



Kwaliteit van Zorg inzichtelijk: Varices

Gegevens over 2009

Juni 2010
Data-analyse door advies- en onderzoeksbureau Significant
Uitgave van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

Inhoudsopgave

SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN OVER VERSLAGJAAR 2009	3
Algemeen.....	3
Overzicht indicatorwaarden zorginhoudelijke indicatoren (ZI)	3
Overzicht antwoorden klantpreferentievragen (KP)	4
Tot slot.....	4
1. INLEIDING	5
<i>Doelgroep</i>	5
<i>Proces</i>	5
<i>Leeswijzer</i>	6
<i>Aanvullende informatie op de website</i>	6
Bijsluiter bij het gebruik van de gegevens	7
<i>Zeggingskracht</i>	7
<i>Vergelijking in de tijd</i>	7
<i>Tot slot</i>	7
Rectificatie	8
2. ZORGINHOUDELIJKE INDICATOREN	9
2.1. Indicator 1 - Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices	9
2.1.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	9
2.1.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	9
2.1.3. <i>Waarden</i>	10
2.2. Indicator 2 - Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie	11
2.2.1. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	11
2.2.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	11
2.2.3. <i>Waarden</i>	12
3. KLANTPREFERENTIE VRAGEN	13
3.1. Klantpreferentievraag 1	13
3.2. Klantpreferentievraag 2	14
BIJLAGE A TOELICHTING BIJ DE TABELLEN EN FIGUREN	15
1. Signaalvlaggentabel	15
2. Rupsplot	16
3. Reepplot	17
4. Histogram	18
BIJLAGE B TOELICHTING OP DE SIGNAALVLAGGENSYSTEMATIEK.....	19
1. Algemene toelichting	19
2. Signaalvlaggen beschikbaar op indicatorniveau	20

3. Aanvullende informatie	20
BIJLAGE C VERIFICATIEVRAGEN	21
BIJLAGE D BRONGEBRUIK	23
BIJLAGE E SCHONINGSVRAGEN	25
BIJLAGE F ZBC'S	27

Samenvatting van de resultaten over verslagjaar 2009

Deze rapportage geeft voor de 2 (deel)indicatoren en 2 klantpreferentievragen van de indicator set Varices een landelijk beeld van de indicatorscores. Samenvattend volgt hieronder een overzicht van de scores op de indicatorwaarden voor deze set, gevolgd door toelichtingen over brongebruik en signaalvlaggen voor betrouwbaarheid van het registratieproces en voor statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid.

Algemeen

Voor deze indicatorset hebben 95 ziekenhuislocaties de set geautoriseerd. In onderstaande tabel staat een overzicht van het aantal locaties dat heeft aangeleverd per indicator. Hieruit blijkt dat niet alle locaties data aanleveren voor een indicator. Dit kan twee redenen hebben:

- Een locatie behandelt deze aandoening niet, en levert dus voor geen van de indicatoren gegevens aan.
- Een locatie behandelt deze aandoening wel, maar is niet in staat om de data aan te leveren voor een of meerdere indicatoren.

Voor alle indicatoren en klantpreferentievragen is er voor het merendeel van de locaties gegevens aangeleverd.

Aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd per zorginhoudelijke indicator		
Zorginhoudelijke indicator	1	2
Aantal locaties	90	86

Aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd per klantpreferentievraag		
Klantpreferentievraag	1	2
Aantal locaties	91	91

Overzicht indicatorwaarden zorginhoudelijke indicatoren (ZI)

Onderstaande tabel bevat een samenvatting van de gevonden indicatorwaarden op de zorginhoudelijke indicatoren (ZI)¹. De indicatoren vragen naar: 1) Percentage geregistreerde C's; 2) Duplex onderzoek.

ZI	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
						Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
1	96	100	0	100	oranje	oranje	groen	oranje	oranje
2	93	100	57	100	groen	oranje	groen	groen	groen

De uitkomsten op de twee zorginhoudelijke indicatoren laten wel wat spreiding zien tussen de verschillende locaties, maar veelal scoren de ziekenhuizen rond de 100%.

De signaalvlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces zijn voor beide tellers oranje en voor beide noemers zijn ze groen. Voor de tellers betekent dit dat, alle ziekenhuizen bezien, aan belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren slechts ten dele wordt voldaan; voor de noemers wordt (bijna) volledig aan deze voorwaarden voldaan. De oranje signaalvlag voor de tellers

¹ De mediaan is de waarde waarvoor geldt dat 50% van de locaties een lagere waarde heeft en 50% een hogere waarde. Bij scheve verdelingen is de mediaan ongelijk aan de gemiddelde waarde.

wordt voornamelijk veroorzaakt door een relatief groot aantal locaties waarvoor de gegevensverzameling van de tellers niet op basis van volledige telling heeft plaatsgevonden (zie bijlage C). Op dit punt is dus nog winst te behalen.

De signaalvlag voor de statistische betrouwbaarheid voor vergelijking is voor indicator 1 oranje en voor indicator 2 groen. Een belangrijke reden voor deze oranje signaalvlag is de combinatie van een landelijk gemiddelde indicatorwaarde die boven de 95% ligt en het beperkte aantal waarnemingen in de noemer (zie toelichting bijlage B). Alle ziekenhuizen bezien, vraagt een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde om een genuanceerd oordeel.

De gegevens van de tellers en de noemers zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen. De bronnen die het meest genoemd worden, zijn DBC-registratie en de verrichtingenregistratie (zie bijlage D).

De indicatorwerkgroep heeft op de dimensies validiteit en populatievergelijkbaarheid een oranje signaal toegekend aan indicator 1. Dit betekent dat deze indicator slechts deels de informatie meet die is beoogd en dat er mogelijk factoren zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden, maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator.

Overzicht antwoorden klantpreferentievragen (KP)

Onderstaande opomming vat de antwoorden op de klantpreferentievragen (KP) samen. Het blijkt dat:

- De meeste locaties (92%) beschikken over een 'polikliniek voor varices' of een speciaal 'varices spreekuur' (KP 1).
- 85% van de locaties bied de patiënt aan om de afspraken met behandelaars die samenhangen met variceszorg op één dag aansluitend te plannen (KP 2).

Tot slot

De gegevens van alle indicatoren kunnen voor de gebruikers in principe nuttige verbeter-, keuze- of inkoopinformatie opleveren. Echter, een kanttekening moet geplaatst worden bij de indicatoren met oranje signaalvlaggen. Het gaat dan voornamelijk om zorginhoudelijke indicator 1. Het is aan de gebruikers van de data om voor deze indicator verantwoord om te gaan met afwijkende scores van ziekenhuislocaties. Deze kunnen de werkelijkheid weerspiegelen, maar kunnen net zo goed duiden op registratieproblemen of op onvoldoende waarnemingen voor een statistisch betrouwbare waarneming.

1. Inleiding

Kwalitatief goede zorg is zorg die patiëntgericht, effectief, veilig en op tijd is en die is toegesneden op de behoeften van de individuele patiënt en cliënt. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg en van verschillen in kwaliteit is essentieel voor de werking van het nieuwe zorgstelsel. De kern van het nieuwe zorgstelsel is dat de patiënt en consument in staat worden gesteld om geïnformeerd te kiezen; kiezen op het niveau van de instelling en aandoening. Daarvoor is vergelijkbare en betrouwbare informatie nodig over de prestaties van zorgaanbieders.

Het programma Zichtbare Zorg ondersteunt ziekenhuizen bij het transparant maken van de kwaliteit van de geleverde zorg. Aan het programma nemen zowel zorgaanbieders als zogenaamde 'vragende partijen', zoals zorgverzekeraars, consumenten en patiënten deel, maar ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De voorliggende kwantitatieve analyse draagt bij aan het transparant maken van de zorg. De rapportage bevat een analyse van de gegevens die ziekenhuizen dit jaar bij Zichtbare Zorg hebben aangeleverd over de kwaliteit van zorg voor Varices. De informatie heeft betrekking op zorg die is geleverd in 2009.

De rapportage biedt een overzicht van de resultaten: een grafiek of tabel met de indicatorwaarden en een korte beschrijving, inzicht in de kwaliteit van de indicator, de aangeleverde gegevens en het registratieproces en een overzicht van de gebruikte bronnen.

