

ZICHTBARE ZORG

Raamwerk kwaliteitsindicatoren

Consultatiedocument over een raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren door Zichtbare Zorg

8 april 2009



Inhoudsopgave

I	Achtergrond	4
1	Inleiding	5
1.1	Aanleiding om een raamwerk op te stellen	5
1.2	Basis voor het raamwerk	6
1.3	Consultatie over het raamwerk	6
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	11
3.2.3	Implementeren	12
3.2.4	Registreren	12
3.2.5	Data verzamelen en verwerken	12
3.2.6	Vrijgeven	13
3.3	Invulling 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	16
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	Instellen van de 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	Indicatorsteamsamenstellen	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	28
2.4	Operationaliseren	29
2.4.1	Concept-specificatie	29
2.4.2	Praktijktest	29
2.4.3	Specificatie	30
2.5	Vaststellen van de specificaties	30
3	Implementeren	32
3.1	Testen in het veld	32
3.1.1	Selecteren van zorgaanbieders voor de veldtest	33
3.1.2	Opzetten van implementatieplan	33
3.1.3	Benodigde gegevens voor de veldtest	34
3.1.4	Testen in het veld	34
3.2	Evalueren van de veldtest	34
3.2.1	Evalueren van de veldtest - registratie	34
3.2.2	Evalueren van de veldtest - implementatie	34
3.2.3	Evalueren van de veldtest - inhoudelijk	35
3.3	Vaststellen van de indicatorset	35
3.4	Landelijk invoeren van de indicatorset	35
4	Registreren	37
4.1	Gegevens registreren	37
4.2	Borgen van juistheid en volledigheid van verzamelde gegevens	38
5	Data verzamelen en verwerken	40
5.1	Aanleveren van gegevens	41
5.2	Vastleggen van gegevens	42
5.2.1	Analyse van de kwaliteit van de aangeleverde gegevens	42
5.2.2	Update van aangeleverde gegevens	42
5.3	Berekenen van indicatorwaarden	42
5.4	Autoriseren van de berekende indicatorwaarden	43
6	Vrijgeven	44
6.1	Bespreken door indicatorteam	45
6.2	Labelen voor verwachte juistheid van gebruikte gegevens	45
6.3	Corrigeren voor zorgzwaarte	45
6.4	Vrijgeven voor verdere verwerking	46
6.4.1	Statistische betrouwbaarheid en onderscheidend vermogen	46
6.4.2	Keuze- en inkoopinformatie	46
6.4.3	Overige functies	47
III	Doorlopen van het raamwerk	49
1	Overzicht van het raamwerk	50
2	Verantwoordelijkheden	51

	3
3 Doorlooptijd	53
IV Appendices	55
A Het raamwerk in één blik	56
B Koppelingen tussen stappen	58
C Interviews	60
D Literatuurlijst	61

Deel I

Achtergrond

Hoofdstuk 1

Inleiding

Al enige jaren wordt door verschillende sectoren in de gezondheidszorg gewerkt aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg. Transparantie van zorg is daarnaast ook een belangrijk speerpunt van het huidige kabinet. Er is dan ook een ambitieus programma gestart om nieuwe indicatoren te ontwikkelen en landelijk in te voeren. Dit programma wordt gestuurd door diverse, sectorspecifieke, stuurgroepen. De stuurgroepen worden daarbij ondersteund door het bureau Zichtbare Zorg.

De opdracht aan Zichtbare Zorg is om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en te meten. Die indicatoren helpen patiënten bij de keuze van zorgaanbieders en verzekeraars bij de inkoop van zorg voor hun verzekerden. Daarnaast kunnen de indicatoren ook voor andere doeleinden, zoals toezicht en kwaliteitsverbetering worden gebruikt.

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;
- éénheid van taal voor het transparant maken van kwaliteit van de zorg;
- éénduidige systematische aanpak gericht op juiste gegevens, valide indicatoren en betrouwbare indicatorwaarden.

Zichtbare Zorg beoogt daarmee maximale vergelijkbaarheid met minimale administratieve lasten.

1.1 Aanleiding om een raamwerk op te stellen

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 van de stappen die gezet worden bij het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren nodig. Onder 'ontwikkelen en beheren' verstaan we hier het hele cyclische proces van het starten van een transparantietraject waarbij de uitgangspunten worden vastgesteld tot en met het periodieke onderhoud van reeds ontwikkelde en gebruikte kwaliteitsindicatoren. Tussen dat begin- en eindpunt liggen de zes stappen die in het raamwerk zijn opgenomen.

In dit document wordt een dergelijk raamwerk voorgesteld. Zichtbare Zorg verwacht daar meerdere voordelen van. Ten eerste wordt de regievoering van de stuurgroepen duidelijker omdat de te nemen besluiten beter gepland kunnen worden en systematisch worden onderbouwd. Ten tweede kan het raamwerk helpen om de werkzaamheden van Zichtbare Zorg te plannen en om synergie tussen de sectoren te benutten. Ten derde

wordt door integraal naar het hele ontwikkel- en beheertraject te kijken, de afstemming tussen de verschillende stappen duidelijk. Zodoende wordt de samenhang tussen ontwikkelen en beheren versterkt. Daarnaast kan het raamwerk gedeeld worden met andere partijen in de zorg om met andere cycli, zoals zorginhoudelijk toezicht of maatschappelijke verantwoording, af te stemmen. Het raamwerk moet ook toepasbaar zijn in de 'steady state' van het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren, als er al veel indicatorsets zijn geïmplementeerd in de sector. Het is bedoeld als een integraal en cyclisch model voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren.

1.2 Basis voor het raamwerk

In dit document wordt een raamwerk besproken dat bestaat uit zes stappen voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren. Voor iedere stap in het raamwerk wordt besproken welke expertise nodig is om de stap zorgvuldig uit te kunnen voeren, uit welke substappen de stap zou kunnen bestaan en hoe die substappen inhoudelijk kunnen worden ingevuld. 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 (zie Appendix), met literatuurstudie onder andere naar eerder door anderen opgestelde raamwerken. Daarnaast zijn met Zichtbare Zorg vergelijkbare organisaties in Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland, Frankrijk, de Verenigde Staten, Zweden en Zwitserland, verkend. 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.

1.3 Consultatie over het raamwerk

Dit document is bedoeld als discussiestuk om samen met de sectoren in de zorg te komen tot een gedeeld beeld over het organiseren van de cyclus van het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren. Het raamwerk wordt ter consultatie aan de actoren in en om de zorgsector aangeboden. Op basis van de consultatie wordt het raamwerk eventueel aangepast.

