vraag 3.....	9
4.2	Vraag 4.....	10
4.3	Vraag 5.....	14
5	Vragen bij Stap 3 – Implementeren	16
5.1	Vraag 6.....	16
5.2	Vraag 7.....	19
6	Vragen bij Stap 4 – Registreren	21
6.1	Vraag 8.....	21
7	Vragen bij Stap 5 – Data verwerken en verzamelen	23
7.1	Vraag 9.....	23
7.2	Vraag 10.....	25
8	Vragen bij Stap 6 – Vrijgeven	27
8.1	Vraag 11.....	27
8.2	Vraag 12.....	28
9	Vragen bij overzicht van het raamwerk	31
9.1	Vraag 13.....	31
9.2	Vraag 14.....	32
10	Vragen bij verantwoordelijkheden.....	34
10.1	Vraag 15.....	34
11	Vragen bij doorlooptijd	36
11.1	Vraag 16.....	36

1 Inleiding

Zichtbare Zorg heeft op 8 april 2009 het consultatiedocument 'Raamwerk kwaliteitsindicatoren' gepubliceerd. In het document waren 16 specifieke vragen opgenomen. Zichtbare Zorg heeft in totaal 39 reacties gekregen voor de deadline van eind mei. De reacties kwamen vooral van brancheorganisaties van zorgaanbieders en dienstverleners die vaak zelf betrokken zijn geweest bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Daarnaast zijn enkele reacties ontvangen van organisaties van zorgconsumenten, een koepelorganisatie en een verzekeraar.

Op donderdag 28 mei is in Utrecht een consultatiebijeenkomst gehouden. Daarbij waren 44 personen aanwezig. De punten die op die dag zijn ingebracht zijn ook meegenomen in deze bijlage bij het visiedocument.

Naast reacties op de consultatievragen zijn er ook algemene opmerkingen over het consultatiedocument gemaakt. De reacties worden gebruikt om het raamwerk aan te scherpen of aan te passen. In dit responsdocument worden de reacties op het consultatiedocument besproken en wordt aangegeven tot welke aanpassingen in het visiedocument die reacties geleid hebben.

De reacties van alle respondenten zijn te vinden op www.zichtbarezorg.nl. Daar treft u ook het consultatiedocument en achtergrondinformatie.

2 Algemene reacties

Het raamwerk is door Zichtbare Zorg gemaakt zonder concreet stuurgroepbesluit. Veel leden van stuurgroepen hebben aangegeven dat ze daar wel graag bij betrokken hadden willen zijn.

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 heeft het initiatief genomen om dit raamwerk op te stellen om haar werkzaamheden duidelijk in kaart te brengen. Het raamwerk kan Zichtbare Zorg en de stuurgroepen helpen om doelmatig te werken. De stuurgroepen zijn nog steeds verantwoordelijk voor de besluiten over transparantie in hun sector. Het raamwerk doet daar niet aan af, maar beoogd alleen een leidraad te zijn waarmee die besluiten zorgvuldig kunnen worden voorbereid en uitgevoerd.

Bovendien werkt het programmabureau Zichtbare Zorg voor meerdere sectoren. Het raamwerk is bedoeld om werkbaar te zijn voor meerdere sectoren. Voor sommige sectoren kan het dan ook zijn dat het raamwerk te complex en te uitvoerig is. De stuurgroepen kunnen beslissen hoe zij het raamwerk doorlopen.

In de inleiding (Deel I, hoofdstuk 1) is gemotiveerd waarom Zichtbare Zorg het raamwerk heeft ontwikkeld. Daarnaast is de ontstaansgeschiedenis van het programma kort opgenomen ter verduidelijking.

3 Vragen bij stap 1 - Programmeren

3.1 Vraag 1

Verwacht u ook dat de voorgestelde werkwijze met een Programma Advies Commissie het transparant maken van de zorgkwaliteit kan versterken? Zo nee, waarom niet?

Een programma advies commissie heeft zeker meerwaarde voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren (BTN, CWZ, Nivel, RVZ, CKZ, RIVM, TNO, ON, ZonMW). Een PAC zou ook een rol kunnen spelen bij het ontwikkelen van een cultuur van toetsing aan de hand van kwaliteitsindicatoren binnen de professie (LHV/NHG).

Instellen van een PAC

Het instellen van een PAC lijkt vooral van toepassing op sectoren met veel verschillende indicatorsets. Voor veel stuurgroepen, vooral in de eerste lijn, is de toegevoegde waarde niet duidelijk (CB, KNGF, NMT, LVG, KNOV, KNGV, Actiz, NMT, Nivel, IQ-Healthcare)

Het is uiteraard aan de stuurgroepen om al dan niet een PAC in te stellen en te bepalen wie de leden zijn.

De tekst bij alle substappen van 'Programmeren' is aangepast om duidelijker aan te geven dat de werkzaamheden bij deze stap in eerste instantie onder verantwoordelijkheid van de stuurgroepen worden gedaan. Zij kunnen daarbij een PAC instellen voor adviezen. Maar dat is geen uitgangspunt van het raamwerk.

Samenstelling van een PAC

Sommige respondenten geven er de voorkeur aan om experts op te nemen in een stuurgroep of indicatorsteam (NPCF, GGZ-NL). Daarmee worden dan zo weinig mogelijk lagen gebruikt (IQ-Healthcare). Ook wordt gesteld dat bestuurlijke en inhoudelijke rollen duidelijk herkenbaar moeten zijn (IQ-Healthcare)..

Het idee van de PAC is dat zij juist adviseert met een 'helicopter view' over meerdere indicatorteams. Indien dat voor een sector niet relevant is of geen toegevoegde waarde levert, kan die laag uiteraard achterwege blijven. Er zijn sowieso experts in de indicatorteams nodig. Volgens het raamwerk zouden de stuurgroepen vooral moeten bestaan uit de belangenorganisaties. Zij kunnen eventueel inhoudelijk advies inwinnen. Zodoende blijven inhoudelijke en bestuurlijke rollen helder.

Geen aanpassing in het document

Met betrekking tot de samenstelling van een PAC stellen partijen dat PAC leden juist wel met last en ruggespraak benoemd moeten worden (NVM), dat er veldpartijen in de PAC vertegenwoordigd zijn (IQ-Healthcare). Daarnaast wordt gesteld dat de leden van de PAC een breed beeld van de sector moeten hebben (LdH), eventueel buitenlandse expertise kunnen inbrengen (DBCO) en dat tevens expertise op het gebied van zorginkoop en patiëntenvoorlichting in de PAC aanwezig moet zijn (Miletus). Bovendien moeten er ook mensen uit de praktijk die ook de haalbaarheid in kunnen schatten in de PAC zitten (Actiz)

In het Raamwerk is er van uit gegaan dat de belangenafweging zorgvuldig wordt gemaakt in de stuurgroep. De PAC is bedoeld als inhoudelijk adviesorgaan waarbij haar advisering primair de stand van de wetenschap weerspiegelt, gestoeld is op een integrale afweging en methodologisch verantwoord kan worden. Waarschijnlijk werkt dat het beste als de PAC juist leden heeft die zonder last en ruggespraak kunnen functioneren. Er hoeven dan ook niet per se veldpartijen in de PAC vertegenwoordigd te zijn. Wel is het belangrijk dat de leden van de PAC gezamenlijk het hele veld, inclusief haalbaarheid wat betreft registratie, overzien en dat alle benodigde expertise aanwezig is.

Geen aanpassingen in het document

Werkzaamheden van de PAC

De verantwoordelijkheden van een PAC moeten scherp en duidelijk omschreven zijn (BTN). Een andere respondent vindt dat de adviezen van de PAC openbaar moeten worden (RVZ).

De stuurgroep geeft een bepaalde, vooraf omschreven opdracht mee aan de PAC die de leden onderschrijven. Het openbaar maken van de analyses van de PAC lijkt inderdaad een goede methode om ook het proces naar transparantie van kwaliteit zelf transparant te maken.

Bij de substap 'Vaststellen van het programma' (1.3) is opgenomen dat de voor de stuurgroepen geagendeerde adviezen van de PAC in principe openbaar zijn tenzij daar, door de stuurgroep gemotiveerd, van wordt afgeweken.

De rol van een PAC

In het consultatiedocument is nog niet voldoende duidelijk gemaakt wat de verantwoordelijkheden en taken van een PAC zijn. Zo is er nog mogelijke overlap met de indicatorteams en stuurgroepen (CKZ, BTN, IQ-Healthcare, GGZ-NL,ZN).

Er is inderdaad overlap mogelijk. De PAC is verantwoordelijk voor adviezen en de stuurgroep is verantwoordelijk voor besluiten. Een indicatorteam is verantwoordelijk voor de feitelijke ontwikkeling en onderhoud van een indicatorset. De PAC adviseert vooraf over de richting, samenhang en consistentie (het programma) waarin indicatorteams de feitelijke indicatorsets ontwikkelen. De PAC adviseert de stuurgroep of de opgeleverde indicatorensets aan het programma beantwoorden.

Bij de substap 'Eventueel instellen van een PAC' (1.1) is opgenomen dat de stuurgroep de competentie-afbakening tussen PAC en indicatorteam expliciet opneemt in haar opdracht aan de PAC.

De PAC kan ook advies geven over het gebruik van de indicatoren (CKZ)

Een belangrijk criterium voor indicatoren is relevantie dat mede bepaald wordt door bruikbaarheid voor alle stakeholders. Het is dus nuttig dat er in het proces kennis is van het gebruik van indicatoren. Dat kan via een PAC die dan ook adviezen geeft over het

gebruik. Een stuurgroep (of een indicatorteam) kan zich natuurlijk ook anders laten adviseren over het gebruik van indicatoren.

Geen aanpassingen.

Er zou een zorgbrede, sectoroverstijgende PAC moeten komen.