Doelgroep

De kwantitatieve analyse is bedoeld voor professionele gebruikers:

- Gebruikers die van de data informatie maken voor hun specifieke doel en/of doelgroep, zoals beleidsmedewerkers/projectleiders bij patiëntenorganisaties, adviseurs zorginkoop bij zorgverzekeraars en kwaliteitsmanagers in de ziekenhuizen.
- De verschillende partijen betrokken bij de organisatie van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen: de Stuurgroep, indicatorwerkgroepen en Programmabureau Zichtbare Zorg. Zij krijgen met deze rapportage een totaalbeeld van de indicatoren. Het plaatst keuzes voor openbaarheid en doorontwikkeling in perspectief.
- Ziekenhuizen kunnen ook gebruik maken van deze rapportage. Zij ontvangen echter ook per aandoening een *spiegelrapportage* waarin hun eigen scores ten opzichte van het landelijk beeld zijn weergegeven. Op deze manier wil Zichtbare Zorg ziekenhuizen en ZBC's meer inzicht bieden in hun eigen organisatie, input leveren ten behoeve van de zorginkoop en bijdragen aan een sterkere positionering in de markt.

De individuele burger of kiezende consument is nadrukkelijk niet de doelgroep van deze kwantitatieve analyses.

Proces

De ziekenhuizen hebben dit jaar gegevens aangeleverd over de kwaliteit van geleverde zorg in 2009. De gegevens voor de indicatoren zijn in de periode tussen 1 januari en 14 april verzameld. Deze gegevens hebben betrekking op verslagjaar 2009 (1 januari t/m 31 december). Tot en met 14 april konden ziekenhuizen hun gegevens aanleveren in de invoermodules van Zichtbare Zorg.

Vervolgens werden de gegevens geschoond: bij onwaarschijnlijke waarden vroeg Zichtbare Zorg de ziekenhuizen de aangeleverde gegevens te checken en waar nodig te wijzigen. Uiteindelijk zijn de gegevens geautoriseerd door de Raad van Bestuur.

In mei en juni zijn de gegevens geanalyseerd door Zichtbare Zorg. De kwantitatieve rapportages werden opgesteld en ziekenhuizen ontvingen een spiegelrapportage. Vanaf 18 juni zijn de kwaliteitsgegevens, toelichtingenvelden en signaalvlaggen (op indicatorniveau) opvraagbaar in de openbare database Zichtbare Zorg. De kwantitatieve rapportages zijn vanaf die datum openbaar beschikbaar op de website Zichtbare Zorg.

Leeswijzer

Deze rapportage bevat twee hoofdstukken:

- Hoofdstuk 1 is de uitgebreide beschrijving van de resultaten voor de zorginhoudelijke indicatoren.
- In hoofdstuk 2 komen vervolgens de Klantpreferentievragen aan bod.

Elke rapportage begint met een samenvatting van de resultaten over het verslagjaar 2009. In het kort wordt daarin beschreven:

- a) Volledigheid van de aanlevering: aantal instellingen per indicator;
- b) Beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data en indicator(waarden) ten aanzien van betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid;
- c) Korte beschrijvende statistiek en toelichting op de indicatorwaarden.

In de bijlagen vindt u achtergrondinformatie:

- In Bijlage A vindt u een toelichting op de figuren, tabellen en begrippen
- Bijlage B geeft u informatie over de signaalvlaggen
- Bijlage C geeft u nadere resultaten bij de signaalvlaggen
- Bijlage D gaat in op het brongebruik
- Bijlage E gaat in op de schoningsvragen bij de gegevens
- In Bijlage F vindt u de beknopte resultaten van de Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's)²

Aanvullende informatie op de website

De rapportage is zo beknopt als mogelijk gehouden en focust op de kwantitatieve resultaten en de daaruit te trekken conclusies. Bij het lezen van deze rapportage heeft u mogelijk behoefte aan meer achtergrondinformatie. Wij verwijzen u daarvoor naar de website www.zichtbarezorg.nl. Onder het kopje 'Ziekenhuizen en ZBC's' vindt u de pagina 'Kwantitatieve analyses 2009'. Hier vindt u de kwantitatieve analyses van alle aandoeningen uit tranche 1 en informatie over de totstandkoming van de kwaliteitsindicatoren, het proces en de planning.

² Vanaf dit jaar zijn alle Instellingen Medisch-Specialistische Zorg (IMSZ) verplicht kwaliteitsgegevens aan te leveren ten behoeve van hun Kwaliteitsjaarverslag (voor Wtzi instellingen maakt dit onderdeel uit van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV)). Het aanleveren van de kwaliteitsgegevens verloopt via Zichtbare Zorg. Dit betekent dus dat ook alle ZBC's die zorg verlenen voor één of meerdere aandoeningen uit tranche 1, vanaf 2010 hun kwaliteitsgegevens dienen aan te leveren. De Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen heeft besloten tot een logistieke integratie in 2010: de implementatie vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van de Stuurgroep, maar de resultaten van de ZBC's worden afzonderlijk gepresenteerd.

Bijsluiters bij het gebruik van de gegevens

De doelstelling van Zichtbare Zorg is het openbaar maken van de data waarvan verschillende doelgroepen informatie over kwaliteit van zorg kunnen maken. Het werken met kwaliteitsindicatoren staat in de zorg relatief nog in de kinderschoenen. De ontwikkeling van de indicatoren, maar ook het registreren en aanleveren ervan, is daarom nadrukkelijk een groeipad. Het is een zoektocht waarbij we op zoek zijn naar de mogelijkheden, maar onze ogen niet moeten sluiten voor de onmogelijkheden.

Zeggingskracht

De indicatorwaarden moeten altijd worden beschouwd samen met de classificatie van de zeggingskracht (de signaalvlaggen). Een opvallend lage score op een indicator kan betekenen dat de zorgaanbieder mindere goede kwaliteit levert. Echter, het kan ook veroorzaakt worden doordat bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie in de zorginstelling afwijkt van het landelijke gemiddelde. De signaalvlaggen bij de indicatoren (per indicator een tabel) en de uitleg over de signaalvlaggen in bijlage B, kunnen hierin inzicht verschaffen.

Een indicator (of een set indicatoren) geeft bovendien nooit een totaalbeeld van de geleverde zorg. Het levert slechts een beperkt beeld dat afhankelijk van het doel aanleiding kan zijn voor bijvoorbeeld nader onderzoek of een gesprek. Gebruikers moeten worden gewezen op de betekenis van indicatorwaarden in de specifieke context. Een afwijkende score is dan ook een signaal om verder onderzoek uit te voeren naar de reden van deze afwijking. Het zelfde geldt voor een afwijkende hoge score. Zo kan bijvoorbeeld een hoge score op de indicator "Tijdsperiode tussen operaties \geq 28 dagen" bij de aandoening Cataract, als slecht worden geïnterpreteerd. Een gemiddelde patiënt/consument weet echter niet dat een lange tijd tussen twee operaties in dit geval juist belangrijk is voor kwalitatief goede zorg.

Vergelijking in de tijd

Dit jaar worden de tranche 1 indicatorensets voor de tweede keer uitgevraagd. Men moet voorzichtig zijn met een vergelijking in de tijd tussen de twee verslagjaren 2008 en 2009. De populatiebepaling is anders dan vorig jaar (overgestapt van open naar gesloten DBC's) en veel indicatoren zijn nog aangepast. De signaalvlaggen zijn ook voor het tweede jaar toegekend. Voor de aangepaste indicatoren is bekeken of de aanpassingen invloed hebben op de validiteit en vergelijkbaarheid en indien nodig zijn deze bijgesteld. De signaalvlag voor betrouwbaarheid van het registratieproces en statistische betrouwbaarheid worden opnieuw vastgesteld op basis van de aangeleverde data. Aangezien de signaalvlag *betrouwbaarheid van het registratieproces* is herzien ten opzichte van 2008 (voor gedetailleerde informatie zie 'Achtergrondnotitie methodiek signaalvlaggen' op www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Documenten), is een directe vergelijking van de signaalvlaggen van meetjaar 2008 en 2009 niet mogelijk en kan niet geconcludeerd worden of de *betrouwbaarheid van het registratieproces* van de zorgaanbieders is verbeterd, gelijk is gebleven of is verslechterd.