Zichtbare Zorg vraagt alle betrokkenen om op- en aanmerkingen op dit raamwerk te leveren. In dit document zijn een aantal expliciete consultatievragen gesteld. U wordt nadrukkelijk verzocht om in ieder geval op de consultatievragen uw reactie te geven. U wordt verzocht daarbij het nummer van de vraag aan te geven. Daarnaast is Zichtbare Zorg uiteraard benieuwd naar eventuele reacties op andere onderwerpen, gaarne onder vermelding van de paragraaf waar uw eventuele reactie betrekking op heeft. De reacties worden door Zichtbare Zorg openbaar gemaakt.

De planning van dit consultatietraject is als volgt:

8 april 2009	Publicatie van consultatiedocument
15 mei 2009	Einde reactietermijn
28 mei 2009	Bijeenkomst met toelichting en discussie
1 juli 2009	Publicatie van het raamwerk na verwerking van reacties op dit consultatiedocument

U kunt uw reactie richten aan:

Zichtbare Zorg
Postbus 16119
2500 BC Den Haag
e-mail: ConsultatieZiZo@igz.nl

Achtergrondinformatie, het laatste nieuws over de consultatie en een elektronische versie van dit document zijn beschikbaar op

www.zichtbarezorg.nl/consultatie

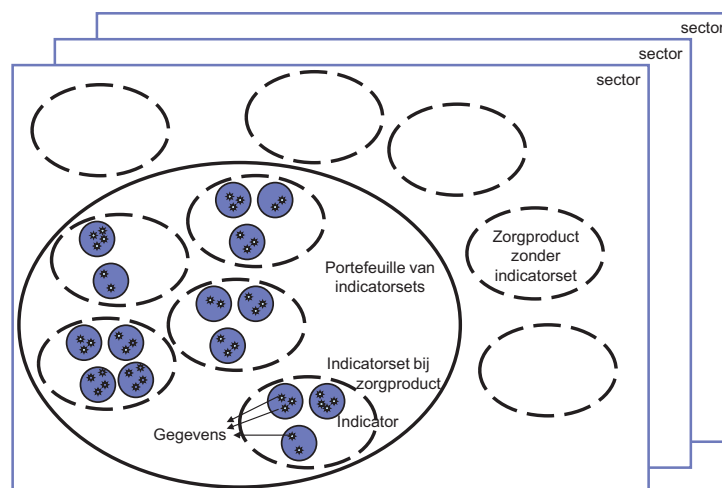
Op deze website worden tevens de reacties op dit consultatiedocument gepubliceerd.

Hoofdstuk 2

Definities

Voordat het raamwerk kan worden besproken, is het nodig om enkele begrippen die in dit document gehanteerd worden te bespreken. Deze begrippen komen steeds terug bij het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren.

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 (/marktcombinatie) aan. 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. Zichtbare Zorg richt zich op kwaliteit ten behoeve van de zorgmarkt. De zorgproducten die Zichtbare Zorg hanteert zijn zoveel als mogelijk de op basis van de WMG door de NZa vastgelegde 'prestaties' of zorginhoudelijke clusters daarvan. 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.

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

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-markt-combinaties in een sector. Voor iedere sector is er een portefeuille. Voorbeelden zijn de portefeuille van 10 indicatorsets voor ziekenhuizen in 2008, de portefeuille met indicatorsets in de Gehandicaptenzorg, idem voor GGZ, VV & T, huisartsenzorg, et cetera.

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

Hoofdstuk 3

Overzicht van het raamwerk

Er wordt een raamwerk voor ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren voorgesteld. 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 van dit consultatiedocument 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 in dit consultatiedocument 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. Het ontwikkelen en beheren van de indicatorsets moet passen binnen de uitgangspunten. De stuurgroep legt in ieder geval uitgangspunten vast in drie categorieën: 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. **Implementeren** van de nieuw ontwikkelde indicatorsets en/of de aanpassingen van bestaande indicatorsets bij zorgaanbieders en Zichtbare Zorg na een veldtest van de gedefinieerde indicatorsets.
4. **Registreren** van de voor de indicatoren benodigde gegevens.
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.

Ieder voor zich zijn de stappen niet heel complex. Maar het borgen van de samenhang tussen de verschillende stappen is cruciaal. 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 van projecten voor de aanpassing van bestaande indicatorsets en de ontwikkeling van nieuwe sets voor. 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 indicatoren. 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.

3.2.3 Implementeren

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

Naar aanleiding van deze veldtest stelt de stuurgroep de indicatorset al dan niet aangepast vast. Een vastgestelde set wordt vervolgens volgens planning landelijk ingevoerd 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 in 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 gebracht. Zodoende kunnen ook nieuwe medewerkers van zorgaanbieders worden ondersteund en kunnen aanpassingen aan indicatoren landelijk worden ingevoerd.

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 van voor de sector goed gecodeerde gegevens. Voor nieuw te registreren gegevens hebben IT-leveranciers de tijd gekregen om hun systemen aan te passen. Daarnaast is het nodig dat de administratieve organisatie bij een zorgaanbieder zodanig is ingericht dat de kans op juiste, tijdige en volledige registratie zo hoog mogelijk 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

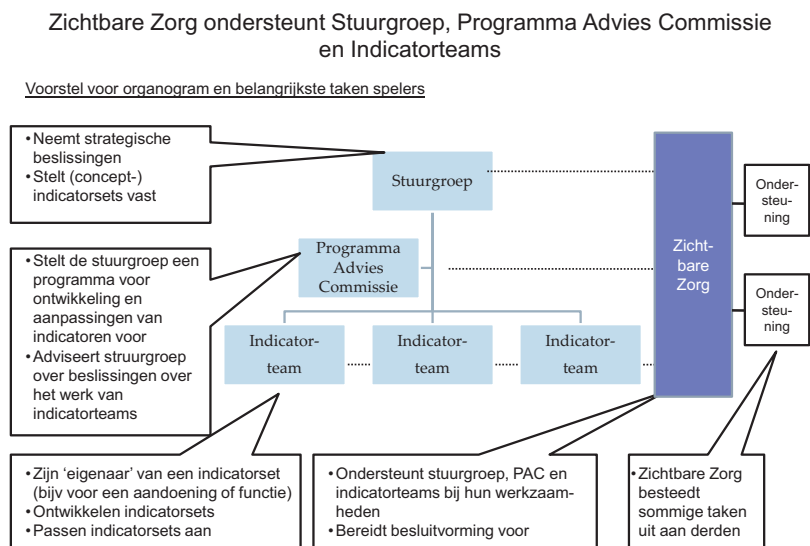
gebruikt om de indicatorwaarden te berekenen. Deze waarden worden geautoriseerd door de zorgaanbieder. Het indicatorteam stelt een bespreking van de uitkomsten voor de stuurgroep op.

3.2.6 Vrijgeven

De indicatorwaarden worden 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 door de stuurgroep vastgesteld dataprotocol. Zichtbare Zorg labelt de indicatorwaarden met een classificatie naar de juistheid en volledigheid, gebaseerd op de maatregelen die een organisatie heeft genomen om tot juiste en volledige informatie te komen. Door voor berekende indicatoren naast een 'power analyse' 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 Invulling 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 consultatiedocument wordt slechts summier ingegaan op de personele samenstelling van deze groepen. Zichtbare Zorg wil hier allereerst in gaan 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'.