Het staat stuurgroepen uiteraard vrij om gezamenlijk een dergelijke PAC in het leven te roepen. Voor het raamwerk is er van uitgegaan dat er sprake is van stuurgroepen op sectorniveau. Overigens is wel opgenomen dat Zichtbare Zorg de PACs in verschillende sectoren met elkaar in contact brengt zodat ze van elkaar kunnen leren en eventueel hun adviezen op elkaar kunnen afstemmen. Omdat Zichtbare Zorg de stuurgroepen ondersteunt, kan zij helpen bij de coördinatie tussen de verschillende stuurgroepen.

Geen aanpassingen.

Het is van belang om de PAC inhoudelijk stevig te laten ondersteunen. Er is voldoende kennis en capaciteit nodig om de advisering van de raden stevig voor te bereiden (DBCO).

Een PAC heeft inderdaad ondersteuning nodig. Een PAC kan dat ad-hoc organiseren, bijvoorbeeld door externen in te zetten bij een bepaald programma-advies. Of het kan in de Zichtbare Zorg organisatie worden ondergebracht. De te kiezen vorm hangt af van de bestuurlijke omgeving en invulling van de Zichtbare Zorg organisatie.

Deze opmerking wordt verwerkt in Stap 1 – Programmeren.

3.2 Vraag 2

Vindt u het voorgestelde afwegingskader voor het bepalen welke indicatorsets worden gehandhaafd, verwijderd, aangepast of toegevoegd aan de portefeuille op basis van de verwachte impact en kans van slagen van de indicatorset, toepasbaar en volledig? Zijn er nog andere aspecten die overwogen moeten worden?

Het voorgestelde afwegingskader is een goede basis voor het succesvol kunnen introduceren van een indicatorset (BTN, RVZ, GGD-NL, Nivel, TNO, ONT, ZonMW). Andere respondenten reageren met aanvullingen en opmerkingen bij het afwegingskader.

Concretisering van het afwegingskader

De afweging tussen impact en haalbaarheid moet verder worden geconcretiseerd met een overkoepelende methode (DBCO). Er zijn extra factoren om de impact mee vast te stellen. Daarbij ontbreekt nu vooral het patiënten- en consumentenbelang (NPCF). Zo wordt niet meegenomen welke aspecten van kwaliteitsinformatie consumenten belangrijk vinden (Nivel) en worden de keuzemogelijkheden van patiënten niet meegewogen (CKZ, ZonMW). Daarnaast is het belang van inkopers (verzekeraars) bij kwaliteitsinformatie nu geen onderdeel van het afwegingskader (RIVM). Ook zorginkopers worden te weinig betrokken bij het bepalen van de (potentiële) impact van een indicatorset (ZN).

Onder het Zichtbare Zorg programma wordt gewerkt aan indicatoren die uiteindelijk publiek worden gemaakt. De verschillende partijen die zijn samengebracht in de stuurgroepen wegen daarbij de verschillende belangen en doelen van de partijen tegen elkaar af. Voor lange termijn zorg, waarbij maar heel weinig wordt geswitcht tussen aanbieders (bijvoorbeeld in de Gehandicaptenzorg), dienen de indicatoren vooral ter verantwoording. Voor korter durende zorg zoals electieve ziekenhuiszorg, kunnen de indicatoren ook dienen als inkoop- en keuze-informatie. Bovendien kunnen de indicatoren inzicht geven in mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering door de zorgaanbieder. Openbaarheid van de indicatoren zal zorgaanbieders daar ook toe aanzetten.

Bij 'Uitgangspunten – Kader voor het meten van kwaliteit' (Deel I 4.2) wordt opgenomen dat de stuurgroep de doelen vaststelt. Bij het afwegingskader (1.2.1) komt een verwijzing naar die uitgangspunten en naar stap 2 'Definiëren' waar bij het rangschikken naar geschiktheid van een indicator de relevantie meespeelt. Bij de substappen 'Doel van de indicatorset' (2.1.2) en 'Rangschikken naar geschiktheid – relevantie' (2.2.2) wordt opgenomen waar de indicatoren voor worden ontwikkeld.

Het belang van zorgprofessionals en -organisaties, bijvoorbeeld voor de eigen kwaliteitsverbetering wordt niet meegenomen (RIVM). Voor sommige indicatoren kan worden aangesloten op bestaande infrastructuur voor kwaliteitsverbetering (NHG/LHV, zie ook vraag 9).

Uiteraard hoopt men verbetering van kwaliteit van zorg te bewerkstelligen door de transparantie van de kwaliteit. Individuele zorgaanbieders hebben daar waarschijnlijk meer informatie voor nodig dan alleen de indicatoren op organisatieniveau. Het genereren van die informatie is in het raamwerk niet opgenomen.

Geen aanpassingen.

Het financiële aspect van de impact van een indicatorset zou ook moeten worden meegenomen in de afweging. Er kan gekeken worden of er door de indicator tot kostenbesparing kan worden geprikkeld (DBC0).

Bij het afwegingskader is vooral gekeken naar de zorginhoudelijke kant van de zaak. De Zichtbare Zorg stuurgroepen richten zich niet op de efficiëntie van zorgaanbieders. Uiteraard is er waarschijnlijk wel een koppeling tussen impact en kostenefficiëntie. Als het meten en bekend maken van een indicator aanzet tot effectiever werken op zorginhoudelijk vlak, leidt dat waarschijnlijk ook tot besparingen op de langere termijn.

Geen aanpassingen.

Voor bestaande sets

Men moet wel het lef hebben om bestaande sets, als die geen toegevoegde waarde (meer) hebben, te laten vervallen (BTN). Overigens moet dat weloverwogen worden gedaan, als er nog geen kwaliteitsverbetering is te zien, kan dat nog komen of kan

gerealiseerde kwaliteitsverbetering juist wegvallen als de set eenmaal is verwijderd (RVZ).

Het is juist de bedoeling dat de afweging of een bestaande set gehandhaafd, verwijderd of aangepast moet worden, periodiek en expliciet wordt gemaakt. Indicatorteams doen voorstellen aan de stuurgroep om hun indicatorset up-to-date te houden.

In de substap 'Programma voor bestaande indicatoren' (1.2.2) wordt opgenomen dat de stuurgroep vaststelt hoe met welke frequentie (bijvoorbeeld jaarlijks of tweejaarlijks) bestaande sets worden geëvalueerd of welke triggers er zijn om een aanpassing in het werk te stellen.

Balans

Er is een balans nodig tussen de waarde van de indicator en benodigde (ICT) investeringen (CWZ). Bovendien moeten dubbele metingen zoals voor het VMS, de IGZ basisset of verzekeraars) worden voorkomen (CWZ). Zichtbare Zorg kan aansluiten bij certificeerders als HKZ, ISO et cetera die ook indicatoren hebben ontwikkeld.

Het is de bedoeling van Zichtbare Zorg om dubbel werk te voorkomen. Daarom zijn juist de stuurgroepen in het leven geroepen. Zij streven naar een geharmoniseerde aanpak per sector zodat de zorgaanbieders niet met veel verschillende gegevensverzoeken worden geconfronteerd. Bij het schatten van de haalbaarheid van een indicator wordt daarom expliciet rekening gehouden met reeds bestaande indicatoren. Daarvoor zijn minder investeringen nodig. Daarmee kan ook het programma worden versneld.

Geen aanpassingen.

Overig

Het criterium of de setting waarin de zorg wordt verleend een eigen indicatorset rechtvaardigt, ontbreekt (GGZ-NL).

Het raamwerk is bedoeld als leidraad. De 'setting waarin de zorg wordt verleend' zou binnen de leidraad gezien kunnen worden als een aparte zorgproduct-marktcombinatie. Indien er voor een setting indicatoren nodig zijn, kan het raamwerk worden gebruikt om die indicatoren te ontwikkelen en beheren.

Geen aanpassingen.

Bij de haalbaarheid moet ook gekeken worden in hoeverre de potentiële indicatoren worden geaccepteerd door de beroepsgroep. Die moeten zich er veilig bij voelen (LHV/NHG). Er is dus bewegingsvrijheid voor de stuurgroepen nodig, bijvoorbeeld om af te wijken van het doel om vooral uitkomstindicatoren te ontwikkelen en beheren (NMT).

Bij het vaststellen van uitgangspunten zou een stuurgroep dit expliciet kunnen overwegen en in de toets op haalbaarheid (zie ook Stap 2 – Definiëren) kunnen opnemen. De haalbaarheid kent niet alleen een te kwantificeren component maar ook een politiek bestuurlijke component. Daarover beslist de stuurgroep, waar de professional door zijn organisatie in is vertegenwoordigd..

Geen aanpassingen.

4 Vragen bij Stap 2 – Definiëren

4.1 Vraag 3

Vindt u dat het veld met de consultatie over de selectie van indicatoren voor de indicatorset voldoende wordt betrokken bij het definiëren en specificeren van de indicatoren? Hebt u voorstellen om de betrokkenheid van het veld verder te borgen?

Borgen betrokkenheid van het veld

Het veld wordt goed betrokken met een consultatie (NHG/LHV). Zorgaanbieders moeten goed vertegenwoordigd zijn in de indicatorteams (GGZ-NL). De zorginhoudelijke inbreng bij een indicatorteam moet geborgd zijn (IQ-Healthcare).

Uiteraard dienen (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders in de indicatorteams aanwezig te zijn. Zij zullen immers cruciale input kunnen leveren aangaande bijvoorbeeld de haalbaarheid van indicatoren. Aangezien de belangen van zorgaanbieders vertegenwoordigd zijn in de stuurgroepen en de stuurgroepen de indicatorteams instellen, wordt er hier van uitgegaan dat dat geborgd is.

Geen aanpassingen.

Betrokkenheid door consultatie

De consultatie moet niet het enige moment zijn waarop partijen bij het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren worden betrokken. Ze moeten al vanaf het begin betrokken zijn (CKZ, Nivel, NPCF). Betrek vooral instellingen en cliënten bij de consultatie (BTN). Indicatoren moeten aansluiten bij wensen van de cliënten. Die moeten dus niet pas op de vierde plaats in de lijst met te consulteren organisaties worden genoemd (NCZ).