Tot slot

De markt en gebruikers zijn nu aan zet als het gaat om het vertalen van deze gegevens in bruikbare informatie over de kwaliteit van zorg geleverd in 2009. Wij verzoeken u vriendelijk bij het verwerken van de gegevens bovenstaande vingerwijzingen in ogenschouw te nemen.

Rectificatie

Door technische problemen zijn er verschillen ontstaan tussen de data waarop de rapportage is gebaseerd en de data die beschikbaar zijn in de database van Zichtbare Zorg. Wij benadrukken dat het om beperkte en kleine verschillen gaat, die geen invloed hebben op het landelijk beeld zoals gepresenteerd in deze rapportage: de overall signaalvlaggen zijn hetzelfde en de landelijke gemiddelde proporties veranderen minimaal.

Zichtbare Zorg hecht aan zorgvuldigheid. Daarom bieden wij u voor de volledigheid via deze rectificatie inzicht in de verschillen. Het gaat om enkele datapunten die ontbreken of juist zijn opgenomen terwijl dit niet de bedoeling was; nooit om foutieve data. In onderstaande tabel staat per indicator aangegeven wat de verschillen zijn. De data zoals beschikbaar in de database van Zichtbare Zorg is correct en met dit onderstaande overzicht kunt u de verschillen met de rapportage duiden.

Indicatorset 'Varices'

	Zorgindicator	
	1	2
data rapportage		
N	90	86
gemiddelde indicatorwaarde	96%	93%
data uitlevering		
N	90	89
gemiddelde indicatorwaarde	96%	93%
vergelijking data rapportage met data uitlevering		
data veranderd	nee	ja
absolute verschil indicatorwaarde	-	0,005%

	Klantpreferentievraag	
	1	2
data rapportage		
N	91	91
data uitlevering		
N	94	94
vergelijking data rapportage met data uitlevering		
data veranderd	ja	ja

2. Zorginhoudelijke indicatoren

Dit hoofdstuk bevat per zorginhoudelijke indicator een beschrijving van:

- De praktische toepasbaarheid van de indicator. Dit zijn zaken die naar voren zijn gekomen uit de helpdeskvragen, discussies op het kennisforum en de eventuele opmerkingen afkomstig van de deelnemende ziekenhuizen tijdens de fase van data aanlevering.
- De signaalvlaggen die de overall beoordeling van de zeggingskracht van de aangeleverde data van de indicator weergeven. De vlaggen geven inzicht in hoe de validiteit, de registratiebetrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid van de indicator worden beoordeeld. De vergelijkbaarheid heeft betrekking op zowel de statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid (ook wel statistische betrouwbaarheid) als de populatievergelijkbaarheid.
- De waarden van de indicator gepresenteerd in een figuur met daarbij een korte beschrijving.

2.1. Indicator 1 - Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices

Operationalisatie: Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices

Teller: Aantal geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices

Noemer: Totaal aantal uitgevoerde invasieve therapieën bij patiënten met varices

2.1.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over deze indicator.

2.1.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.1. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 1					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	oranje	oranje	groen	oranje	oranje
Rood		8%	0%	21%	
Oranje		38%	11%	58%	
Groen		54%	89%	21%	

Zie voor de totstandkoming van en de toelichting op de signaalvlaggen bijlage B. Tevens worden in bijlage C de achtergrond gegevens voor bepaling van de betrouwbaarheid van het registratieproces gepresenteerd.

Bovenstaande tabel laat zien:

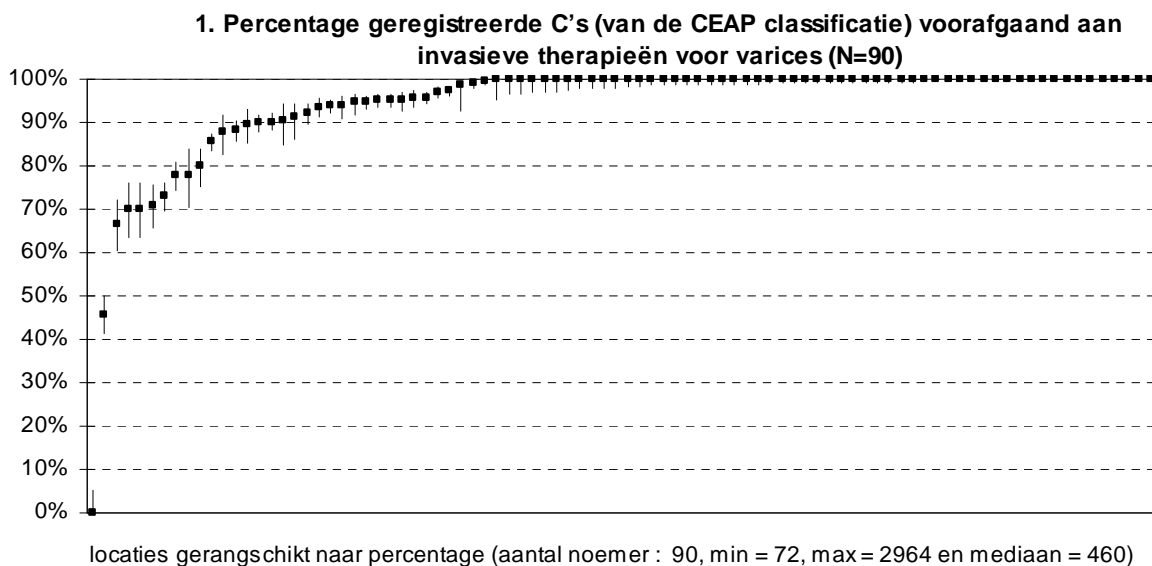
- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 1 – 'Percentage geregistreerde C's' een indicator is met beperkte validiteit, dat wil zeggen, de indicator geeft slechts deels informatie die beoogd is over de kwaliteit van zorg, wat terug te zien is in de oranje vlag voor **validiteit**.
- Het percentage locaties dat een groene vlag krijgt voor **betrouwbaarheid van het registratieproces** is 54% voor de teller en 89% voor de noemer; hiermee krijgt de teller een oranje overall signaalvlag en de noemer een groene overall signaalvlag voor deze dimensie. Dit betekent voor de noemer dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke

voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. Voor de teller wordt slechts ten dele aan deze belangrijke voorwaarden voldaan. In de bepaling van deze signaalvlag wegen het baseren van de gegevens op een volledige telling en schriftelijke autorisatie door een medisch specialist beiden het zwaarst mee (zie bijlage B). Van alle locaties antwoordt 54% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld; voor de noemer is dit 93% (zie bijlage C). 97% van de locaties heeft de gegevens van deze indicator (zowel teller als noemer) laten autoriseren door een medisch specialist.

- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die hoger is dan 95%, is de eis voor een groene vlag voor statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid dat de noemers uit ten minste 800 patiënten bestaan. Met dit aantal kunnen afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de indicatorwaarde van een ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen) van ongeveer 2 en groter betrouwbaar worden gedetecteerd. Dit geldt slechts voor 21% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarde per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen op basis van deze indicator met elkaar te vergelijken. Een zinnige vergelijking met de gemiddelde waarde op deze indicator vraagt daarom om een genuanceerd oordeel.
- De oranje vlag voor **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op mogelijk factoren zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden, maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen mogelijk verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.
- De gegevens van de teller en de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale **bronnen** (bijlage D). De bronnen die het meest genoemd worden, zijn: DBC-registratie en de verrichtingenregistratie. Voor de teller wordt ook regelmatig gebruik gemaakt van de elektronische en de papieren (poli)klinische status.
- **Waarschuwing:** Gegeven het grote aandeel oranje signaalvlaggen, is het aan de gebruikers van de data om voor deze indicator verantwoord om te gaan met afwijkende scores van ziekenhuislocaties. Deze kunnen de werkelijkheid weerspiegelen, maar kunnen net zo goed duiden op registratieproblemen of op onvoldoende waarnemingen voor een statistisch betrouwbare waarneming.