Indicatorsteam Het team dat 'eigenaarschap' van een indicatorset heeft. Het indicatorsteam blijft in stand en brengt periodiek verslag uit over de gemeten indicatorwaarden, mogelijke verbeteringen en ontwikkelingen.

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, PACs en stuurgroepen voor en voert de besluiten uit.

3.4 Verschillen tussen sectoren en in de tijd

Het hier besproken 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. De hier besproken stappen en substappen voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren zijn relevant voor alle sectoren van de zorg. De uitgangspunten en (bestuurlijke) invulling van die stappen zal van sector tot sector verschillen.

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 een lichtere functie, omdat de stap 'Programmeren' minder complex is. In dat geval zou er een PAC kunnen worden ingesteld voor meerdere (sub)sectoren. Eén PAC kan dan adviezen geven aan meerdere stuurgroepen. De stuurgroepen kunnen dit in hun uitgangspunten expliciet vastleggen.

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. In dit document wordt nog niet op die transitie ingegaan. We focussen hier op een raamwerk dat alle essentiële stappen bevat en consulteren daarover. Nadat het raamwerk, mede op basis van de consultatie, is uitgekristalliseerd, kan worden ingegaan op de transitie.

Hoofdstuk 4

Uitgangspunten

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



De functie van de Zichtbare Zorg indicatorsets is primair het ondersteunen bij inkoop en keuze van zorg. Daarnaast worden de indicatoren ook gebruikt voor andere doeleinden zoals verantwoording, toezicht, benchmarking en kwaliteitsverbetering.

Een stuurgroep geeft aan Zichtbare Zorg uitgangspunten mee, waarmee daarna het raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren wordt doorlopen. Aangezien de sectoren vooral op dit punt van elkaar zullen verschillen, wordt er hier slechts summier op ingegaan. 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 sectoren is bijvoorbeeld eerst een visie op wat kwaliteit eigenlijk behelst, ontwikkeld. Dat is verder uitgewerkt in thema's. Voor de GGZ zijn bovendien hele 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 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 hoe veel ze hoe snel wil bereiken. Uitgangspunten die hier onder vallen zijn bijvoorbeeld:

- 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 implementatie van 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 en verzekeraars voor zorginkoop of bijvoorbeeld huisartsen voor doorverwijzing, instellingen voor verantwoording, 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). Dit vloeit voort uit de opdracht van Zichtbare Zorg.

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 proces indicatoren worden gebruikt die zouden moeten leiden tot betere uitkomsten;
- et cetera.

Deel II

Het raamwerk

Hoofdstuk 1

Programmeren

Na afloop van deze processtap - 'Programmeren' - is besloten of indicatorsets worden verwijderd, gehandhaafd, aangepast of toegevoegd aan de portefeuille met actieve indicatorsets. Bovendien is er een programma met projecten waarmee deze beslissingen worden gerealiseerd. Er zijn dus projecten om nieuwe indicatorsets te ontwikkelen en om bestaande indicatorsets eventueel aan te passen dan wel uit te faseren. Daarnaast kan in het programma worden voorgesteld 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. Proces- en structuurindicatoren wordt 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. *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:

Instellen van een Programma Advies Commissie (PAC) De stuurgroep kan een PAC, bestaande uit erkende experts op het gebied van kwaliteitsmeting in de zorg

voor een bepaalde sector, samenstellen. In een PAC zijn in ieder geval zorginhoudelijke en methodologische expertise vertegenwoordigd. Het is cruciaal voor het functioneren van de PAC, dat gericht is op inhoudelijke discussie, dat de experts worden benoemd op persoonlijke titel, zonder last en ruggespraak. Indien de stuurgroep geen PAC benoemt, voert zij zelf de taken van de PAC die in het raamwerk zijn opgenomen uit.

Voorstellen van een programma De PAC (of de stuurgroep als zij zonder PAC werkt) doet onderbouwde voorstellen 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 indicatorsets adviseert de PAC ook 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. Daarnaast adviseert de PAC over onderzoek naar de validiteit van indicatoren.

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

1.1 Instellen van de Programma Advies Commissie (PAC)

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.

De experts 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.

Indien een stuurgroep besluit geen PAC in te stellen, dan voert de stuurgroep zelf de (sub)stappen die in dit raamwerk aan de PAC zijn toebedeeld, uit. De PAC bestaat uit experts die uiteindelijk de adviezen aan de stuurgroep geven. 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 de 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.

Consultatievraag 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?*

1.2 Voorstellen van een programma

De PAC stelt een programma voor het verwijderen, handhaven, aanpassen of toevoegen van indicatorsets in de portefeuille van indicatorsets voor. Het programma bevat projectvoorstellen voor de aanpassingen en toevoegingen en voor onderzoek naar de validiteit van indicatoren. Hier is er van uitgegaan dat de stuurgroep zich daarbij laat adviseren door een PAC.

1.2.1 Programma voor nieuwe indicatoren

De PAC maakt een programma voor het ontwikkelen van nieuwe indicatoren op basis van 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 het Zichtbare Zorg programma worden gestoken, moeten zo effectief mogelijk worden ingezet. De PAC kan de impact van een indicatorset voor een bepaald zorgproduct/-productmarktcombinatie/-functie bijvoorbeeld schatten 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.

Kans van slagen De kans van slagen is de kans op het succesvol doorlopen van de stappen 'Definiëren' en 'Implementeren' van dit raamwerk ofwel de kans dat een in het programma opgenomen indicatorset ook daadwerkelijk landelijk zal worden ingevoerd. De PAC moet dus kunnen inschatten of een indicatorset invulling kan geven aan het programma. Een indicatorset 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.

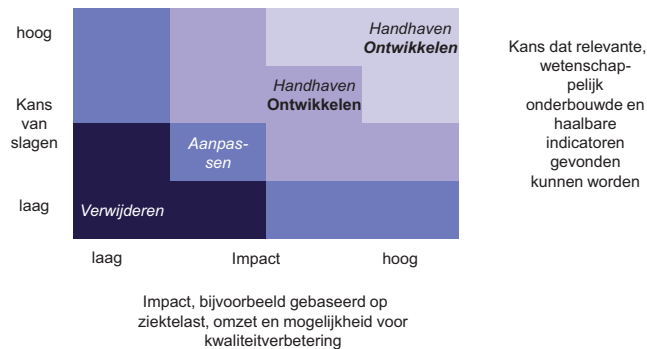
De PAC vergelijkt verwachte scores op relevantie, wetenschappelijke onderbouwing en haalbaarheid van potentiële indicatorsets. De PAC kan zich daarvoor bijvoorbeeld baseren op het oordeel van experts en op ervaring met indicatorsets in het buitenland. De PAC moet dus al een idee hebben hoe de indicatorset eruit komt te zien. De PAC hoeft de nieuwe set niet helemaal te ontwikkelen. De mogelijke indicatorsets worden gerangschikt naar kans van slagen.