Alle betrokken partijen zijn vertegenwoordigd in een stuurgroep. De stuurgroep beslist (al dan niet op advies van een PAC) voor welke aspecten van kwaliteit in een sector indicatoren worden ontwikkeld. Het voorstel in het raamwerk is om een consultatie van alle stakeholders in een sector te vragen over de bruikbaarheid, registreerbaarheid etc. van de indicatoren die door de teams concreet zijn ontwikkeld. Naast consultatie van inhoudelijk deskundigen, kunnen ook individuele zorgverleners en gebruikers van kwaliteitsindicatoren reageren op de consultatie. De in het raamwerk opgenomen lijst is niet geordend naar belangrijkheid. Een consultatie staat open voor reacties van iedereen.

in de substap 'Consulteren' (2.3) wordt opgenomen dat ook individuele zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten/cliënten zullen worden verzocht te reageren.

Als er een PAC is ingesteld, lijkt de geschetste werkwijze voldoende. Is dat niet het geval, dan kan het zijn dat te weinig naar inhoud gekeken wordt waardoor de indicatorsets waar behoefte aan is, niet worden ontwikkeld. Er zou moeten worden ingezet op een expertbenadering binnen overkoepelende uitgangspunten zoals nu in het DOT-traject wordt gedaan (DBCO).

Dit zijn twee cruciale aspecten: Het formuleren van uitgangspunten voordat het raamwerk wordt doorlopen en een inhoudelijk gedreven aanpak, eventueel met behulp van een PAC. Indien er geen PAC is, verdient het aanbeveling dat de stuurgroep zelf inhoudelijke kennis inschakelt, en de kennis in de indicatorteams goed benut.

Geen aanpassingen.

Welke partijen te consulteren

Naast genoemde partijen, moet ook respons gezocht worden van beroepsverenigingen (NVLf) en van koepels van (sub)doelgroepen (LdH). Daarnaast zouden experts met een 'helicopterview' verzocht moeten worden te reageren.

Een stuurgroep kan natuurlijk beslissen wie zij expliciet uitnodigt op de consultaties van indicatorteams te reageren. De lijst in het raamwerk bevat de inhoudelijke expertise die nodig is. Die expertise kan bij verschillende personen en/of organisaties betrokken worden.

De genoemde groepen worden opgenomen als mogelijk te consulteren partijen bij de substap 'Consulteren' (2.3).

Hoe consulteren

Consultatie werkt het beste als publiek en serieus op de op- en aanmerkingen wordt ingegaan, waarbij gemotiveerd wordt of die worden overgenomen of niet (RVZ, Milletus). Daarbij wordt een consultatiedocument niet alleen via internet gepubliceerd, maar wordt actief input gezocht bij relevante partijen (GGD-NL). Bovendien moet er voldoende tijd zijn voor de consultatie (ZonMW).

Deze punten zijn relevant voor een succesvolle consultatie. In de substap 'Consulteren' (2.3) is daarom een lijst opgenomen met expertise die in ieder geval bij de consultatie wordt betrokken (zie boven voor aanvulling van die lijst). Het is juist de bedoeling dat er actief gezocht wordt naar reacties van relevante partijen. Dit kan het beste door de partijen direct aan te schrijven en te attenderen op de consultatieronde. Dat is bijvoorbeeld ook voor onderhavige consultatie gedaan.

In de substap 'Consulteren' (2.3) wordt opgenomen dat de stuurgroep, naast het publiceren van een consultatiedocument op internet, partijen aanschrijft waarvan zij een reactie wenst.

4.2 Vraag 4

Zijn volgens u de vijf substappen van de stap 'Definiëren' voldoende om tot goede kwaliteitsindicatoren te komen? Zijn er volgens u nog meer aspecten die meegewogen moeten worden?

Algemeen over toepassing van de vijf substappen

De vijf substappen zijn voldoende (TNO, ONT, ZonMW, GGZ-NL, BTN, RVZ, LHV/NHG, DBCO). De geschetste stappen zijn vooral geschikt als al veel 'voorwerk' gedaan is.

Voor innovatief ontwikkelwerk zoals voor ketenzorg zijn andere stappen nodig (CKZ, Nivel).

Met het raamwerk is er juist vanuit gegaan dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van reeds (in het buitenland) bestaand onderzoek en ontwikkelwerk. De fase die vooraf gaat aan het selecteren van geschikte indicatoren is niet opgenomen in het raamwerk. Het gaat dan bijvoorbeeld om wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteitsaspecten en de meting daarvan. Een stuurgroep die in een sector werkt waarvoor nog geen 'voorwerk' is gedaan, zou dergelijk voorwerk kunnen initiëren. Een geschikte stap in het raamwerk daarvoor is 'Programmeren', bijvoorbeeld als geconcludeerd wordt dat de haalbaarheid laag is omdat er elders nog geen indicatoren zijn ontwikkeld die kunnen worden aangepast.

Geen aanpassingen.

De substappen dienen te worden gebaseerd op een gedeelde visie van wat kwaliteit in een bepaalde sector behelst (NPCF).

Voordat het raamwerk wordt doorlopen, kan een stuurgroep haar visie op verantwoorde zorg in een bepaalde sector vastleggen. Sommige stuurgroepen zijn inderdaad het transparantieproces gestart met het publiceren van een visiedocument. Dit is expliciet opgenomen in het vastleggen van 'uitgangspunten' voorafgaand aan het doorlopen van het raamwerk.

Geen aanpassingen.

De documentatie over de indicatorkeuze en definitie dient publiek toegankelijk te zijn, met een mogelijkheid voor reacties van iedereen (RVZ).

De documentatie is al grotendeels publiek, zij wordt vastgelegd in indicatorgidsen. In die gidsen staan ook contactpersonen vermeld voor op- en aanmerkingen

Geen aanpassingen.

Indicatoren voor de indicatorset

Bij de keuze van indicatoren wordt gekeken naar het discriminerend vermogen. Het risico daarvan is dat indicatoren die nu nog niet maar in potentie wel discrimineren, dan worden overgeslagen (Nivel). Het discriminerend vermogen heeft vooral nut als het gaat om indicatoren die maximaal aanknopingspunten geven voor verbetering in de praktijk (NHG/LHV).

Het is de bedoeling dat bij de selectie gekeken wordt naar de impact en relevantie als de indicator eenmaal is ontwikkeld. Indicatoren die nu nog niet discrimineren, maar waarover consensus bestaat dat ze na verloop van tijd wel discrimineren, kunnen dus ook in de indicatorset worden opgenomen. Inderdaad is het daarbij van belang dat de zorgverlener ook aanknopingspunten heeft om de zorg te verbeteren, een goede indicator meet een aspect dat de zorgaanbieder kan beïnvloeden. Het hoeft echter nog niet vooraf bekend te zijn hoe een verbetering tot stand komt. Innovaties voor kwaliteitsverbetering kunnen juist gestimuleerd worden door de kwaliteit inzichtelijk te maken.

Bij de substap 'Selecteren – rangschikken naar geschiktheid – haalbaarheid' (2.2.4) wordt toegevoegd dat het gaat om de potentie voor onderscheidend vermogen, idealiter gekoppeld met verbetermogelijkheden die echter nog niet bekend hoeven te zijn.

Omdat er relatief weinig indicatoren zijn die de ervaringen van patiënten en cliënten in beeld brengen, is er een risico dat patiëntervaringen te weinig aan bod komen in de indicatorset. Er wordt immers vooral uitgegaan van bestaande indicatoren (NPCF)

Voordat het raamwerk wordt doorlopen, kan een stuurgroep in de uitgangspunten haar visie op de kwaliteit van zorg en de meting daarvan vastleggen (Deel I – hoofdstuk 4). Die stap is zeer sectorspecifiek en daarom hier maar summier beschreven. Bij de uitgangspunten kan bijvoorbeeld worden vastgesteld dat er minstens een bepaald aandeel aan indicatoren die patiëntervaringen meten, wordt opgenomen in indicatorsets.

In de substap 'Voorbereiden – doel van de indicatorset' (2.1.2) wordt verwezen naar de afspraken over het type indicatoren die een stuurgroep eventueel in de uitgangspunten heeft vastgelegd.

IT aspecten

De kosten van ICT aanpassingen of ontwikkelwerk moeten niet worden onderschat (Nivel). Er moet al in een vroeg stadium van het ontwikkelen van indicatoren rekening met ICT gehouden worden (GGD-NL). Het indicatorsteam moet daarvoor contact onderhouden met ICT-leveranciers (IQ-Healthcare) en ook partijen die eigen software gebruiken goed informeren (Leger de Heils).

Voor het berekenen van indicatoren zijn vaak veel gegevens nodig. Idealiter worden die verzameld met ICT-ondersteuning. In stap 3 – Implementeren is het toetsen of de gegevens digitaal verzameld kunnen worden, opgenomen. Het is inderdaad aan te raden al bij deze stap vooruit te kijken of verwacht wordt dat de implementatie kansrijk is. Dit past het beste bij het rangschikken op haalbaarheid.

Bij de substap 'Rangschikken naar geschiktheid – haalbaarheid' (2.2.4) wordt, onder administratieve lasten, opgenomen dat het indicatorsteam in haar overwegingen de ICT-aspecten meeneemt.

Algemeen

Als onderdeel van het rangschikken naar geschiktheid wordt gekeken naar zorgzwaarte correctie. Eén respondent stelt dat er voor sommige indicatoren ook een correctie gemaakt moet worden op inputfactoren. Een voorbeeld hierbij is de mate waarin een organisatie gebruik maakt van gesubsidieerde krachten. Dat heeft impact op het ziekteverzuim wat door sommigen gezien wordt als een indicator van de kwaliteit van de organisatie (LdH).

Het Zichtbare Zorg programma richt zich op het meetbaar maken van de kwaliteit van zorg. De manier waarop de zorg geleverd wordt, is aan de zorgaanbieder. Een uitkomstmaat wordt alleen en uitsluitend gestandaardiseerd voor factoren die de

uitkomst bepalen, tussen de instellingen variëren en die het management niet kan beïnvloeden. Dit is niet het geval voor ziekteverzuim en wat daarmee samenhangt.

Geen aanpassingen.