2.1.3. Waarden

In figuur op de volgende pagina worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores in redelijke mate variëren, met waarden over vrijwel de gehele range, maar dat lagere scores relatief ondervertegenwoordigd zijn ten opzichte van de hogere scores. Slechts 10 locaties scoren onder de 80%.
- Bij 62% (56/90) van de locaties zijn alle uitgevoerde invasieve therapieën voorafgegaan door een registratie van de C van de CEAP-classificatie in de status.
- Het totaal aantal invasieve therapieën bij patiënten met varices is 50.506 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën is 48.563 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 96%.

2.2. Indicator 2 - Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie

Operationalisatie: Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie

Teller: Aantal invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij voorafgaand aan de invasieve ingreep een duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd

Noemer: Totaal aantal uitgevoerde invasieve therapieën bij patiënten met varices

2.2.1. Praktische toepasbaarheid van de indicator

De noemer van indicator 2 (totaal aantal uitgevoerde invasieve therapieën bij patiënten met varices) geldt voor alle patiënten met classificatie C0-C6 waarbij een invasieve therapie is uitgevoerd. Dit is echter niet helemaal duidelijk, omdat op pagina 13 en 14 van de huidige gids gesproken werd over C2 en C3 varices. Tijdens het onderhoud van de set wordt deze inconsistentie verwijderd.

2.2.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.2. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 2					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	oranje	groen	groen	groen
Rood		3%	0%	0%	
Oranje		23%	9%	22%	
Groen		73%	91%	78%	

Bovenstaande tabel laat zien:

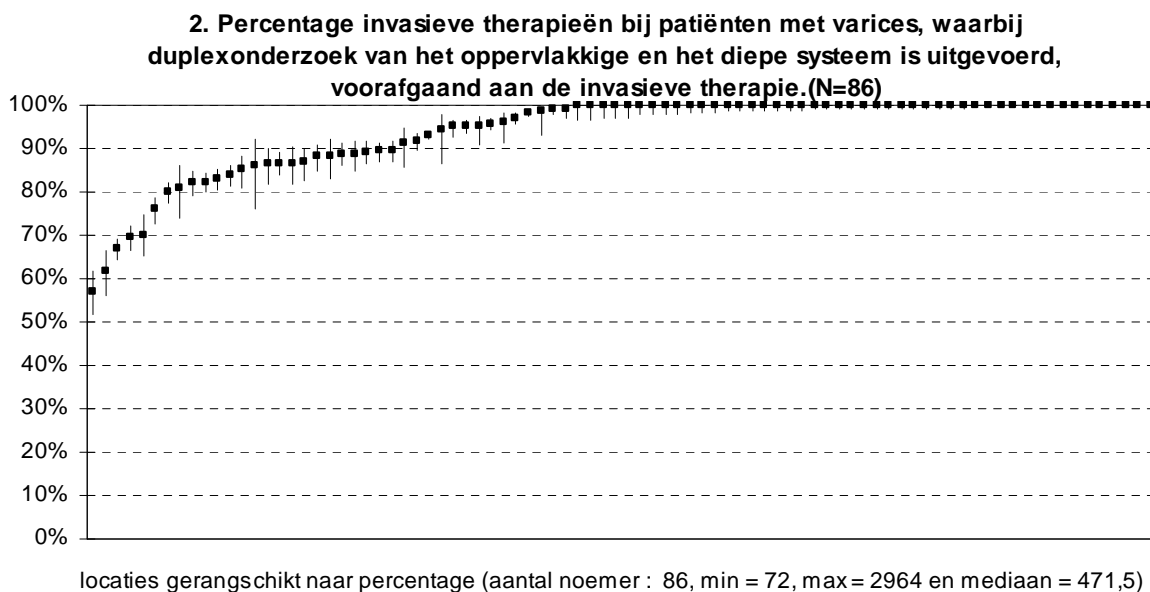
- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 2 – ‘Duplex onderzoek’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie over de kwaliteit van zorg die is beoogd, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- Het percentage locaties dat een groene vlag krijgt voor **betrouwbaarheid van het registratieproces** is 73% voor de teller en 91% voor de noemer; hiermee krijgt de teller een oranje overall signaalvlag en de noemer een groene overall signaalvlag voor deze dimensie. Dit betekent voor de noemer dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. Voor de teller wordt slechts ten

dele aan deze belangrijke voorwaarden voldaan. In de bepaling van deze signaalvlag wegen het baseren van de gegevens op een volledige telling en schriftelijke autorisatie door een medisch specialist beiden het zwaarst mee (zie bijlage B). Van alle locaties antwoordt 74% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld en 94% van de locaties heeft de gegevens van de noemer gebaseerd op een volledige telling. 98% van de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist (zie bijlage C).

- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een groene signaalvlag. De nauwkeurigheid van de individuele datapunten is over het algemeen groot (kleine betrouwbaarheidsintervallen). Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen 5 en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid dat de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Met dit aantal kunnen afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de indicatorwaarde van een ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen) van ongeveer 2 en groter betrouwbaar worden gedetecteerd. Dit geldt voor 96% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen op basis van deze indicator met elkaar te vergelijken.
- De groene vlag onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.
- De gegevens van de teller en de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale **bronnen** (bijlage D). De bronnen die het meest genoemd worden, zijn: DBC-registratie en de verrichtingenregistratie.

2.2.3. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

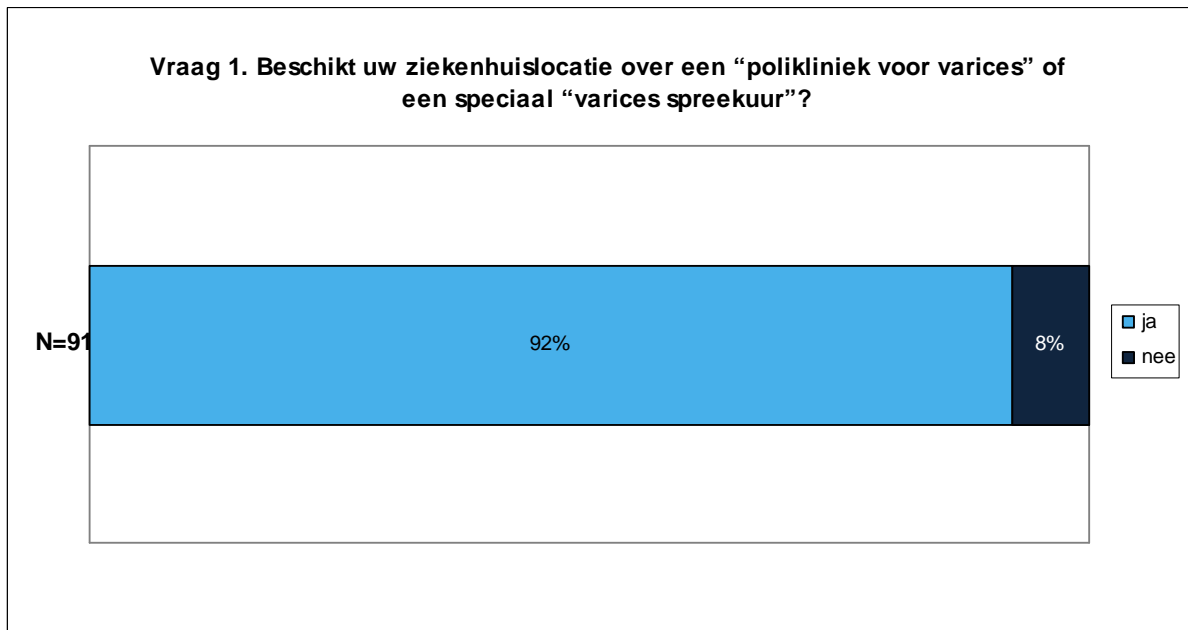
- De indicatorscores in redelijke mate variëren, waarbij alle ziekenhuizen een score hebben die hoger is dan 50%.
- Bij 54% (47/86) van de locaties zijn alle uitgevoerde invasieve therapieën voorafgegaan door een duplexonderzoek.
- Het totaal aantal invasieve therapieën bij patiënten met varices is 48.621 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal duplexonderzoeken voorafgaand aan de invasieve therapie is 45.369 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 93%.

3. Klantpreferentie vragen

3.1. Klantpreferentievraag 1

Operationalisatie - Beschikt uw ziekenhuislocatie over een “polikliniek voor varices” of een speciaal “varices spreekuur”?