De PAC adviseert de stuurgroep over een programma voor het ontwikkelen van indicatorsets die hoog scoren op verwachte impact en op kans van slagen. Het programma wordt uitgevoerd door de indicatorsets die de indicatorsets 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

De PAC neemt ook, indien nodig, aanpassingen aan indicatorsets op in haar programma. 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. De PAC kijkt dan of de aannames en verwachtingen die destijds hebben geleid tot het implementeren 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 indicatorset worden gebruikt. De PAC adviseert op basis van deze afweging of een indicatorset wordt verwijderd, gehandhaafd of aangepast. De PAC baseert zich daarbij op de periodieke bespreking van een indicatorset door het indicatorteam. Eventuele aanpassingen worden vervolgens door de stuurgroep vastgesteld en door het indicatorteam uitgevoerd.

1.2.3 Programma voor onderzoek naar validiteit

Voor bestaande indicatoren kan de PAC onderzoek naar de validiteit (het belangrijkste onderdeel van de wetenschappelijke onderbouwing) van een indicator voorstellen. 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 de PAC die opnemen in het programma voor nieuwe indicatoren dat zij aan de stuurgroep voorstelt. Ook de indicatorteam zelf houden de wetenschappelijke literatuur over 'hun' indicatorset systematisch bij.

1.3 Vaststellen van het programma

Vervolgens stelt de stuurgroep het programma vast. Met het vaststellen van het programma start de stuurgroep de uitvoering ervan door de indicatorteams te benoemen die daarbij worden ondersteund door Zichtbare Zorg danwel door derden die door Zichtbare Zorg worden ingehuurd.

Consultatievraag 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?*

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 die een verdere detaillering en invulling zijn van het werk van de PAC danwel van de stuurgroep zelf als deze zonder PAC werkt. De volgende substappen zijn de concretisering van de fase 'Programmeren':

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 zodat veldpartijen heldere instructies hebben hoe de benodigde gegevens te verzamelen, na een praktijktest.

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

Deze vijf substappen worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt.

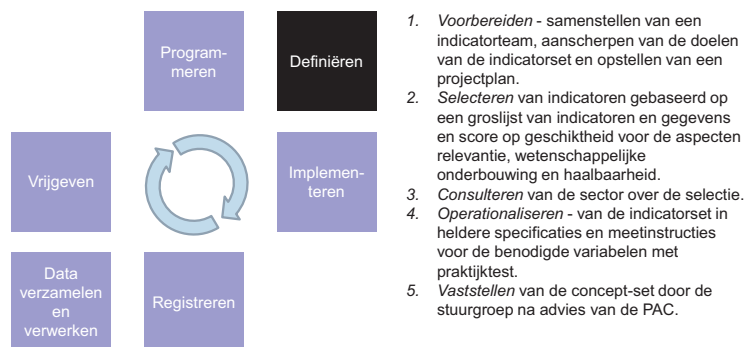
¹Dit hoofdstuk is gebaseerd op 'Handleiding indicatorontwikkeling', CBO, 2008; het AIRE- instrument, universiteit van Amsterdam, 2007; en het Quality instrument van BQS, 2006.

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

Hieronder wordt ervan uitgegaan dat de stuurgroep met een PAC werkt. Indien dat niet het geval is, voert zij zelf de taken uit die hieronder aan het PAC zijn toebedeeld. Als een stuurgroep geen PAC heeft ingesteld, krijgt ze daarvan geen advies voor haar beslissingen.

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 (terug-)gekoppeld aan de stap 'Programmeren' net zoals bij de stap 'Programmeren' werd (vooruit-)gekoppeld naar 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. Het indicatorteam neemt beslissingen gedurende de ontwikkelfase of bereidt beslissingen die door de stuurgroep genomen moeten worden voor. Het is van groot belang dat de samenstelling van het indicatorteam draagvlak garandeert voor de indicatoren bij de verantwoordelijken in de instellingen. Voor ziekenhuizen is bijvoorbeeld draagvlak bij de wetenschappelijke verenigingen nodig.

Het indicatorsteam blijft na de ontwikkeling bestaan en evalueert dan de gemeten waarden van de indicator en beoordeelt de indicatorset periodiek (zie de volgende processtappen; 'Data verzamelen en verwerken' en 'Vrijgeven'). De periodieke evaluatie door het indicatorsteam bevat aanbevelingen voor het verwijderen, handhaven of aanpassen van de indicatorset. Die aanbevelingen neemt de PAC mee bij haar advies aan de stuurgroep over het programmeren (zie de stap 'Programmeren').

Iedere expert zit gedurende meerdere jaren in het indicatorsteam. De zittingsduur kan bijvoorbeeld vier jaar zijn met getrapte verversing van de teamleden zodat er een balans is tussen continuïteit en vernieuwing. Het indicatorsteam van verschillende indicatorsets kan uit dezelfde personen bestaan. Bijvoorbeeld als voor een bepaald specialisme in de ziekenhuiszorg meerdere indicatorsets worden ontwikkeld.

Het indicatorsteam voelt zich 'eigenaar' van de indicatorset (of van meerdere indicatorsets op hetzelfde gebied). De werkzaamheden die nodig zijn, hoeven niet door het indicatorsteam zelf te worden uitgevoerd. De beslissingen van het indicatorsteam worden voorbereid door Zichtbare Zorg (of door derden die door Zichtbare Zorg worden ingehuurd). Het meeste werk zal door Zichtbare Zorg worden verzet dat daarbij inhoudelijk door het indicatorsteam wordt aangestuurd. Zichtbare Zorg bereidt de bijeenkomsten waarin het indicatorsteam 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 indicatorsteam onderschrijft de doelstellingen waarvoor de indicatorset wordt ontwikkeld zoals dat (door de PAC is geformuleerd en) door de stuurgroep is vastgesteld in het programma. Het indicatorsteam 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, eventueel op advies van de PAC, vastgestelde uitgangspunten leidend.

Het indicatorsteam specificeert het doel van de indicatorset nader, 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; Implementeren, Registeren, Data verzamelen en verwerken en Vrijgeven van de indicatorwaarden. Het indicatorsteam blijft na het ontwikkelen bestaan.

2.2 Selecteren

Deze substap is het hart van de definitie van een indicatorset. Hier worden de uiteindelijke indicatoren geselecteerd. Het indicatorsteam 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 indicatorteam 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 worden in ieder geval de volgende vragen gesteld:

- 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. Danwel 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 indicatorteam 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 als mogelijk gebruikt gemaakt van reeds verzamelde gegevens. Hiermee worden de administratieve lasten beperkt, en wordt de juistheid van gegevens 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.
- Mate van differentiatie - voor de indicator wordt geschat in hoeverre die 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.