Er moet voldoende aandacht worden besteed aan de balans tussen het genereren van kwaliteitsinformatie enerzijds en de administratieve belasting anderzijds (CBO).

Administratieve lasten worden betrokken bij de schatting van de haalbaarheid van een indicator. Zij staan daar juist bovenaan omdat dit een belangrijk thema is.

Geen aanpassingen.

Er kunnen alleen indicatoren worden ontwikkeld voor onderwerpen waarvoor een gevalideerde richtlijn beschikbaar is. Zonder een onderliggend normdocument waar consensus over is binnen de beroepsgroep, is het niet mogelijk om een indicator te ontwikkelen (NMT).

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, 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.

In substap 'Definiëren – selecteren' wordt hier expliciet op ingegaan.

Bij de selectie van indicatoren worden statistische eigenschappen meegewogen. Daarbij dient rekening te worden gehouden met kleine praktijken (KNOV).

De statistische eigenschappen worden meegewogen bij de selectie omdat een indicator die voor geen enkele aanbieder statistische betrouwbare informatie oplevert, waarschijnlijk niet nuttig is. In een sector met alleen kleine aanbieders, dient hier rekening mee te worden gehouden. In een sector met zowel grote als kleine aanbieders, kan er verschil zijn in de statistische betrouwbaarheid tussen de kwaliteitsindicatoren van grote en van kleine zorgaanbieders. Dat verschil kan transparant gemaakt worden (zie ook consultatievraag 12).

Geen aanpassingen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Bij de substap Definiëren – Selecteren, worden de indicatoren op de groslijst gerangschikt naar wetenschappelijke onderbouwing. Eén van de aspecten waarop gescoord wordt is evidence base. Het kan zijn dat er nog geen evidence base is voor een indicator. In dat geval zou de indicator gescoord moeten worden op 'consensus base' (opmerking uit het Zichtbare Zorg team – geen commentaar van respondent).

Inderdaad ontbreekt dit criterium terwijl dat zeker nodig is, bijvoorbeeld voor sectoren zoals de eerste lijn waar veel met consensus base wordt gewerkt.

Bij substap 'Definiëren – Selecteren – Rangschikken naar geschiktheid - wetenschappelijke onderbouwing' (2.2.3) wordt consensus base toegevoegd.

4.3 Vraag 5

Kan het instellen van indicatorteams die, ook na de definitie van een indicatorset, gedurende langere tijd blijven bestaan en zich 'eigenaar' van een set moeten gaan voelen, helpen om relevante, wetenschappelijk onderbouwde en haalbare indicatorsets te beheren?

Rol van indicatorteams

Het is inderdaad goed om indicatorteams langer te laten bestaan (BTN, CKZ, LdH, RVZ, IQ-Healthcare, Nivel, TNO, ONT, ZonMW). Bij het beheer van NHG-standaarden wordt dat bijvoorbeeld al gedaan (DBCO). De indicatorteams kunnen een rol spelen bij de systematische periodieke evaluatie (Nivel) en bij verdiepend onderzoek (CKZ).

Verdiepend wetenschappelijk onderzoek kan belangrijke verbeterpunten voor een indicatorset aan het licht brengen. Dat kan dan leiden tot aanpassingen van de definities. In stap 6 – Vrijgeven van het raamwerk is er in voorzien dat het indicatorteam daarbij een zwaarwegende rol speelt.

In de substap 'Voorbereiden – indicatorteam samenstellen' (2.1.1) wordt vooruitgezien naar de substap 'Bespreken door indicatorteam' (6.1) van Stap 6 – Vrijgeven.

Vrijwel alle respondenten beamen dat het goed is de continuïteit te borgen met indicatorteams die langere tijd blijven bestaan. Eén respondent vindt dat een indicatorteam in principe juist een tijdelijk karakter moeten hebben waarbij wel een oplossing voor de evaluatie gevonden moet worden (NPCF). Stapsgewijze verversing zorgt voor continuïteit (ZonMW).

Respondenten zijn over het algemeen positief. In het raamwerk wordt voorgesteld dat de leden periodiek vervangen worden (2.1.1). Daardoor is lidmaatschap van een indicatorteam wel tijdelijk maar blijft het indicatorteam bestaan.

Geen aanpassingen.

Positie van indicatorteams

Het principe van indicatorteams die langere tijd blijven bestaan wordt breed ondersteund. Er wordt daarbij wel gewezen op het risico dat 'kleine koninkrijken' ontstaan (LdH). Er dienen scherpe en helder geformuleerde verantwoordelijkheden voor de indicatorteams te zijn. Daarbij moet het team de mogelijkheid hebben relatief autonoom te kunnen handelen (BTN). Eén respondent stelt juist dat de project- en stuurgroepen eigenaar van de indicatorsets moeten zijn (NMT). Als dat bij de indicatorteams, die grotendeels bestaan uit experts, wordt belegd, is er een risico dat de teams te veel op details gaan focussen (GGZ-NL). Twee respondenten wijzen er bovendien op dat de benodigde infrastructuur waarschijnlijk duur is (RIVM) en dus misschien op lange termijn niet haalbaar (NHG/LHV).

De samenstelling van indicatorteams wordt vastgesteld door de stuurgroep. Zij kunnen er rekening mee houden dat ook het overzicht in de indicatorteams aanwezig is en dat de leden goed in verbinding staan met het veld.

Overigens is één van de doelen van het raamwerk ook om een gemeenschappelijke taal en begrippenkader rond ontwikkeling en beheer van indicatoren te creëren. Wellicht kan de door de respondent genoemde projectgroep, gezien worden als een indicatorteam.

In de substap 'Vorbereiden – indicatorteam samenstellen' (2.1.1) wordt verwezen naar de door de stuurgroep vastgestelde eisen aan de indicatorgroepleden. Die worden gelijk met het programma vastgesteld in de substap 'Programmeren – Vaststellen van het programma' (1.3).

5 Vragen bij Stap 3 – Implementeren

5.1 Vraag 6

Vindt u de operationalisering van de indicatorensets met een praktijktest in de stap 'Definiëren' en een veldtest in de stap 'Implementeren' zorgvuldig genoeg voordat een indicatorset landelijk wordt ingevoerd? Hebt u eventueel voorstellen om de voorgestelde operationalisering te verbeteren of op een andere wijze vorm te geven?

Uitvoering

De indicatorteams zouden de veldtest zelf uit moeten voeren. Zij kunnen ook het beste de zorgaanbieders voor de veldtest selecteren. De inhoudelijke experts van het indicatorteam kunnen helpen draagvlak te creëren bij de betrokken zorgaanbieders (IQ-Healthcare). Daarnaast stelt een respondent dat de 'procescommunicatie' bij zowel de veldtest, als de latere landelijk uitrol onmisbaar is (NMT).

De in het raamwerk opgenomen veldtest is niet alleen inhoudelijk van aard. Juist hier is ook synergie tussen verschillende indicatorteams, voor zover voor een sector relevant, te behalen. Vandaar dat de coördinatie bij Zichtbare Zorg is gelegd. Overigens is het wel belangrijk dat daarbij met de indicatorteams wordt afgestemd. Zij hebben ook een rol in de evaluatie van de veldtest. Dat is in de substappen 'Testen in het veld' en 'Evalueren' expliciet in het raamwerk opgenomen. Zichtbare Zorg neemt ook veel van de communicatie, bijvoorbeeld via website, nieuwsbrieven en landelijke bijeenkomsten, op zich.

Bij de introductie van stap 3 – Implementeren wordt de rol van de indicatorteams genoemd.

Zorgaanbieders voor de veldtest

De zorgaanbieders die voor de veldtest geselecteerd worden, moeten voldoende divers zijn (BTN). Daarbij dienen ook multisectoraal opererende zorgaanbieders opgenomen te worden (LdH). Om ook te bepalen of indicatoren voldoende discrimineren zijn meer (20 à 30) zorgaanbieders nodig bij de veldtest zodat statistische tests gedaan kunnen worden (CKZ, Nivel).

Er moet inderdaad een voldoende aantal en voldoende diversiteit van de zorgaanbieders die meedoen met de veldtest zijn. Tegelijkertijd is de veldtest belastend voor zowel de zorgaanbieders als de Zichtbare Zorg organisatie. Daarom dient altijd deze trade-off bewaakt te worden. In het raamwerk wordt voorgesteld dat de indicatorteams criteria voor de selectie van zorgaanbieders voor de veldtest opstellen. Uiteraard kan de stuurgroep, eventueel na advies van de PAC, uitgangspunten voor de selectie van aanbieders, zoals het minimale aantal of de soorten, meegeven.

Geen aanpassingen.

Evaluatie van de veldtest

Tijdens de veldtest kunnen extra indicatoren gemeten worden (RVZ). De resultaten van de veldtest zouden openbaar gemaakt moeten worden (CWZ).

In de substap 'Testen in het veld – benodigde gegevens voor de veldtest' (3.1.3) is opgenomen dat er inderdaad extra gegevens verzameld kunnen worden. Over de resultaten van de veldtest wordt gerapporteerd. Die rapportage kan openbaar zijn, mits er geen vertrouwelijke informatie in staat die herleidbaar is tot individuele zorgaanbieders. De indicatoren zijn immers nog niet definitief vastgesteld en publicatie van resultaten kan tot onevenredige reputatieschade voor deelnemende zorgaanbieders leiden.

Bij substap 'Evalueren van de veldtest' (3.2) wordt opgenomen dat er een openbare versie van de evaluatie wordt gemaakt waarbij negatieve reputatieschade voor aan de veldtest deelnemende zorgaanbieders wordt vermeden.

Er is ook onderzoek nodig naar de validiteit van een indicator – wordt er inderdaad kloppend onderscheid gemaakt tussen zorgaanbieders die goed/midden/slecht scoren (SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy)

Een stuurgroep kan onderzoek naar validiteit initiëren. Bijvoorbeeld door tijdens de veldtest extra gegevens te verzamelen voor onderzoek naar validiteit en discriminerend vermogen.

Geen aanpassingen.