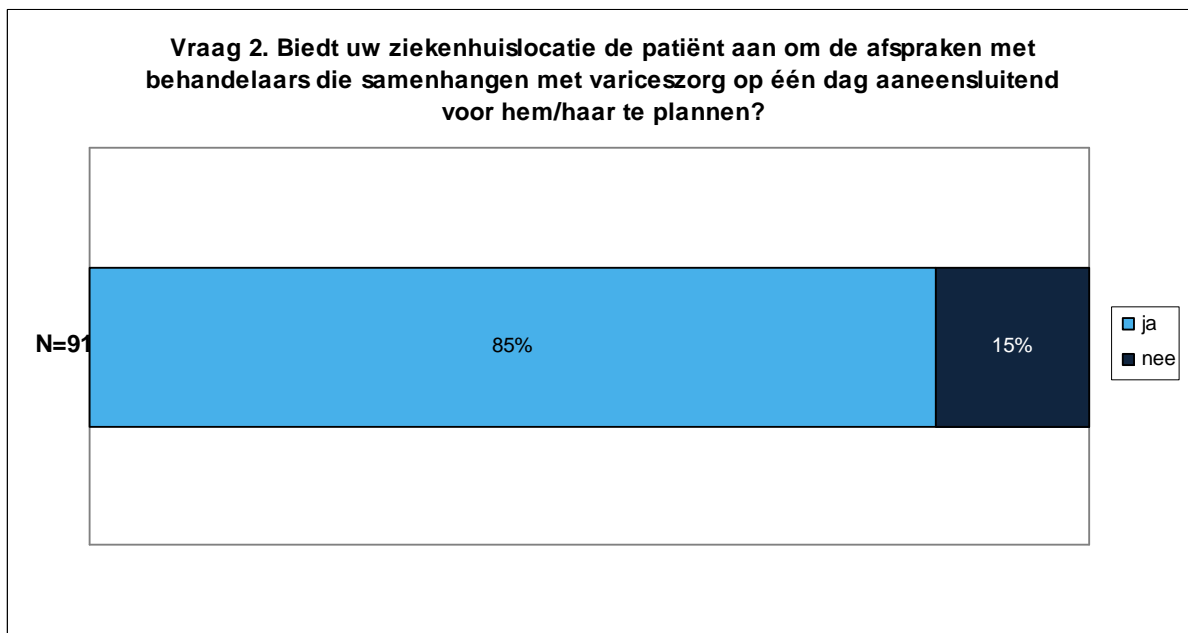
Uit onderstaande figuur blijkt het grootste deel van de ziekenhuislocaties (92%) over een polikliniek voor varices of een speciaal varices spreekuur beschikt.



3.2. Klantpreferentievraag 2

Operationalisatie - Biedt uw ziekenhuislocatie de patiënt aan om de afspraken met behandelaars die samenhangen met variceszorg op één dag aaneensluitend voor hem/haar te plannen?

Uit onderstaande figuur blijkt dat een aanzienlijk deel van de ziekenhuislocaties (85%) haar patiënten aanbiedt om de afspraken met behandelaars die samenhangen met variceszorg op één dag aaneensluitend te plannen.



Bijlage A Toelichting bij de tabellen en figuren

Deze bijlage beschrijft de in de kwantitatieve rapportages gebruikte tabellen en figuren en met name de wijze waarop deze tabellen en figuren moeten worden geïnterpreteerd. De volgende tabellen en figuren komen aan de orde:

1. Signaalvlaggentabel
2. Rupsplot
3. Reepplot
4. Histogram

Tabellen en figuren worden alleen gepresenteerd in die gevallen waarbij het aantal locaties 10 of groter is. Dit heeft met name impact op de mogelijkheden om waarden voor zbc's te laten zien, omdat voor verschillende indicatoren sprake is van relatief geringe aantallen locaties voor deze groep zorgaanbieders.

1. Signaalvlaggentabel

In de kwantitatieve rapportages is voor iedere zorginhoudelijke indicator de informatie over de signaalvlaggen in een tabel samengevat. Het meest uitgebreide format ziet u hieronder weergegeven. In bijlage B staat een uitgebreide toelichting over de achtergrond en betekenis van de signaalvlaggen.

Voorbeeld van de tabel "Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau"

Zorginhoudelijke indicator					
	Validiteit	Betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		registratieproces		Statistisch betrouwbaar	Populatie
		Teller	Noemer		
	oranje	oranje	oranje	groen	groen
Rood		16%	8%	1%	
Oranje		34%	25%	3%	
Groen		50%	67%	96%	

Signaalvlaggen op indicatorniveau

De gekleurde cellen (waarin tevens de kleur is aangegeven in woorden) geven de kleur van de vlag op indicatorniveau aan. Per zorgaanbieder wordt een signaalvlag toegekend voor de dimensies *betrouwbaarheid van het registratieproces* en *statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid*, maar deze worden niet openbaar gemaakt. De percentages in de tabel beschrijven het relatieve aantal ziekenhuizen dat een groene, oranje of rode signaalvlag voor de betreffende dimensie heeft gekregen.

De dimensies *validiteit* en *populatie vergelijkbaarheid* krijgen een signaalvlag voor de indicator toegekend door de indicatorwerkgroep. Er zijn voor deze dimensie dus geen signaalvlaggen voor de individuele zorgaanbieder, deze dimensies zijn voor alle zorgaanbieders immers gelijk. De betreffende regels in bovenstaande tabel zijn voor deze dimensies dan ook grijs gekleurd.

Kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren

Alleen de kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren (bijvoorbeeld indicatoren die als teller/noemer, frequentie, aantal worden uitgevraagd) kunnen worden beoordeeld op de dimensies *betrouwbaarheid van het registratieproces* en *statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid*. Bovenstaande tabel heeft betrekking op een indicator die als teller en noemer wordt uitgevraagd. Op elk van de dimensies wordt een vlag toegekend, waarbij de *betrouwbaarheid van het registratieproces* een signaalvlag per teller en noemer krijgt. Het komt voor dat een indicator wel een getal betreft, maar niet op teller en noemer is gebaseerd (bijvoorbeeld indicator 3d – Heup/knie vervanging: 'Wat is de frequentie van genotuleerde besprekingen in verband met een totale heupprothese?'). De dimensie *betrouwbaarheid van het registratieproces* heeft dan één kolom.

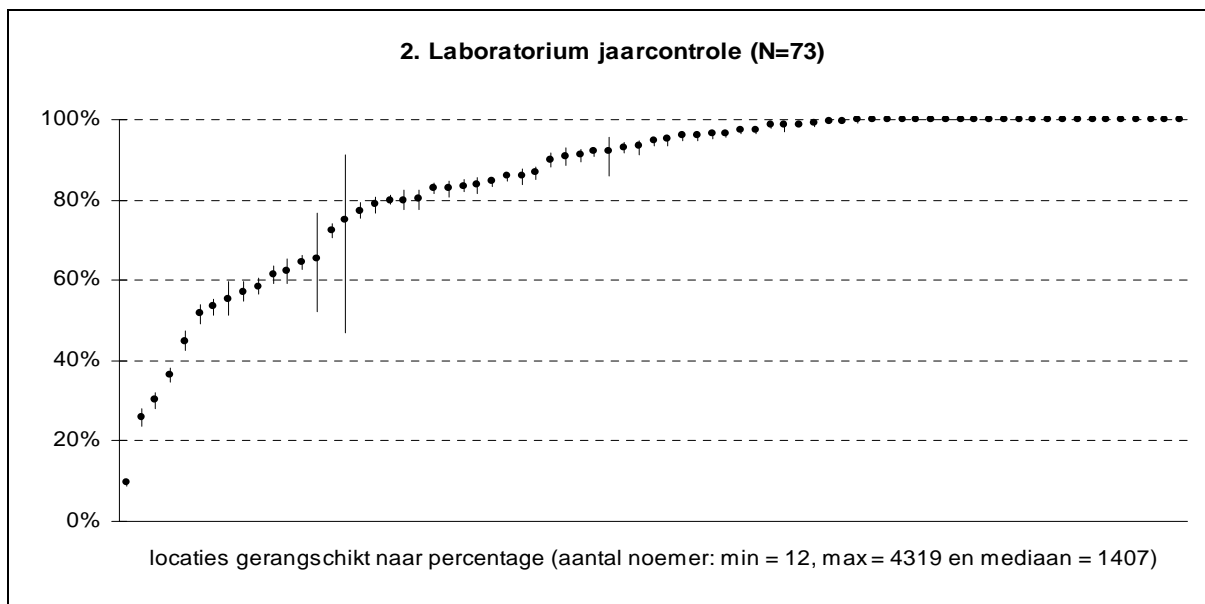
Kwalitatieve zorginhoudelijke indicatoren

Voor kwalitatieve zorginhoudelijke indicatoren (bijvoorbeeld ja/nee vragen) kunnen geen signaalvlaggen worden vastgesteld voor de dimensies *betrouwbaarheid van het registratieproces* en *statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid*. Voor deze indicatoren zijn de vlaggen voor deze dimensies grijs en ontbreken de onderste drie regels uit de tabel.