2.2.3 Rangschikken naar geschiktheid - wetenschappelijke onderbouwing

De PAC heeft bij het opstellen van het programma gekeken naar de wetenschappelijke onderbouwing van indicatoren voor de een in de portefeuille op te nemen indicatorset. Het indicatorteam beoordeelt systematisch de (verwachte of bekende) validiteit van de indicatoren op de groslijst.

De aspecten van wetenschappelijke onderbouwing waarop gescoord wordt, zijn:

- 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.

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 door de zorgprofessional oplevert. De administratieve lasten moeten zwaar meewegen in de score op haalbaarheid. Daarmee wordt gestreefd naar het zoveel mogelijk gebruiken van reeds geregistreerde gegevens. Soms brengt een iets minder 'perfecte' indicator veel minder administratieve lasten met zich mee dan een 'perfecte' indicator. Het indicatorteam overweegt expliciet of een voorgestelde definitie in dat geval kan worden aangepast om de administratieve lasten te beperken.
- Statistische eisen - voor de indicatoren wordt een power analyse 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.

- Juistheid - een goede indicator is gebaseerd op de juiste gegevens. 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 gespecificeerd worden. 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.

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

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

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 indicatorteam, 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 de PAC.

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 selectie methodiek 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. 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), wordt 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.

Consultatievraag 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?*

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, ZZP 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 de implementatie worden verwacht, bijvoorbeeld omdat zij een andere organisatie van de zorg kennen 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 als extra, niet reeds voor andere doeleinden geregistreerde, gegevens voor de indicatorset moeten worden verzameld.

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 4 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, voorzien van een advies erover van de PAC. De 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 de daadwerkelijke implementatie. Deze verantwoordelijkheid wordt expliciet bij de stuurgroep belegd. Hiermee wordt het bureauwerk waarbij slechts een deel van de sector is betrokken, afgesloten. Voor het implementeren en het daaraan voorafgaande testen in het veld is de inspanning van veel mensen nodig. Het is dus zaak dat het werk tot aan dit moment zorgvuldig door de stuurgroep wordt beoordeeld. De PAC adviseert de stuurgroep over de specificaties.

Consultatievraag 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?*

Consultatievraag 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?

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 ZZPs). Koppeling van indicatoren uit het kwaliteitskader (en evt. selectie van aanvullende/vervangende indicatoren) aan ZZPs 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

Implementeren

Uit de stap 'Definiëren', volgen de indicatorsets die gemeten moeten worden. Nieuwe indicatorsets moeten voor het eerst worden geïmplementeerd en voor aangepaste sets moeten de aanpassingen worden geïmplementeerd. 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 stap 'Implementeren' bestaat uit vier substappen:

Testen in het veld Het testen in het veld van het verzamelen van de benodigde gegevens 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, vaststellen van de indicatorset door de stuurgroep voor landelijke invoering bij alle relevante zorgaanbieders.

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

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 ingevoerd. Hiervoor moet een implementatieplan worden opgezet dat later ook gebruikt kan worden om de indicatorset landelijk in te voeren. Tijdens de testfase worden ook gegevens over het invoeren van de indicatorset verzameld zodat een gestructureerde evaluatie van de veldtest, inclusief het invoeren van de indicatorset, mogelijk is. De testfase wordt inhoudelijk (de indicatorwaarden en definities) en procesmatig (hoe verliep het invoeren van de indicatorsets bij de zorgaanbieders van de veldtest) geëvalueerd.

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



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 indicatorsets 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. Het indicatorsetteam heeft voor haar werkzaamheden wel de gegevens herleidbaar tot individuele ziekenhuizen. Zij gaat daar vertrouwelijk mee om. Zichtbare Zorg zorgt voor coördinatie van de veldtesten voor meerdere indicatorsets; alle indicatorsets worden zo veel mogelijk bij dezelfde groep ziekenhuizen getest.

3.1.2 Opzetten van implementatieplan

Tijdens de veldtest wordt de indicatorset voor het eerst ingevoerd. Hiervoor is een implementatieplan nodig waarvoor in ieder geval de volgende producten beschikbaar zijn:

- webapplicatie of andere invoertool 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 invoertool;
- 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; en
- data-verwerkingsroutines waarmee de gegevens worden gecheckt op plausibiliteit; en
- algoritmes waarmee de indicator wordt berekend en gecorrigeerd voor zorgzwaarteverschillen.

Deze producten zijn verder uitgewerkt onder de stap 'Data verzamelen en bewerken' en zijn niet alleen tijdens deze test 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 verzameld worden dan voor een uitontwikkelde indicatorset. Het indicatorteam stelt een lijst op met extra benodigde gegevens. Per voor de indicator benodigd gegeven wordt bijvoorbeeld informatie vergaard over de bron (bijvoorbeeld LMR, DIS, AZR, ZIS, HIS), de volledigheid, de juistheid, 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 om de indicatorwaarden te kunnen berekenen, worden verzameld. 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 indicatorteam 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 gewerkt wordt met een PAC voorzien van een advies van de PAC.

3.2.1 Evalueren van de veldtest - registratie

Zichtbare Zorg brengt voor het indicatorteam in beeld hoeveel van de indicatorwaarden konden worden opgeleverd en analyseert de opgevraagde extra gegevens. Het indicatorteam 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 juiste gegevens volgens door de deelnemers verstrekte extra informatie;
- wat zijn de best practices op het gebied van juistheid 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 invoering van de indicatorset betrof. De veldtest verloopt dan ook volgens

hetzelfde implementatieplan dat voor de uiteindelijke indicatorset is voorzien. De ervaringen van het implementatieplan gedurende de veldtest worden besproken. Het indicatorteam 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 indicatorteam 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 er uit de veldtest aanleiding volgt 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, van de specificaties van de indicatoren en van het implementatieplan. Het indicatorteam legt de evaluatie voor aan de PAC. De PAC geeft de stuurgroep advies of de geselecteerde indicatoren inderdaad de indicatorset vormen en of deze indicatorset inderdaad kan worden opgenomen in de portefeuille. De stuurgroep stelt de indicatorset definitief vast op basis van het advies van het PAC.

3.4 Landelijk invoeren van de indicatorset

Een indicatorset die voor het eerst is vastgesteld, kan landelijk worden ingevoerd in de sector. Zichtbare Zorg maakt een implementatieplan waarin de ervaringen die tijdens de veldtest zijn opgedaan, zijn verwerkt. Het implementatieplan bestaat in ieder geval uit de volgende onderdelen: opschaling van het implementatieplan zoals dat tijdens de veldtest is gebruikt, duidelijke timing en zorgvuldige communicatie naar de sector.

Na afstemming met de indicatorteam en goedkeuring van het implementatieplan door de stuurgroep, voert het bureau Zichtbare Zorg het implementatieplan uit. Het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan wordt belegd bij Zichtbare Zorg zodat de coördinatie tussen de verschillende indicatorteam is geborgd. Zorgaanbieders hebben dus één gecoördineerd implementatieplan voor meerdere nieuwe of aangepaste indicatorsets.