Breedte van de veldtest

Volgens één respondent moet de veldtest alleen gericht zijn op het testen van het implementatieplan. De inhoudelijke evaluatie vindt pas later plaats, en het testen van de registratie hoort in de praktijktest (GGZ-NL).

Bij de praktijktest worden vooral de instructies van de indicator getest. Daar kunnen nog ad-hoc oplossingen voor het verzamelen van de gegevens worden gebruikt. De praktijktest is juist ingevoerd om er voor te zorgen dat tijdens de veldtest, die bij meer zorgaanbieders wordt gedaan, zo weinig mogelijk aanpassingen aan de specificaties gemaakt hoeven te worden.

Geen aanpassingen.

IT tools bij de veldtest en later

Eén respondent waarschuwt er voor dat er tijdens de veldtest al zoveel mogelijk met bestaande ICT-tools gewerkt wordt om de administratieve lasten te beperken (GGZ-NL). Tegelijkertijd moet worden voorkomen dat er uit de definitie van indicatoren een gedwongen winkelnering bij bepaalde ICT-aanbieders ontstaat (BTN). In het raamwerk wordt volgens respondenten te lichtvoetig gesproken over de medewerking van ICT-leveranciers (RIVM). Het gebrek aan elektronische registraties zal een hobbel voor de implementatie vormen (ZonMW). Het wordt in het raamwerk niet duidelijk hoe de specificatie en bouw van systemen voor registratie en dataverzameling wordt gedaan (DBCO).

Tijdens de veldtest wordt idealiter al gewerkt met bestaande ICT-tools. Die zullen immers ingezet worden bij het systematisch uitvragen van de gegevens en moeten dus ook getest worden. In de substap 'Evalueren van de veldtest – registratie' (3.2.1) is dat expliciet opgenomen. Zichtbare Zorg zou specificaties altijd tijdig publiek moeten maken

zodat software leveranciers hun software kunnen aanpassen. Ook bij andere consultatievragen is er voor gewaarschuwd de ICT problemen niet te onderschatten. De indicatorteams dienen de ICT aspecten expliciet op te nemen in hun planning en werkzaamheden.

Bij de substap 'Landelijk invoeren van de indicatorset' (3.4) wordt opgenomen dat er voldoende tijd moet zijn voor ICT-leveranciers om hun software aan te passen. Dat wordt ook opgenomen bij de schatting van de doorlooptijd (Deel III – Hoofdstuk 3).

5.2 Vraag 7

Vindt u de voorgestelde vier implementatiestappen adequaat? Wat kan volgens u nog meer bijdragen aan een goede implementatie van een indicatorset?

De meeste respondenten zijn van mening dat de vier implementatiestappen voldoende zijn (BTN, CKZ, RVZ, Nivel). Het testen van indicatoren is van groot belang om draagvlak in de sector te realiseren (NVLF). Anderen hebben aan- en opmerkingen. De documentatie bij de verschillende stappen dient openbaar te zijn (RVZ). Een andere respondent stelt dat voldoende tijd en geld beschikbaar moet zijn (GGD-NL).

Het punt over openbaarheid werd eerder gemaakt, onder andere bij het evalueren van de veldtest, en heeft daar tot een aanpassing geleid. Het is een belangrijk uitgangspunt dat ook het Zichtbare Zorg programma zelf transparant is. Hoewel het belangrijk is voor zorgaanbieders, wordt in dit raamwerk niet ingegaan op de bekostiging van de stappen. Er wordt vooral inhoudelijk gekeken naar de stappen die nodig zijn om tot zorgvuldig ontworpen en beheerde indicatorsets te komen.

Bij de uitgangspunten die een stuurgroep vastlegt (Deel I – hoofdstuk 4) en bij de introductie van stap 3 – Implementeren, wordt opgenomen dat er uitgangspunten over de transparantie van de processen worden vastgesteld.

Haalbaarheid

Opmerkingen over ICT-leveranciers (RIVM, ZonMW) zijn bij vraag 6 besproken.

Logische samenhang van substappen

De eerste drie substappen (testen in het veld, evalueren, vaststellen indicatorset) horen bij de stap 'Definiëren' (IQ-Healthcare, TNO). De stap 'Implementeren' zou alleen moeten bestaan uit het vaststellen van het implementatieplan (GGZ-NL).

Er is in het raamwerk met opzet voor gekozen om ook de drie substappen – testen in het veld, evalueren en vaststellen van de indicatorset – bij de stap 'Implementeren' op te nemen. Daarmee wordt beoogd om juist de implementatie ook in de veldtest te testen. Anders bestaat er de neiging om alleen naar de inhoudelijke aspecten van de indicatorset te kijken. De inhoudelijke test wordt in het raamwerk gedaan bij de praktijktest die bij beduidend minder aanbieders wordt gedaan. Het is zonde van de inspanning om eventuele inhoudelijke fouten die daar gevonden worden nog te moeten ontdekken in de veldtest bij veel meer aanbieders. Daardoor heeft de veldtest meer toevoegde waarde.

Tijdens de consultatiesessie bleek bovendien dat de term 'Implementeren' wellicht niet gelukkig gekozen is. Het woord 'implementeren' duidt eerder op het realiseren van iets dat al helemaal af is terwijl in deze stap ook nog een veldtest is opgenomen.

De filosofie van het bundelen van deze substappen wordt in de introductie bij stap 3 – Implementeren opgenomen. De stap 'Implementeren' komt 'Invoeren' te heten. De substap

'landelijk invoeren' wordt hernoemd in 'landelijk implementeren'. Met 'invoeren' wordt aangeduid dat het om een proces gaat dat nog een deel ontwikkeling in zich heeft.

Het implementeren gaat over de uitontwikkelde en vastgestelde indicatorset.

6 Vragen bij Stap 4 – Registreren

6.1 Vraag 8

Zullen de voorgestelde maatregelen inderdaad leiden tot een hogere mate van juistheid en volledigheid van geregistreerde gegevens? Ziet u andere mogelijkheden om de juistheid van gegevens te borgen? (zie ook consultatievraag 11)

Kosten van borging

De voorgestelde maatregelen om tot een hogere mate van juistheid en volledigheid te komen, mogen niet leiden tot extra administratieve lasten (BTN). Goed scoren op de aanbevolen maatregelen vergt veel investeringen in ICT en organisatie (GGD-NL, RIVM, CWZ, NVM).

Het zichtbaar maken van kwaliteit vraagt van alle zorgaanbieders grote investeringen. Deze investeringen zijn zonder rendement wanneer de betrouwbaarheid van de kwaliteitsregistraties niet door een externe partij kan worden vastgesteld. Dit wil niet zeggen dat bij de keuze van de technieken om registraties betrouwbaar te maken de administratieve lasten geen rol mogen spelen. Integendeel, er zal zoveel mogelijk gebruik dienen te worden gemaakt van de borging voor betrouwbaar registreren die al in andere systemen is aangebracht. Opmerkingen over ICT maatregelen zijn bij vraag 6 behandeld.

In de substap 'Borgen van juistheid en volledigheid van verzamelde gegevens' (4.2) wordt de afweging van extra administratieve belasting opgenomen.

Proces naar hogere mate van juistheid en volledigheid

De voorgestelde maatregelen helpen waarschijnlijk bij het verkrijgen van juiste en volledige gegevens (CWZ, RVZ, Nivel, ONT). Daarnaast kan ook verdiepend wetenschappelijk onderzoek daaraan bijdragen (CKZ). Het verkrijgen van juiste gegevens is een kwestie van lange adem (GGD-NL, ZonMW). Deze maatregelen moeten sectoroverstijgend worden uitgewerkt zodat zorgaanbieders niet met allerlei verschillende eisen worden geconfronteerd (LdH, BTN).

Het zal inderdaad enige tijd duren voordat de juistheid en volledigheid geborgd is. Dit proces kan aanmerkelijk versneld worden wanneer zoveel mogelijk maatregelen in een gemeenschappelijke aanpak worden ontwikkeld. Zichtbare Zorg werkt met de vier intramurale sectoren samen in een onderzoek naar wat gemeenschappelijk aan registratiestandaarden kan worden ontwikkeld. In een latere fase worden de andere sectoren bij dit onderzoek betrokken.

In het raamwerk wordt bij 'Borgen van juistheid en volledigheid van verzamelde gegevens' (4.2) opgenomen dat bij het ontwikkelen van de maatregelen en de labels,

gekozen wordt voor een geharmoniseerde,
sectoroverstijgende, aanpak.

7 Vragen bij Stap 5 – Data verwerken en verzamelen

7.1 Vraag 9

Deelt u de analyse van Zichtbare Zorg over de methoden voor het aanleveren van gegevens? Onderschrijft u de voordelen van de methode waarbij de gegevens centraal worden aangeleverd? Hebt u suggesties voor nog andere methoden voor gegevensaanlevering?

Een aantal respondenten is uitgesproken voorstander van het centraal aanleveren van gegevens. Het is volgens hen zelfs een voorwaarde voor zorgvuldig berekende indicatoren en heeft bovendien een extra voordeel voor het verzamelen van landelijk geaggregeerde gegevens voor bijvoorbeeld VWS en de OESO (CKZ). De centrale aanlevering zou gerealiseerd moeten worden in een Trusted Third Party (TTP) constructie die de in de stuurgroep vastgestelde rekenregels uitvoert (NPCF). Voorwaarde is wel dat de gegevens maar eenmaal hoeven te worden aangeleverd en dat het eigendom van de gegevens goed geregeld is (BTN).

In sommige sectoren is al een infrastructuur aanwezig. Gebruik die om administratieve lasten te beperken (NHG/LHV). Daar kan weerstand bij de implementatie mee worden voorkomen (KNGF, NMT, LVG, Actiz, KNOV).

Volgens sommige respondenten is centrale aanlevering in principe te prefereren, maar is het nog niet zeker of het realistisch is. Er kan een regionale organisatie nodig zijn voor sectoren met veel aanbieders (IQ-Healthcare). Het kan lastig te organiseren zijn in verband met de privacy (ZonMW). Daarnaast gaat het ten koste van de snelheid (Vektis) en is er nog een lange weg te gaan om de data-infrastructuur op orde te krijgen (TNO).