2. Rupsplot

In een 'rupsplot' worden de verschillende locaties waarvoor indicatorwaarden zijn aangeleverd geordend van laag naar hoog. Dit is met name van toepassing bij indicatoren waarvoor teller en noemer bekend zijn, en er dus een percentage kan worden vastgesteld (teller/noemer). Een rupsplot geeft tegelijkertijd inzicht in de spreiding van de waarden (zoals een histogram): in onderstaande figuur is meteen te zien dat de waarden lopen van 10 tot 100%. Bij iedere indicatorwaarde (de 'stip') is telkens met een verticale lijn de nauwkeurigheid van de waarden weergegeven: het zogenoemde 95%-betrouwbaarheidsinterval; hoe groter de lijn, hoe kleiner de nauwkeurigheid van de waarde.

Onderstaande figuur is een voorbeeld van een dergelijke rupsplot.



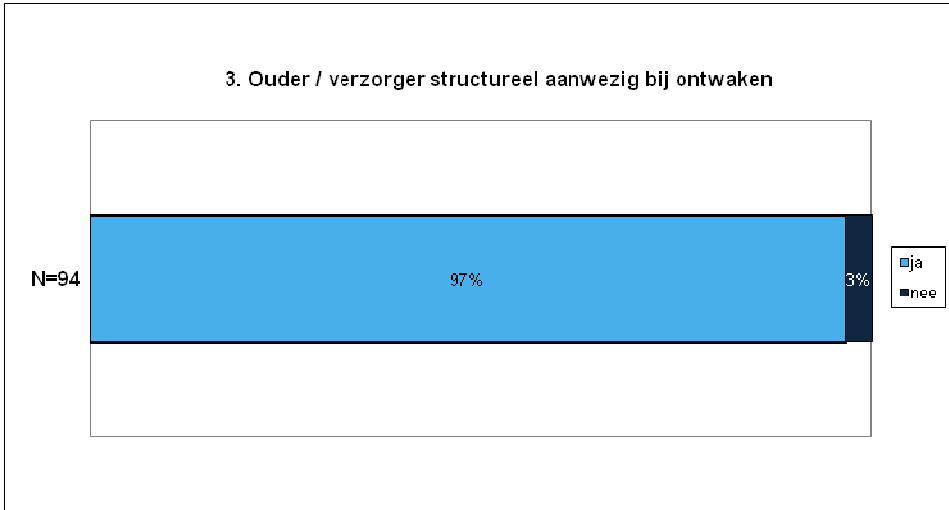
Boven de figuur staat in de titel (die beschrijft welke indicator het betreft) de N tussen haakjes weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd voor zowel de teller als de noemer.

Onder de figuur staat met 'min' het minimum aantal patiënten dat door een ziekenhuis is aangeleverd. Het aantal 'max' is het maximum aantal patiënten dat door een ziekenhuis is aangeleverd. De mediaan is het aantal patiënten waarvoor geldt dat 50% van de locaties een lagere waarde heeft en 50% een hogere waarde. Bij scheve verdelingen is de mediaan ongelijk aan de gemiddelde waarde.

Rupsplots vertonen veelal een patroon dat lijkt op bovenstaande: enkele lage waarden, waarbij via een min of meer 'logaritmische' kromme naar een maximumwaarde wordt gegaan. Let op: waarden van exact 100% kunnen duiden op protocollair handelen. Met protocollair wordt bedoeld dat er geen telling wordt gedaan, omdat processen 'standaard' zijn. Echter, niet overal waar 100% wordt ingevuld, hoeft sprake te zijn van protocollair handelen, het kan ook de uitkomst zijn van een volledige telling.

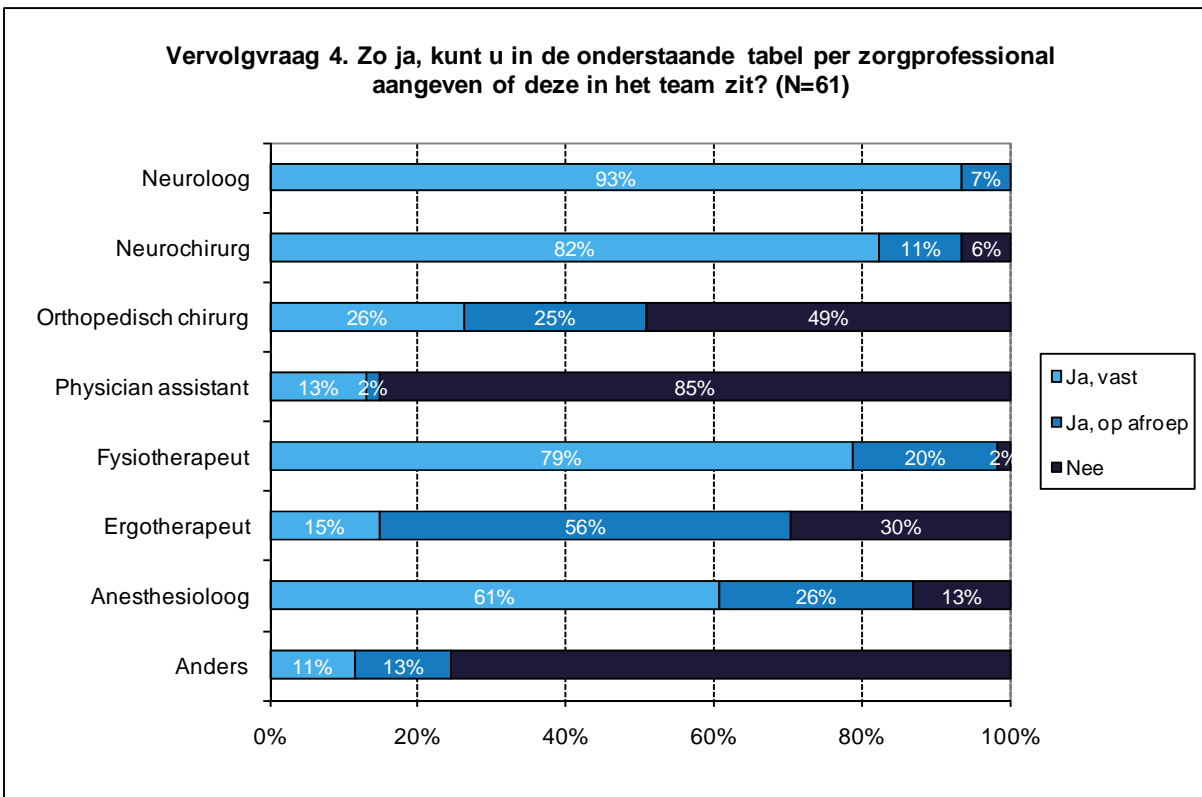
3. Reepplot

In een reepplot worden ja/nee vragen weergegeven, waarbij het percentage 'ja' als aandeel van het totaal wordt gerepresenteerd door de relatieve lengte van een horizontale balk, zie onderstaand voorbeeld van een dergelijke figuur uit de diabetesrapportage van gegevens uit 2008.



Naast de figuur de N weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd.

Een variant hierop is de reepplot waarbij meerdere antwoorden op één vraag zijn te geven, die niet samen tot 100% hoeven te tellen, zie hieronder.