Consultatievraag 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?*

Consultatievraag 7. *Vindt u de voorgestelde vier implementatiestappen adequaat? Wat kan volgens u nog meer bijdragen aan een goede implementatie van een indicatorset?*

Hoofdstuk 4

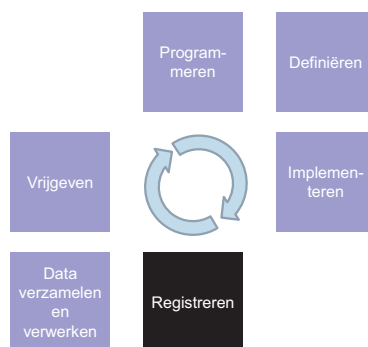
Registreren

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 juistheid en volledigheid 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 juistheid en volledigheid van de opgeleverde gegevens bepaald.

In de stap 'Registreren' worden de benodigde gegevens zo correct, volledig en tijdig mogelijk geregistreerd



1. *Gegevens registreren* door de zorgaanbieder op basis van de specificatie van de indicatoren.
2. *Borgen van juistheid, tijdigheid en volledigheid* van opgeleverde gegevens met maatregelen die een organisatie daartoe neemt.

4.1 Gegevens registreren

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 hun aanmerkingen over het registreren van de gegevens geven. De op- en aanmerkingen

worden besproken in het indicatorsteam die ze eventueel gebruikt om de definitie van een indicatorset en/of de specificaties van de indicatoren aan te passen.

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

4.2 Borgen van juistheid en volledigheid van verzamelde gegevens

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 verwachte juistheid en volledigheid van de opgeleverde gegevens te maximaliseren. Deze informatie wordt in de stap 'Vrijgeven' gebruikt om een label voor juistheid en volledigheid 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 Centrum Klantervaring Zorg (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 juiste en volledige registratie. De onderwerpen van de aanbevolen maatregelen zijn¹:

- ICT maatregelen:
 - implementeren 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;
 - invoeren governance voor kwaliteitsinformatie;
 - opzetten instructiesysteem; en
 - operationaliseren self assessment en indicator kwaliteit registratie.
- In- en externe toetsing:
 - instellen interne audit op betrouwbaarheid; en
 - externe toetsing binnen eigen sector.

¹ De maatregelen worden op dit moment - voorjaar 2009 - in opdracht van verschillende stuurgroepen verder geconcretiseerd.

Deze aanbevolen maatregelen dienen per stuurgroep concreet te worden uitgewerkt.

Daarnaast worden er een labels ontwikkeld die uitdrukken in hoeverre een zorgaanbieder de aanbevolen maatregelen heeft geïmplementeerd. 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.

Consultatievraag 8. *Zullen de voorgestelde maatregelen inderdaad leiden tot een hogere mate van juistheid en volledigheid van geregistreeerde gegevens? Ziet u andere mogelijkheden om de juistheid van gegevens te borgen?*

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.

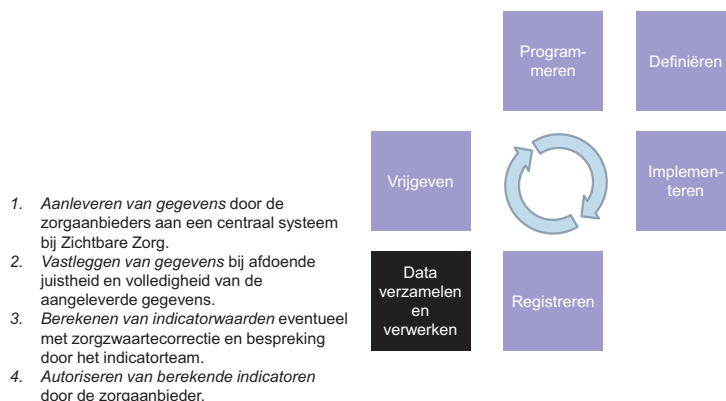
Vastleggen van gegevens Het analyseren van de kwaliteit van de aangeleverde gegevens vooral op het gebied van juistheid waarna de gegevens al dan niet in de database worden vastgelegd.

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. Toepassen van rekenregels, in- en exclusiecriteria en zorgzwaarte correctie door zorgaanbieders zelf. De zorgaanbieder levert alleen de teller en noemer voor een bepaalde kwaliteitindicator.
2. Aanleveren van gegevens op patiëntniveau en berekening van de indicatorwaarden op een centraal punt.

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.

De tweede methode kent verschillende voordelen:

- de in- en exclusiecriteria worden voor alle zorgaanbieders op dezelfde manier toegepast;
- de berekening wordt voor alle zorgaanbieders op dezelfde wijze gedaan zodat zorgaanbieders er ook van uit kunnen gaan dat onderlinge vergelijking in ieder geval niet is gelimiteerd door verschillende uitleg en toepassing van de rekenregels;
- er kunnen statistische analyses per zorgaanbieder worden gedaan die niet mogelijk zijn als Zichtbare Zorg alleen teller en noemer kent zoals onderzoek naar correlaties van bepaalde uitkomsten met cliënt-, patiënt- of organisatiekenmerken;
- er kunnen analyses met de onderliggende cliënt gegevens worden gedaan wat kan leiden tot aanpassing van definitie van een indicator, bijvoorbeeld met andere in- en exclusiecriteria;
- eventuele aanpassingen kunnen in gevallen waar de zelfde gegevens worden gebruikt voor een aangepaste indicator, ook voor eerdere jaren opnieuw worden berekend; en
- er zijn meer en betere methoden beschikbaar voor zorgzwaartecorrectie omdat daarbij individuele cliëntkenmerken kunnen worden gebruikt.

De tweede methode stelt overigens hogere 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.

Bij beide methoden kan het proces zodanig worden ingericht dat gegevens die al in andere databases beschikbaar zijn direct van daar uit aan Zichtbare Zorg worden aangeleverd. De zorgaanbieders hoeven dan zelf minder tijd te besteden aan het verzamelen van de gegevens.

Consultatievraag 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?*

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 Analyse van de kwaliteit van de aangeleverde gegevens

In de stap 'Registreren' werd ingegaan op maatregelen die een zorgaanbieder kan nemen om de verwachte juistheid en volledigheid van opgeleverde gegevens te maximaliseren. 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;
- juiste registratie - er kunnen steekproeven worden genomen om de aangeleverde gegevens te vergelijken met gegevens in de registratie bij de zorgverlener; en
- 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.

5.2.2 Update van aangeleverde gegevens

De bovenstaande analyses over de kwaliteit van de aangeleverde gegevens, kunnen leiden tot vragen over de mate van juistheid en volledigheid van de aangeleverde gegevens. 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 juistheid en volledigheid van aangeleverde gegevens per zorgaanbieder wordt systematisch 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.