Misschien is het een goed idee, maar dat is nu nog niet duidelijk. De voordelen van de eerste optie moeten uitvoeriger besproken worden (NVM, CWZ). Het intern bij de zorgaanbieder verwerken van de gegevens kan voordelen hebben omdat de indicatoren dan eerder op de werkvloer gebruikt worden (CWZ). Uit onderzoek blijkt dat juist de aanbieder zelf veel aan de informatie heeft. (SIR).

Centrale aanlevering moet zeker niet gebeuren omdat het grote weerstand bij de beroepsgroepen oplevert (NVLF). Het meekijken met de zorgaanbieder is onaanvaardbaar en volgens één respondent zelfs wetenschappelijk ontoelaatbaar (GGZ-NL).

Het is uiteraard aan de stuurgroepen om te beslissen of de gegevens centraal (bij Zichtbare Zorg of bij een TTP of binnen een bestaande infrastructuur) worden aangeleverd en verwerkt. Het raamwerk biedt wel de punten waarover gediscussieerd kan worden voor een afgewogen beslissing. Zoals uit de reacties blijkt, zijn die punten nog niet volledig. Vooral de implementatiesnelheid en –kosten en voordelen van de eerste optie komen niet voldoende naar voren.

In de substap 'Aanleveren van gegevens' (5.1) worden de hier genoemde voor- en nadelen van de eerste en tweede

optie kort besproken. Het raamwerk geeft vooral aan over welke onderwerpen bij een besluit over al dan niet centraal aanleveren, gediscussieerd kan worden.

7.2 Vraag 10

Vindt u de voorgestelde vier substappen in de stap 'Data verzamelen en verwerken' adequaat en volledig? Zijn er volgens u nog meer noodzakelijke substappen, procedures of bewerkingen nodig?

Vier substappen

Veel respondenten vinden de vier substappen voldoende (BTN, GGD-NL, RVZ, Vektis, ONT, ZonMW, NHG/LHV). Drie respondenten voegen daar aan toe dat dat alleen zo is als de gegevens inderdaad centraal worden aangeleverd en verwerkt (zie vraag 9) (Nivel, TNO) waarbij ook een casemix correctie wordt uitgevoerd en statistische eigenschappen worden berekend (CKZ).

Juist het centraal aanleveren en verwerken van gegevens maakt het effectiever om de benodigde bewerkingen op de gegevens uit te voeren.

Geen aanpassingen.

Eindverantwoordelijkheid voor gegevens

De zorgaanbieder moet de eindbeslissing over de aangeleverde gegevens blijven nemen, wat niet mag leiden tot een aantekening van onbetrouwbaarheid (GGZ-NL). Van uitbijters zou geen indicatorwaarde moeten worden berekend (NVM). Daarnaast is het niet duidelijk wat er gebeurt als een zorgaanbieder de berekende indicatorwaarden weigert te autoriseren (RVZ). Een zorgaanbieder moet wel autoriseren omdat hij anders de verplichting op te leveren kwaliteitsgegevens niet openbaar kan maken (LHV/NHG). Aan de andere kant wordt ook gesteld dat autorisatie niet nodig is na aanlevering aan een TTP. Dat levert alleen maar mogelijkheden voor calculerend gedrag van zorgaanbieders op (CB).

Zorgaanbieders zijn uiteraard verantwoordelijk voor de aangeleverde gegevens. De aangeleverde gegevens kunnen echter wel leiden tot een label dat aangeeft dat de kans dat gegevens juist en tijdig zijn laag is, ook als de statistische eigenschappen daar na een update (5.2.2) nog steeds op duiden, bijvoorbeeld als een uitbijter nog steeds een uitbijter blijft. Dat hoeft geen reden te zijn om de indicatorwaarde niet te publiceren. Andere instanties zoals de NZa, IGZ of VWS kunnen acties ondernemen om de publicatie van kwaliteitsindicatoren te handhaven. Als het om verantwoording gaat beslist VWS welke indicatoren gemeten en welke indicatorwaarden openbaar gemaakt worden. Als een aanbieder niets openbaar maakt dan zorgt de IGZ voor handhaving. De stuurgroep beslist over de wijze waarop de gegevens bewerkt worden en welk label ze bij publicatie meekrijgen. Autorisatie legt formeel de eindverantwoordelijkheid bij de aanbieder, ook voor eventuele schoningsacties die na de eerste aanlevering zijn gedaan.

Zie vraag 11 voor aanpassingen.

Schoning van gegevens

Nu worden de opgeleverde gegevens in meerdere sectoren geschoond op basis van opmerkingen die zorgaanbieders zelf hebben aangeleverd. Als een zorgaanbieder minder adequaat opmerkingen maakt, lijken zijn gegevens betrouwbaarder. Dit is een perverse prikkel voor het systeem (CWZ).

De schoning van gegevens gebeurt idealiter op een gestandaardiseerde, objectieve manier. Bijvoorbeeld met een zelfevaluatie over de verwachte mate van juistheid, tijdigheid en volledigheid of over de mate waarin maatregelen die juistheid, tijdigheid en volledigheid moeten borgen, zijn geïmplementeerd. Daarbij is er een handhavingsinstrument nodig als blijkt dat partijen de zelfevaluatie niet objectief gebruiken, maar er een verkeerd beeld mee geven.

De substap 'Vastleggen van gegevens – analyse van de kwaliteit van aangeleverde gegevens' (5.2.1) wordt aangepast zodat dit punt expliciet in de stuurgroep wordt geadresseerd.

Onderscheid voor onderdelen van een zorgaanbieder

Er is een mogelijkheid tot onderscheid van verschillende onderdelen binnen één rechtspersoon nodig (LdH, RIVM)

Door in een centrale database de gepseudonimiseerde gegevens op cliëntniveau aan te leveren, kan de indicator achteraf voor een bepaald onderdeel van de zorgaanbieder worden berekend. Dit is één van de voordelen van het centraal verzamelen en verwerken (zie ook vraag 9).

Geen aanpassingen.

8 Vragen bij Stap 6 – Vrijgeven

8.1 Vraag 11

Deelt u de mening van Zichtbare Zorg dat het vrijgeven van de berekende en geautoriseerde indicatoren vergezeld dient te gaan van een label voor de mate van verwachte juistheid van de gebruikte gegevens? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan dat met de voorgestelde methode of hoe anders?

Een label zoals voorgesteld is belangrijk voor het vertrouwen in de berekende indicatoren (BTN, LdH, RVZ, ONT). Het label zou gebaseerd moeten zijn op een gestandaardiseerde inventarisatie van de maatregelen die een organisatie heeft genomen bijvoorbeeld met een accountantscontrole, steekproef of periodieke onafhankelijke beoordeling (CWZ, NHG/LHV). Het moet duidelijk zijn wie wanneer en hoe dat label vaststelt (TNO). Waarschijnlijk duurt het nog wel een tijd voordat een label 'voldoende' kan worden gegeven (ZonMW).

De in het raamwerk opgenomen maatregelen zijn een aanzet voor discussie over het label. Zichtbare Zorg werkt aan een project om, samen met enkele stuurgroepen, te komen tot een systematische verbetering van de betrouwbaarheid van de registratie (juistheid, tijdigheid en volledigheid van gegevens).

Het thema wordt besproken in een apart project dat genoemd zal worden bij de substap 'Labelen voor verwachte juistheid van gebruikte gegevens' (6.2) en 'Borgen van juistheid en volledigheid van verzamelde gegevens' (4.2). De namen van die substappen worden veranderd. Met de term 'betrouwbaarheid van registratie' wordt aangesloten bij het boven genoemde project.

Nee, neem geen label op

Bij lage of matige datakwaliteit zouden indicatorwaarden niet vrijgegeven moeten worden (NHG/LHV). De zorgaanbieder moet dan maatregelen nemen om te kunnen voldoen aan de transparantie-eisen (CKZ). Het is onwenselijk om niet-betrouwbare informatie vrij te geven (RIVM). Een zorgaanbieder levert betrouwbare gegevens of geen gegevens. Als ervoor gezorgd wordt dat de zorgverlener zelf baat heeft bij de gegevens, bijvoorbeeld voor de verbetering van de eigen praktijk, volgt goede registratie vanzelf (IQ-Healthcare, NHG/LHV).

Deze respondenten delen wel de mening dat een zorgaanbieder juiste, volledige en tijdige gegevens moet aanleveren. Zichtbare Zorg gaat er van uit dat het publiceren van een label daartoe een prikkel geeft. Stuurgroepen kunnen hier al dan niet invulling aangeven. Daarnaast kunnen andere overheidsinstanties wellicht verdergaande prikkels opleggen in de vorm van bestuurlijke boetes.

In de substap 'Labelen voor verwachte juistheid van gebruikte gegevens' (6.2) worden mogelijke prikkels voor betere registratie besproken.

Nee, niet nodig

Het opleveren van betrouwbare informatie is al onderdeel van de jaarverantwoording. Iedere zorgaanbieder die de stappen heeft doorlopen moet het label 'betrouwbaar' ontvangen (GGZ-NL).

Zorgaanbieders op een dergelijke manier een label 'betrouwbaar' toekennen geeft veel vrijheid om de gegevens te registreren. Zodoende kan het zijn dat zorgaanbieder A op een hele andere manier zijn gegevens verzamelt als zorgaanbieder B. In dat geval kunnen de indicatorwaarden niet met elkaar vergeleken worden. Zij hebben dan geen rol als inkoop- en keuze-informatie voor cliënten, patiënten en zorgverzekeraars. Het inleveren van verantwoordingsinformatie betekent niet dat daardoor de informatie als vanzelf betrouwbaar zou zijn geworden. Dit zou wel het geval zijn wanneer het CIBG bijvoorbeeld verantwoordingsinformatie zou weigeren als de betrouwbaarheid door een onafhankelijke partij of anderszins zoals met een bestuursverklaring onomstotelijk is komen vast te staan

Geen aanpassingen.

Dergelijke labels worden waarschijnlijk niet gebruikt bij de zorginkoop (KNOV). Ze hebben alleen toegevoegde waarde wanneer dit de terughoudendheid waarmee indicatoren worden geautoriseerd, zal doen verminderen (Vektis).