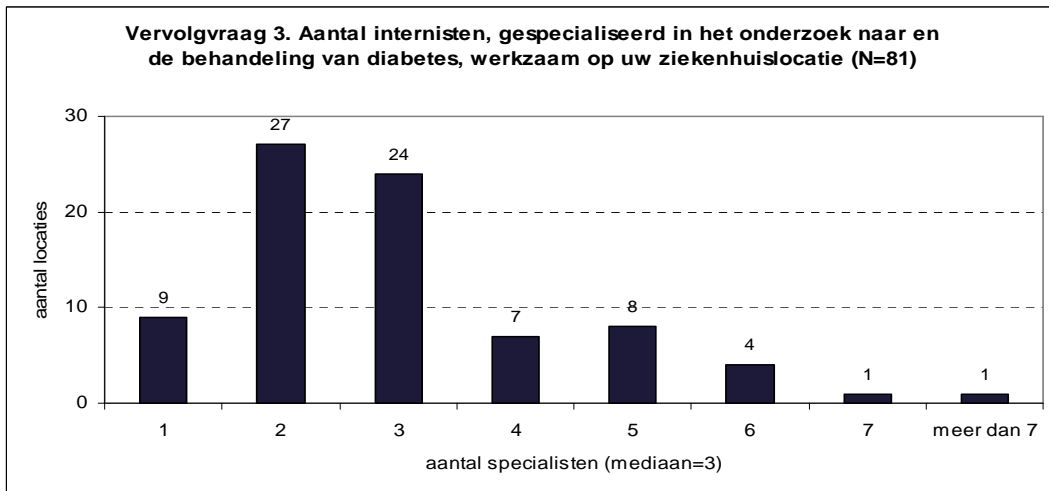


Het percentage geeft (in dit geval) aan in welk deel van de ziekenhuislocaties een bepaalde zorgprofessional in het multidisciplinair team zit (vast of op afroep). Als van zelfsprekend kunnen meerdere deskundigen op een ziekenhuislocatie in het team zitten.

4. Histogram

Verticaal

Een verticaal histogram presenteert het aantal locaties of het percentage van de locaties (verticale as en lengte van de verticale staaf), ingedeeld naar waarden of klassen van waarden (langs de x-as), zie hieronder.



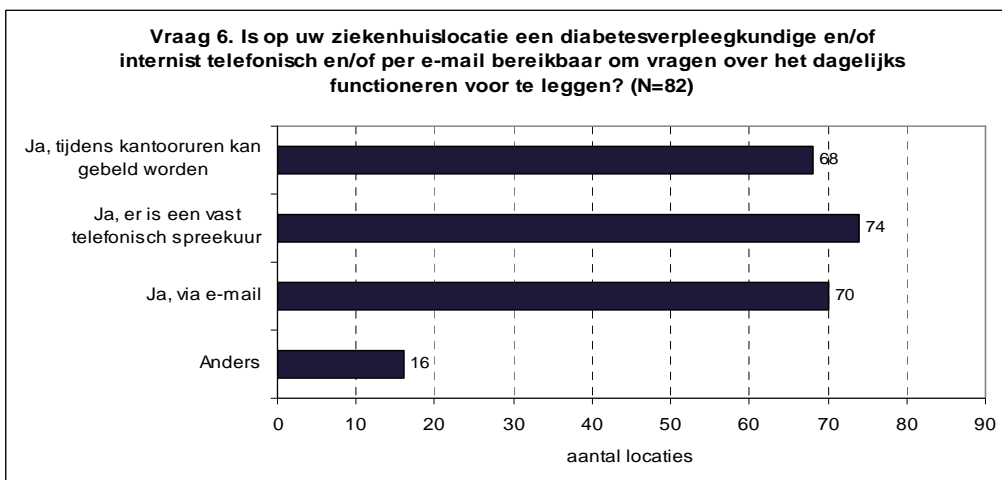
In dit voorbeeld wordt weergegeven hoeveel locaties er 1, 2, etc. internisten werkzaam heeft op de locatie, gespecialiseerd in onderzoek naar en behandeling van diabetes.

Boven de figuur staat in de titel (die beschrijft welke vraag het betreft) de N tussen haakjes weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd.

De mediaan is het aantal specialisten waarvoor geldt dat 50% van de locaties een lagere waarde heeft en 50% een hogere waarde. Bij scheve verdelingen is de mediaan ongelijk aan de gemiddelde waarde.

Horizontaal

Een horizontaal histogram presenteert het aantal locaties of het percentage van de locaties (horizontale as en lengte van de horizontale staaf), ingedeeld naar waarden of klassen van waarden (langs de y-as), zie hieronder.



Boven de figuur staat in de titel (die beschrijft welke vraag het betreft) de N tussen haakjes weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd.

Bijlage B Toelichting op de signaalvlaggensystematiek

1. Algemene toelichting

Zichtbare Zorg Ziekenhuizen ontwikkelde vorig jaar in samenwerking met experts de zogenaamde 'signaalvlaggensystematiek'. Dit jaar is de beoordelingsmethodiek voor de kwaliteitsdimensies betrouwbaarheid registratieproces en statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid kritisch tegen het licht gehouden en waar nodig aangepast³. Dit is in samenwerking met twee expertgroepen gedaan.

De systematiek doet nadrukkelijk geen uitspraak over de kwaliteit van zorg, maar maakt mogelijke beperkingen bij de interpretatie van data inzichtelijk. Omdat het proces van transparantie in kwaliteit van zorg nog in de kinderschoenen staat, zijn de aangeleverde data nog niet altijd voldoende betrouwbaar, valide en vergelijkbaar. Met name organisaties die de kwaliteitsdata nu al wel willen gebruiken voor bijvoorbeeld de doorvertaling naar publieksinformatie of informatie ten behoeve van zorginkoop, hebben baat bij de signaalvlaggen. De systematiek biedt namelijk inzicht in de zeggingskracht van de aangeleverde gegevens.

Deze zeggingskracht wordt bepaald door de mate waarin de indicatoren, de aangeleverde data en de indicatorwaarden aan vier kwaliteitseisen, ook wel kwaliteitsdimensies genoemd, voldoen:

- Indruksvaliditeit van de indicator. De indicator (geoperationaliseerde grootheid) meet wat ze moet meten (abstract concept);
- Betrouwbaarheid van het registratieproces van de aangeleverde data. De data waarop de indicatoren zijn gebaseerd dienen betrouwbaar gemeten en geregistreerd te zijn;
- Statistische betrouwbare vergelijkbaarheid van de indicatorwaarden. De indicatorwaarde dient nauwkeurig te zijn gemeten en vergelijking met het landelijke gemiddelde moet statistisch verantwoord zijn;
- Populatievergelijkbaarheid van de indicatorwaarden. Verschillen in patiëntenpopulaties kunnen van invloed zijn op de waarde van een indicator. Wanneer zorgaanbieders met elkaar worden vergeleken, moet met deze mogelijke invloed rekening worden gehouden (zogenaamde correctie met case-mix adjusters).⁴

Per dimensie worden signaalvlaggen in de kleuren groen, oranje en rood toegekend. De indicatorwerkgroep heeft een kwalitatief oordeel voor de dimensies *validiteit* en *populatievergelijkbaarheid* gegeven. De dimensies *betrouwbaarheid van het registratieproces* en *statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid* worden op basis van de aangeleverde data bepaald. De betekenis van de kleur van de signaalvlaggen op de verschillende dimensies staat in onderstaande tabel toegelicht.

Tabel 1. Betekenis van de kleur van de signaalvlag op de vier onderscheiden kwaliteitsdimensies

Dimensie	Kleur	Dat betekent:
Validiteit Verantwoordelijkheid indicatorwerkgroep / stuurgroep	Rood	Wat er gemeten is (de indicator) zegt niets over wat je wilt meten
	Oranje	Wat er gemeten is (de indicator) zegt deels iets over wat je wilt meten
	Groen	Wat er gemeten is (de indicator) zegt iets over wat je wilt meten

³ Dit jaar worden voor de tranche 1 indicatorensets voor de tweede keer signaalvlaggen toegekend. Aangezien de signaalvlag betrouwbaarheid van het registratieproces is herzien ten opzichte van 2008, is een directe vergelijking van de signaalvlaggen van meetjaar 2008 en 2009 niet mogelijk en kan niet geconcludeerd worden of de betrouwbaarheid van het registratieproces van de zorgaanbieders is verbeterd, gelijk is gebleven of is verslechterd.