Consultatievraag 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?*

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 in instellingen, 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).

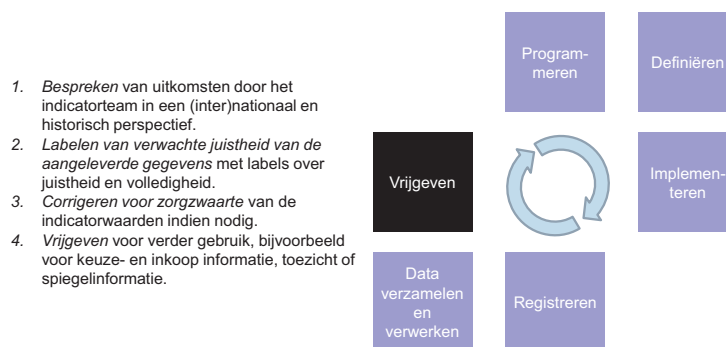
Maar door de indicator op dezelfde, uniforme manier af te leiden worden gehanteerde data-selecties en berekenmethodieken geüniformeerd. Ook wordt op deze wijze goede casemix correctie mogelijk, omdat de basisgegevens op patiënt-niveau beschikbaar zijn. Naast administratieve gegevens kan ook gebruik worden 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 stappen die het derden mogelijk maken de indicatorwaarden te gebruiken



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 juistheid van gebruikte gegevens Alle indicatorwaarden die worden vrijgegeven, worden voorzien van 'labels' die de mate van juistheid van die gegevens weergeven, 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 juistheid, validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren. 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 PAC gebruikt deze bespreking door het indicatorteam bij haar advies over het programma voor het eventueel handhaven, verwijderen of aanpassen van een indicatorset.

6.2 Labelen voor verwachte juistheid van gebruikte gegevens

Zichtbare Zorg voorziet alle indicatorwaarden van een label dat de verwachte mate van juistheid van de voor de indicator gebruikte gegevens weergeeft. Het label over de verwachte juistheid kan worden gebaseerd op de maatregelen die een organisatie heeft genomen om tot juiste en volledige informatie te komen. De kans op juistheid wordt verhoogd door te zorgen voor indicatoren die eenduidig en herhaalbaar gedefinieerd zijn en waarvoor de gebruikte gegevens volledig en tijdig zijn.

Het label voor verwachte juistheid is gebaseerd op een gestandaardiseerde inventarisatie van de maatregelen die een organisatie heeft genomen om de juistheid te borgen. 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 juistheid worden vastgesteld.

Het label voor alle door één instelling aangeleverde indicatorwaarden hoeft niet gelijk te zijn. Het kan zijn dat op de ene afdeling meer maatregelen om de juistheid te borgen, zijn ingevoerd dan op de andere.

6.3 Corrigeren voor zorgzwaarte

Bij de specificatie van indicatoren is bepaald of er wordt gecorrigeerd voor de zorgzwaarte van zorgaanbieders. De zorgzwaarte correctie 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 regisseren van het proces dat in dit raamwerk is beschreven. De laatste stap daarvan is het vrijgeven van de indicatorwaarden. De indicatorwaarden worden in ieder geval vrijgegeven voor de beoogde functie: ondersteuning bij zorgkeuze en -inkoop. 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 door iedereen via internet te raadplegen en/of te downloaden database. 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 kans op juiste informatie 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 power analyse 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 juistheid van de gebruikte gegevens 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. 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

Consultatievraag 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?*

Consultatievraag 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?*

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 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. In dat geval wordt de stap 'Registreren' weer uitgevoerd voor de indicatorset. Als wel wordt geëvalueerd, wordt weer begonnen met de stap 'Programmeren'.

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



Consultatievraag 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?*

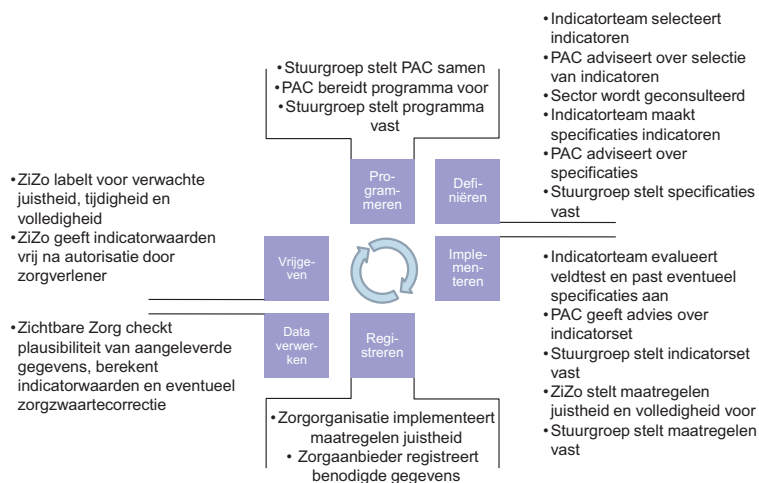
Consultatievraag 14. *Bent u van mening dat de zes stappen uit het raamwerk van toepassing zijn op alle sectoren van de gezondheidszorg? Zo nee, voor welke sectoren stelt u om welke reden welke aanpassingen voor?*

Hoofdstuk 2

Verantwoordelijkheden

De stuurgroep, PAC en indicatorteams hebben alle drie 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 er van uitgegaan dat de stuurgroep inderdaad een PAC heeft ingesteld.

Het raamwerk wordt doorlopen door de Stuurgroep, Programma Advies Commissie, Indicatorteams en Zichtbare Zorg

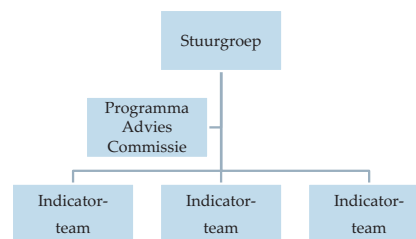
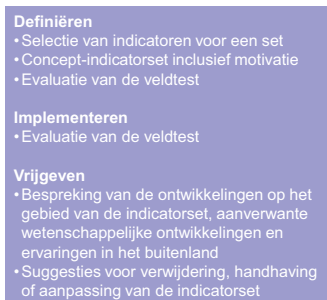


Als de stuurgroep een PAC heeft ingesteld, worden de 'producten' van een indicatorteam altijd voorzien van een advies van de PAC voordat ze worden aangeboden aan de stuurgroep (zie figuur op de volgende pagina). Het belangrijkste doel hiervan is om de voorstellen van indicatorteams in een breder perspectief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

Consultatievraag 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?*

Producten van indicatorteams worden voorzien van een advies van de PAC voorgelegd aan de stuurgroep

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



Hoofdstuk 3

Doorlooptijd

De doorlooptijd van het raamwerk hangt af van veel factoren. De hier geschatte tijdsperiode is gebaseerd op ervaringen van Zichtbare Zorg met het huidige programma in Nederland en van vergelijkbare projecten in het buitenland. Bij deze schatting van de doorlooptijd is er van uitgegaan dat er al een PAC bestaat en dat de uitgangspunten voor de sector zijn vastgelegd door de stuurgroep. 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. Per stap:

Programmeren De PAC komt minstens twee maal per jaar bijeen. De bijeenkomsten worden voorbereid door Zichtbare Zorg (of door haar ingehuurde derden). Om de beslissingen 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 een 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.