Het is uiteraard de verantwoordelijkheid van zorginkopers om de labels al dan niet te gebruiken. Zichtbare Zorg streeft naar indicatorwaarden die betrouwbaar en vergelijkbaar zijn. Onderdeel daarvan is dat de gegevens waarmee indicatorwaarden worden berekend juist, tijdig en volledig zijn geregistreerd en verzameld. Met betrekking tot autorisatie zullen zorgaanbieders in sommige gevallen moeten autoriseren omdat zij een verantwoordings –en transparantieverplichting hebben. In gevallen waarin dat niet zo is, kan een label inderdaad helpen.

Geen aanpassingen.

8.2 Vraag 12

Kan volgens u inderdaad het oordeel over de statistische betrouwbaarheid aan de gebruiker worden overgelaten door teller en noemer, het betrouwbaarheidsinterval en de bij de ontwikkeling gemaakte power analyse te publiceren?

Afhankelijk van gebruikers

Het is afhankelijk van de gebruiker of deze zelf een oordeel kan vellen over de statistische eigenschappen (LdH, GGZ-NL). Voor professionele gebruikers zoals verzekeraars, onderzoekers of vergelijkingssites, volstaat het (CKZ, TNO). Er zijn wel partijen nodig om een toelichting voor patiënten en consumenten te maken. Indien nodig moet Zichtbare Zorg dat regisseren (RVZ, ZonMw, Nivel). Zichtbare Zorg zou ook een stap verder kunnen gaan en een overkoepelend label maken waarin, naast juistheid en volledigheid ook de statistische betrouwbaarheid is meegenomen (CWZ).

De rol die Zichtbare Zorg hierin kan spelen hangt sterk af van de positionering van de organisatie. Uitgangspunt tot dusver is dat Zichtbare Zorg uitsluitend indicatoren ontwikkeld en indicatorwaarden berekent en zelf geen informatie aan patiënten en consumenten levert. Zichtbare zorg kan wel een maat voor de statistische betrouwbaarheid aan de indicatorwaarden toevoegen.

Geen aanpassingen.

Publiceer geen informatie over statistische eigenschappen

Niet Zichtbare Zorg, maar de zorgaanbieders publiceren de indicatorwaarden. Partijen die in het maatschappelijk verantwoordingsdocument gepubliceerde indicatorwaarden gebruiken, moeten zelf verantwoording afleggen over het gebruik (GGZ-NL). In plaats van publicatie van statistische eigenschappen kunnen stuurgroepen beter normen voor minimale statistische betrouwbaarheid vastleggen. Indicatorwaarden met statistische eigenschappen onder die norm worden niet gepubliceerd (IQ-Healthcare).

Bij de selectie van indicatoren, in eerste instantie door het indicatorteam en later vast te stellen door de stuurgroep (2.2) is statistische betrouwbaarheid als relevant criterium meegenomen. Immers, het werken aan een indicator waarvan al vooraf bekend is dat deze geen statistisch betrouwbare informatie op kan leveren, is zonde van de moeite. Dit houdt overigens niet in dat alle indicatoren voor alle aanbieders statistisch betrouwbaar moeten zijn. Het kan ook leiden tot een onderscheid tussen die aanbieders die voldoende volume hebben om statistische betrouwbare informatie te genereren en die aanbieders die dat niet hebben.

Stuurgroepen zouden bij de specificatie inderdaad een minimumnorm voor de statistische betrouwbaarheid neer kunnen leggen. Het publiceren van statistische betrouwbaarheid kan een prikkel geven deze te verbeteren, bijvoorbeeld door, waar mogelijk, volumeconcentratie voor ingrepen waarvoor het belangrijk is dat de kwaliteitsindicatoren statistisch betrouwbaar zijn.

Inderdaad publiceren de zorgaanbieders zelf de indicatorwaarden. Het discussiepunt is hier of zij daarbij niet alleen percentages, maar ook tellers en noemers moeten publiceren. Zodoende krijgen de gebruikers beter inzicht in de indicatorwaarden. Dat laat onverlet dat gebruikers van de indicatorwaarden uiteraard een eigen verantwoordelijkheid hebben om hun eigen conclusies zorgvuldig te onderbouwen.

Geen aanpassingen.

Geef onderliggende gegevens vrij voor analyses

De onderliggende gegevens die gebruikt zijn om de indicatorwaarden te berekenen dienen vrijgegeven te worden voor analyses tenzij er een goede reden is om dat niet te doen (RVZ).

Door geïnteresseerden toegang te geven tot deze gegevens, kan de ontwikkeling en interpretatie van kwaliteitsindicatoren grote innovatie ondergaan. Daarbij moet uiteraard wel de privacy van patiënten en consumenten geborgd zijn. Overigens is gaat het raamwerk verder niet op het eigendom van de gegevens in. De zeggenschap over zijn gegevens berust immers bij de zorgaanbieder. Hij beslist over het gebruik van deze gegevens door derden. Het raamwerk wordt doorlopen onder de aanname dat het programmabureau voor haar door de stuurgroepen opgedragen taken vrij toegang heeft tot deze gegevens

aanpassingen.

Geen

9 Vragen bij overzicht van het raamwerk

9.1 Vraag 13

Is met de zes stappen en hun substappen het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren adequaat weergegeven? Zo nee hebt u voorstellen voor een verbetering van de procesbeschrijving?

De meeste respondenten hebben geen extra opmerkingen. Eén respondent stelt dat de samenhang tussen de stappen 2 en 3 (Definiëren en Implementeren) niet helder is. Delen van de stap Implementeren horen bij Definiëren.

Zie hiervoor vraag 7.

Het is aan te bevelen te zorgen voor een feedback loop zodat geleerd kan worden van het doorlopen van het raamwerk en het gebruik van de indicatoren voor keuze- en inkoopinformatie (RIVM).

Het raamwerk is inderdaad bedoeld als periodiek te doorlopen raamwerk zodat er een lerend systeem ontstaat dat leidt tot steeds effectievere ontwikkeling en beheer van kwaliteitsindicatoren in de zorg. De daarvoor benodigde feedbackloop moet ook input verzamelen van de gebruikers van de indicatoren.

In het 'Overzicht van het raamwerk' (Deel III, hoofdstuk 1) wordt duidelijker aangegeven dat een evaluatie stap ingebouwd kan worden.

De zorgzwaartecorrectie kan beter bij stap 5 – 'Data verzamelen en verwerken' in plaats van bij stap 6 – 'Vrijgeven' worden opgenomen (IQ-Healthcare). Voor een zorgaanbieder is de niet gecorrigeerde indicatorwaarde van meer belang bij het verbeteren van de kwaliteit (NHG/LHV).

In het raamwerk is daar nu niet voor gekozen omdat een individuele zorgaanbieder de opgeleverde indicator moet autoriseren. Die stap wordt gebaseerd op de eigen gegevens. Voor zorgzwaartecorrectie kunnen ook gegevens (of parameters op basis van die gegevens) van andere zorgaanbieders of uit andere bronnen nodig zijn. De zorgaanbieder kan die niet autoriseren. De indicatorwaarde vóór zorgzwaartecorrectie is specifiek voor de zorgaanbieder; ná zorgzwaartecorrectie voor de (sub)sector waarover de gecorrigeerde indicatorwaarde een uitspraak doet.

Geen aanpassingen.

De volgtijdelijkheid van stap 3 – Registreren en stap 4 – Implementeren is discutabel. Implementatie is pas mogelijk als al geregistreerd wordt.

Met registreren in stap 4 wordt in het raamwerk niet bedoeld het opzetten van een nieuw registratiesysteem, maar het registreren van gegevens over de door de zorgaanbieder geleverde zorg.

Geen aanpassingen.

De indicatoren zouden twee maal per jaar moeten worden opgeleverd zodat ze bruikbaar zijn voor inkoop en zodat de prikkel voor kwaliteitsverbetering sterker is (NCZ).

Een stuurgroep kan beslissen om inderdaad vaker dan één maal per jaar de indicatoren uit te vragen. Ook kan het zijn dat bij onderhandelingen tussen zorginkopers en zorgaanbieders daarover overeenstemming ontstaat. Het is wel van belang om te realiseren dat het raamwerk bestaat uit twee cycli. De cyclus van stap 4,5 en 6 (Registeren, Data verzamelen en verwerken, Vrijgeven) vaker kan worden doorlopen voordat de stappen 1,2 en 3 (Definiëren, Specificeren en Implementeren) voor een volgende keer worden doorlopen.

Het verschil tussen de twee cycli wordt verder benadrukt in 'Het raamwerk op hoofdlijnen' (Deel I – 3.2) en 'Overzicht van het raamwerk' (Deel III, 1).

Het raamwerk is te uitgebreid voor de eerstelijns zorg met relatief kleine praktijken. Er zou apart met de eerste lijn beroepsorganisaties gekeken moeten worden naar mogelijkheden om dit raamwerk toe te snijden op de eerstelijns extramurale setting (KNOV, KNGF, NMT, LVG, Actiz).

Het raamwerk is zo gedetailleerd en volledig vanwege het doel om breed inzetbaar te zijn in de zorg. Een specifieke stuurgroep kan kijken welke delen voor haar sector al dan niet toepasselijk zijn. Vooral de eerste twee stappen – Programmeren en Definiëren – hoeven overigens niet per se eenvoudiger te zijn omdat de zorg in een minder grote organisatie wordt geleverd. Ook voor indicatoren in de eerste lijn geldt dat er een afweging tussen impact en kans op succes moet plaatsvinden en dat indicatoren relevant, wetenschappelijk onderbouwd en haalbaar moeten zijn.

Bij de inleiding wordt er op in gegaan hoe stuurgroepen het raamwerk kunnen gebruiken.

9.2 Vraag 14

Bent u van mening dat de zes stappen uit het raamwerk van toepassing zijn op alle sectoren van de gezondheidszorg? Zo nee, voor welke sectoren stelt u om welke reden welke aanpassingen voor?

Het raamwerk kan voor de eerste lijn worden vereenvoudigd. De eerste lijn is nog te gefragmenteerd om te werken met een overkoepelende stuurgroep met per discipline verschillende indicatorteam (NPCF).

Het raamwerk is een beschrijving van de werkprocessen, de volgorde en samenhang, van zichtbare zorg. De stuurgroepen nemen alle strategische besluiten, Zichtbare zorg voert deze besluiten op een transparante wijze uit. Het raamwerk zegt niets over welke stuurgroepen er zouden moeten zijn.

De huidige werkwijze van de eerste lijn met een stuurgroep en een projectgroep per sector past in het raamwerk. De projectgroep kan dan gezien worden als indicatorteam. Een stuurgroep kan er dus voor kiezen om onderdelen van het raamwerk voor haar sector te vereenvoudigen.

Geen aanpassingen.

Voor trajecten die meerdere sectoren omvatten zoals ketenzorg of chronische zorg zijn juist extra stappen nodig (CKZ, Nivel). De gegevensverzameling en bestuurlijke afstemming is daar veel ingewikkelder.

Ketenzorg is inderdaad een complexe omgeving om indicatoren voor te ontwikkelen. Stuurgroepen op dat gebied kunnen uiteraard aanvullingen op het raamwerk maken. Met het raamwerk is beoogd om een leidraad te geven die voor de meeste stuurgroepen toereikend. In dit geval kan de stuurgroep het raamwerk uitbreiden. Overigens kan het zijn dat de genoemde problemen vooral bestuurlijk van aard zijn en samenhangen met randvoorwaarden als productontwikkeling, prijsvorming en organisatie; zaken die allemaal buiten het raamwerk staan.

In Deel I – Hoofdstuk 3 worden opmerkingen opgenomen over de mogelijke toepassing per sector.

Het is niet wenselijk om indicatoren te koppelen aan zorgproduct/marktcombinaties (GGZ-NL)

In het raamwerk is een koppeling met zorgproduct/marktcombinaties opgenomen omdat juist voor producten keuze- en inkoopinformatie nodig is. Bovendien zijn dat door de NZa vastgelegde prestatiebeschrijvingen zodat duidelijk is waar over gesproken wordt. Het raamwerk is een leidraad voor de stuurgroepen die er uiteraard van af kunnen wijken.

Geen aanpassingen.

10 Vragen bij verantwoordelijkheden

10.1 Vraag 15

Leidt de voorgestelde organisatie met indicatorteams, een PAC en een stuurgroep tot effectief en efficiënt ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren? Hebt u voorstellen om de effectiviteit en efficiëntie van het doorlopen van het raamwerk te verbeteren?

Complexiteit van de organisatie

Er is een risico van overlap van verantwoordelijkheden en taken tussen PAC's, indicatorteams en stuurgroepen (CKZ). Niet alle stuurgroepen zullen een PAC nodig hebben (ONT). Voor relatief kleine beroepsgroepen kan het lastig zijn om alle organen te bemensen (NVM). De voorgestelde organisatie telt veel extra lagen terwijl de verantwoordelijkheden juist zo dicht mogelijk bij zorgaanbieders belegd moeten zijn (IQ-Healthcare). De omvangrijke organisatie kan leiden tot onduidelijke rolverdeling en vertraging (GGZ-NL).

Stuurgroepen die de organisatie te complex vinden, kunnen er voor kiezen geen PAC in te stellen. Overigens kan de complexiteit ook verholpen worden door duidelijke rolverdelingen. 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. Zichtbare Zorg ondersteunt deze partijen.

Bij 'Verantwoordelijkheden' (Deel III, Hoofdstuk 2) wordt nader ingegaan op de rolverdeling.

Nieuwe voorstellen

Er zou een algemene stuurgroep moeten zijn voor sectoroverstijgende indicatoren zodat voorkomen wordt dat een zorgaanbieder die in meerdere (tot wel zeven) sectoren werkzaam is, geconfronteerd wordt met verschillende cliënt tevredenheidmetingen.

Het raamwerk is bedoeld als leidraad voor stuurgroepen, maar doet geen uitspraak over welke stuurgroepen zouden moeten bestaan. Dat is een bestuurlijke beslissing. Het is overigens één van de kerntaken van het programmabureau Zichtbare Zorg om tussen de verschillende stuurgroepen te coördineren. Daarbij kan het raamwerk juist behulpzaam zijn omdat het een gemeenschappelijke taal voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitindicatoren geeft.

Geen aanpassingen.

Koppeling met kwaliteitssystemen

Het doorlopen van het raamwerk zou geïntegreerd moeten worden met het interne kwaliteitstelsel van de beroepsgroep (NHG/LHV).

Het raamwerk richt zich geheel op het Zichtbare Zorg traject. Het verdient aanbeveling om voor een bepaalde sector rekening te houden met de agenda's van andere kwaliteitsinitiatieven.

In de substap 'Definiëren - Voorbereiden – Projectplan opstellen' (2.1.3) wordt afstemming met andere kwaliteitstrajecten in de sector opgenomen.

11 Vragen bij doorlooptijd

11.1 Vraag 16

Verwacht u dat het raamwerk inderdaad in twee jaar kan worden doorlopen? Waar ziet u de belangrijkste knelpunten voor het doorlopen van het raamwerk? Ziet u mogelijke versnellingen?

Bestuurlijke besluitvorming

De planning is ambitieus, zeker omdat ook het veld nog bij het proces betrokken moet worden (BTN). Het raamwerk kan in twee jaar doorlopen worden mits er voldoende bestuurlijke wil is om transparantie van kwaliteit te realiseren (CKZ, Nivel). Vooral bij de besluiten die in de bestuurlijke circuits genomen moeten worden kan vertraging optreden (LdH). Vooral de meer principiële, inhoudelijke discussies kosten tijd (NPCF). Afstemming met andere bestuurlijke trajecten zoals gemeentelijke nota's kan vertraging opleveren (GGD-NL).

Het primaat van het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren ligt bij de stuurgroepen. Met het raamwerk kunnen de besluiten van stuurgroepen gestructureerd worden voorbereid en uitgevoerd. Er is hier van uitgegaan dat stuurgroepen duidelijke uitgangspunten (Deel I – Hoofdstuk 4) hebben vastgesteld en dat zij vervolgens voortvarend besluiten nemen. Indien daar vertraging optreedt, duurt het doorlopen van het raamwerk langer

Bij de doorlooptijd (Deel III, Hoofdstuk 3) wordt opgenomen dat het hier gaat om een doorlooptijd waarbij de besluiten geen extra tijd kosten.

Doorlooptijd voor ICT

Voor de tijd die nodig is voor eventuele aanpassingen aan ICT, die nodig zijn als je gegevens automatisch wilt verzamelen, is onderschat (TNO, CWZ). Planningen voor ICT worden vaak overschreden (RVZ). Denk bijvoorbeeld aan de planning van het EPD (NHG/LHV). De in stap 2.4.3. voorgestelde 'IT pauze' is niet meegenomen in de planning terwijl wel vaak aanpassingen, bijvoorbeeld naar aanleiding van de praktijktest, nodig zijn (RIVM). Ook de veldtest kan te kort zijn als daarbinnen nog aanpassingen van software gedaan moeten worden. De daarvoor benodigde tijd wordt vrijwel altijd onderschat (LdH). Het al dan niet kunnen gebruiken van bestaande registraties is cruciaal voor de doorlooptijd (GGZ-NL).

Veel partijen waarschuwen voor een bottleneck bij de implementatie als ICT-aanpassingen nodig zijn. Daarom is ook, naar het voorbeeld van BQS in Duitsland, tijd gereserveerd voor ICT-aanpassingen. Die tijd moet nog bij de doorlooptijd van stap 3 worden gerekend. Zie ook vraag 4.

Bij de doorlooptijd van stap 3 – Implementeren wordt 4 maanden toegevoegd. Voor die stap wordt dan 5 tot 15 maanden genomen.

Tijd voor kwaliteitsverbetering

Er zijn vaak interne aanpassingen bij de zorgaanbieders nodig zodat gegevens ook voor kwaliteitsborging gebruikt kunnen worden. Zorgaanbieders zouden eerst de tijd moeten krijgen voor kwaliteitsverbetering voordat de indicatoren gepubliceerd worden. Daarvoor is extra tijd nodig (CWZ).

Het is aan de stuurgroepen om hierover een besluit te nemen. Uiteraard kan dan een 'verbeterpauze' worden ingelast tussen stap 5 – Implementeren en stap 6 – Vrijgeven. Daarbij zou de stuurgroep kunnen overwegen dat Zonder publicatie veel zorgaanbieders de prikkel missen om verbeterstappen te zetten en dat het daarnaast niet fair is tegenover de aanbieders die wel goed presteren.

Geen aanpassingen.

Planning in het algemeen

Het is moeilijk in te schatten hoe lang het doorlopen van het raamwerk duurt. Hier wordt 18 tot 24 maanden geschat. In het buitenland wordt soms 36 maanden gebruikt. Het uitwerken van implementatiestrategie duurt eerder 6 dan 2 maanden. Bij veel aanbieders is met een regionale aanpak de doorlooptijd mogelijk haalbaar. De cyclus zou moeten worden afgestemd met de zorginkoop cyclus (IQ-Healthcare). De doorlooptijd is wel optimistisch geschat, er zijn veel kansen op vertraging (ONT, ZonMW, GGZ-NL). Eén respondent stelt juist dat de doorlooptijd aan de lange kant is geschat (CB).

Het is correct dat er veel kansen op vertraging zijn. De geschatte doorlooptijd is gebaseerd op een soepele procesgang. De doorlooptijden zijn geschat op basis van eerdere en huidige ontwikkeltrajecten en ervaring uit het buitenland.

In Deel III – Hoofdstuk 3 wordt aangegeven dat de schattingen optimistisch zijn. Daarnaast wordt bij Stap 1 – Programmeren en Stap 2 – Definiëren aangegeven dat stuurgroep en indicatorteams mogelijke vertragingen inventariseren en eventuele remedies daarvoor identificeren.