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.

Implementeren De zorgaanbieders zijn, na voorbereidingen van 1 maand, ongeveer 1 maand bezig met het verzamelen van de gegevens voor de veldtest waarna de veldtest gedurende 1 maand wordt 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. Het landelijk invoeren van de indicatorset duurt daarna ongeveer 2 maanden. In zijn geheel duurt het implementeren dan ongeveer 5 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

invoeren tot het eerste kwartaal. Voor de stap 'Implementeren' is 5 tot 8 maanden opgenomen.

Registreren Hoe lang 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 verwachte juistheid van de gebruikte gegevens aan de indicatorwaarden toekent. Het vrijgeven kan daarna in ongeveer 1 maand. Als ook nog voor zorgzwaarte gecorrigeerd moet worden, kan dat 1 maand langer duren. Totaal wordt voor deze stap 3 tot 4 maanden geschat.

De hierboven geschatte doorlooptijd voor de stappen is totaal 23 tot 30 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 nog na de veldtest.

Consultatievraag 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?*

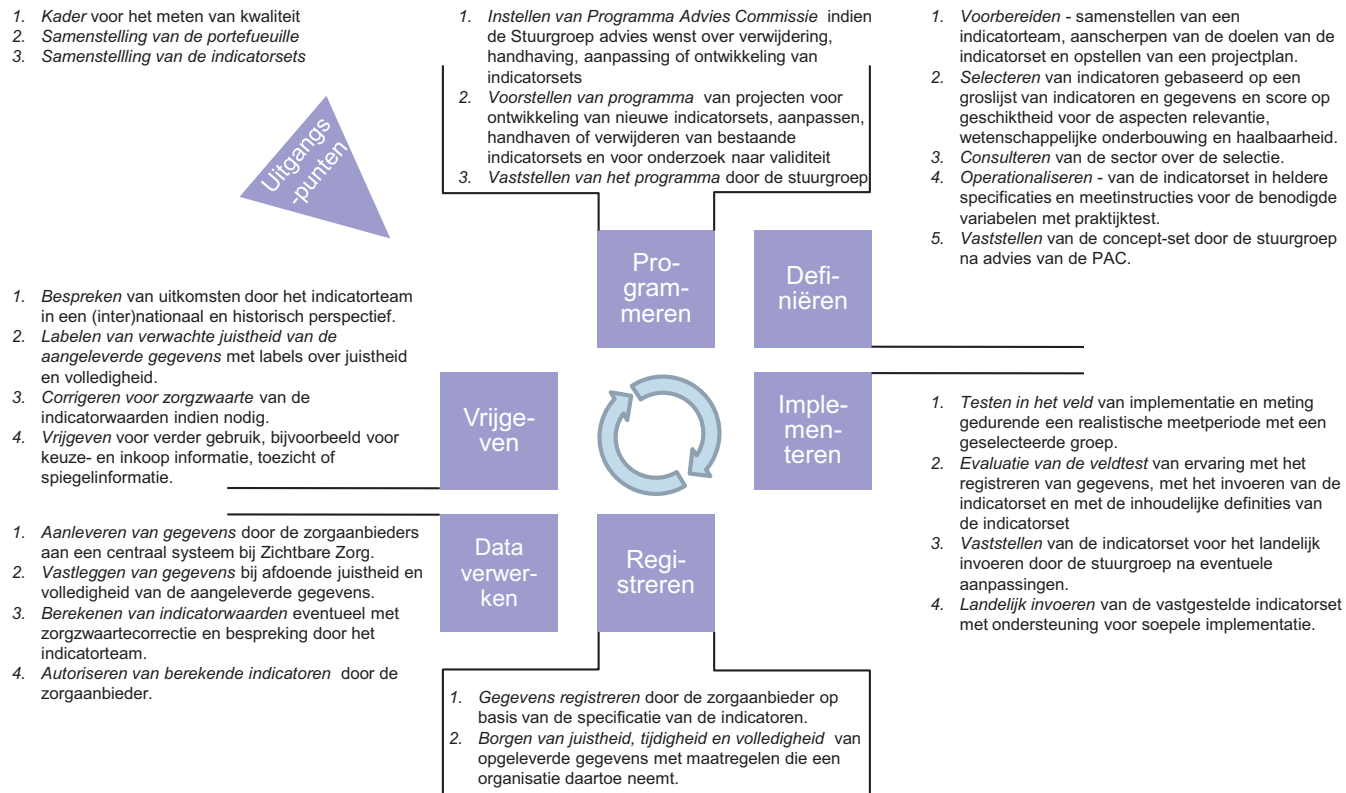
Deel IV

Appendices

Bijlage A

Het raamwerk in één blik

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



Bijlage B

Koppelingen tussen stappen

Bij de behandeling van het raamwerk zijn herhaaldelijk voorwaarts 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 waar dat behandeld wordt.

			Programmeren		Definiëren					Implementeren				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	7.3	7.4	8.1	8.2	8.3	8.4
<p>linksonder - terugkoppeling: substap in rij kan leiden tot heroverweging substap in kolom</p> <p>rechtsboven - vooruitkoppeling substap in kolom anticipeert op substap in rij</p>			Instellen PAC	Voorstellen programma	Vaststellen programma	Voorbereiden	Selecteren	Consulteren	Operationaliseren	Vaststellen specificaties	Testen in het veld	Evaluëren veldtest	Vaststellen indicatorset	Landelijk invoeren set	Gegevens registreren	Borgen juist, volledig	Aanleveren	Vastleggen	Berekenen	Autoriseren	Bespreken door indicator team	Labelen juist, volledig	Corrigeren zorgzwaarte	Vrijgeven
			Programmeren	3.1 3.2 3.3	Instellen PAC Voorstellen programma Vaststellen programma																			
Definiëren	4.1 4.2 4.3 4.4 4.5	Voorbereiden Selecteren Consulteren Operationaliseren Vaststellen specificaties																						
Implementeren	5.1 5.2 5.3 5.4	Testen in het veld Evaluëren veldtest Vaststellen indicatorset Landelijk invoeren set																						
Registreren	6.1 6.2	Gegevens registreren Borgen juist, volledig																						
Data	7.1 7.2 7.3 7.4	Aanleveren Vastleggen Berekenen Autoriseren																						
Vrijgeven	8.1 8.2 8.3 8.4	Bespreken door indicator team Labelen juist, volledig Corrigeren zorgzwaarte Vrijgeven																						

Bijlage C

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 D

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