⁴ Opgemerkt dient te worden dat doordat de data op geaggregeerd niveau worden uitgevraagd, case-mix correctie op patiëntniveau niet mogelijk is. De invloed van case-mix adjusters op de waarden van indicatoren die door de werkgroep zijn geselecteerd zou daarom zeer beperkt of beter niet van toepassing moeten zijn.

Betrouwbaarheid van het registratieproces Verantwoordelijkheid ziekenhuis	Rood	Alle ziekenhuizen bezien, zijn er vraagtekens te zetten bij de inrichting van het registratieproces.
	Oranje	Alle ziekenhuizen bezien, wordt ten dele aan belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces voldaan.
	Groen	Alle ziekenhuizen bezien, wordt (bijna) volledig aan belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van het registratieproces voldaan.
Statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid Verantwoordelijkheid indicatorwerkgroep / stuurgroep	Rood	Alle ziekenhuizen bezien, is een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde niet mogelijk.
	Oranje	Alle ziekenhuizen bezien, vraagt een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde een genuanceerd oordeel.
	Groen	Alle ziekenhuizen bezien, is een zinnige vergelijking van ziekenhuizen met het landelijke gemiddelde op statistisch verantwoord. Echter er kunnen nog case-mix variabelen zijn die verstoring werken (zie populatievergelijkbaarheid).
Populatie vergelijkbaarheid Verantwoordelijkheid indicatorwerkgroep / stuurgroep	Rood	Er zijn factoren die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden, maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar deels door verklaard worden (bijvoorbeeld patiëntkenmerken).
	Oranje	Er zijn mogelijk factoren die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden, maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar deels door verklaard worden (bijvoorbeeld patiëntkenmerken).
	Groen	Er zijn geen factoren die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar niet door verklaard worden (bijvoorbeeld patiëntkenmerken).

2. Signaalvlaggen beschikbaar op indicatorniveau

Net als vorig jaar worden alleen de signaalvlaggen op indicatorniveau openbaar beschikbaar gesteld. Aan openbaarmaking op ziekenhuisniveau zijn zowel voor- als nadelen verbonden. Ten aanzien van de betrouwbaarheid van het registratieproces bijvoorbeeld is een voordeel het voorkomen van oneerlijke concurrentie. Ziekenhuizen die relatief 'slecht' scoren, omdat zij gegevens aanleveren op basis van een volledige telling, kunnen zich door middel van de signaalvlag onderscheiden van ziekenhuizen die relatief 'goed' scoren, omdat zij gegevens aanleveren op basis van protocollair handelen.

De signaalvlaggen kunnen ook worden gebruikt om ziekenhuizen met elkaar te vergelijken en een benchmark te maken. Het is waar dat het een voorwaarde is dat een ziekenhuis zijn registratie op orde moet hebben om de kwaliteit van de geleverde zorg transparant te maken. Echter, door het ontbreken van registratiestandaarden is het nu nog te vroeg de signaalvlaggen voor dit doel te gebruiken. Dit is dus een voorbeeld van een nadeel van openbaarmaking op ziekenhuisniveau.

Na een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen is de stuurgroep niet overgegaan tot besluit van openbaarheid op ziekenhuisniveau.

3. Aanvullende informatie

Indien u nog meer informatie wenst over de toekenning van de signaalvlaggen verwijzen wij u naar de website van Zichtbare Zorg. Onder het kopje 'Ziekenhuizen en ZBC's' vindt u een pagina 'Kwantitatieve analyses 2009'. Hier staan enkele documenten die inzicht geven in de systematiek van de signaalvlaggen.

Bijlage C Verificatievragen

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de gegeven antwoorden op de verificatievragen, die als basis dienen voor de bepaling van de signaalvlaggen op de kwaliteitsdimensie 'Betrouwbaarheid van het registratieproces' (zie bijlage B voor een toelichting op de signaalvlaggen).

Per indicator en deelindicator wordt het volgende aangegeven:

- het totaal aantal locaties
- het percentage 'ja' en 'nee'
- volledige telling of anders (voor gegevensverzameling)

Waar van toepassing wordt onderscheid gemaakt tussen teller en noemer.

Tabel C1. Verdeling van de beantwoording van de vragen over gegevensverzameling

1. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	90	97%			3%	
gegevensgebruik	90	87%			13%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	90	54%	46%	90	93%	7%
verslagjaar	90	100%	0%	90	100%	0%
populatievaststelling	90	93%	7%	90	100%	0%
indicatorwaarde bepaling	90	91%	9%	90	99%	1%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling':		■ ja		■ nee		
voor 'gegevensverzameling':		■ volledige telling		■ anders		
voor alle vragen		■ aantal patienten waarop de percentages zijn gebaseerd				

2. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	86	98%			2%	
gegevensgebruik	86	88%			12%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	86	74%	26%	86	94%	6%
verslagjaar	86	100%	0%	86	100%	0%
populatievaststelling	86	98%	2%	86	100%	0%
indicatorwaarde bepaling	86	97%	3%	86	99%	1%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling':		■ ja		■ nee		
voor 'gegevensverzameling':		■ volledige telling		■ anders		
voor alle vragen		■ aantal patienten waarop de percentages zijn gebaseerd				

Bijlage D Brongebruik

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de door de ziekenhuizen gebruikte bronnen die zijn geraadpleegd tijdens de fase van dataverzameling ten behoeve van de uitvraag 2009.

Onderscheid wordt gemaakt naar teller en noemer. In de tabel is het aantal locaties weergegeven dat van een bepaalde bron gebruik heeft gemaakt.

Tabel D1. Brongebruik ten behoeve van de aanlevering van gegevens

1. Brongegevens					
Teller / Noemer	Bron				
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	anders, namelijk:
T	61	55	21	26	17
N	81	74	10	4	5

2. Brongegevens					
Teller / Noemer	Bron				
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	anders, namelijk:
T	63	67	17	16	13
N	75	71	10	3	4

Bijlage E Schoningsvragen

Na het sluiten van de webenquête ten behoeve van de uitvraag 2009 op 14 april 2010 is de fase van schoning gestart. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de aantallen gestelde schoningsvragen naar aard.

Volgens protocol hebben de ziekenhuizen en ZBC's schoningsvragen gekregen (voor het proces van schoning en het schoningsprotocol wordt verwezen naar www.ZichtbareZorg.nl). Tijdens deze schoning zijn 119 schoningsvragen gesteld aan ziekenhuislocaties, 16 locaties hebben geen schoningsvraag gekregen. Aan de ZBC's zijn in totaal 43 schoningsvragen gesteld. De meeste schoningsvragen zijn gesteld naar aanleiding van een 100% score. Deze waarde is tijdens de schoning standaard teruggekoppeld aan de ziekenhuizen als opvallende waarde.

Toelichting bij tabel E.1

- *Aantal schoningsvragen cross checks:*
Tijdens de schoning is gecontroleerd op consistentie tussen de aangeleverde gegevens binnen een set, op waarden die aan elkaar gerelateerd zijn. Indien er inconsistenties in de aangeleverde gegevens zaten, is dit teruggekoppeld aan de ziekenhuizen.
- *Aantal schoningsvragen fake antwoord:*
Indien een ziekenhuis een onwaarschijnlijke waarde, zoals 9999, heeft ingevuld, vermoedde Zichtbare Zorg dat het ziekenhuis met de waarde wilde aangeven dat de vraag binnen het ziekenhuis niet van toepassing is. Met een schoningsvraag is geverifieerd of dit inderdaad correct geïnterpreteerd is, zodat de waarde als zodanig gemarkeerd kan worden in de openbare database.
- *Aantal schoningsvragen statistische uitbijter:*
Er is aan de ziekenhuizen teruggekoppeld als de indicatorwaarde statistisch opvalt (sterk afwijkt van de mediane waarde)
- *Aantal schoningsvragen extreem:*
Aangezien Zichtbare Zorg vraagt om gegevens aan te leveren op basis van een volledig telling, zijn waarden van 0% of 100% onwaarschijnlijk. Om deze reden zijn 0 en 100% waarden standaard teruggekoppeld tijdens de schoning.

Tabel E1. Aantal schoningsvragen naar aard (gesteld aan ziekenhuizen en gesteld aan ZBC's)

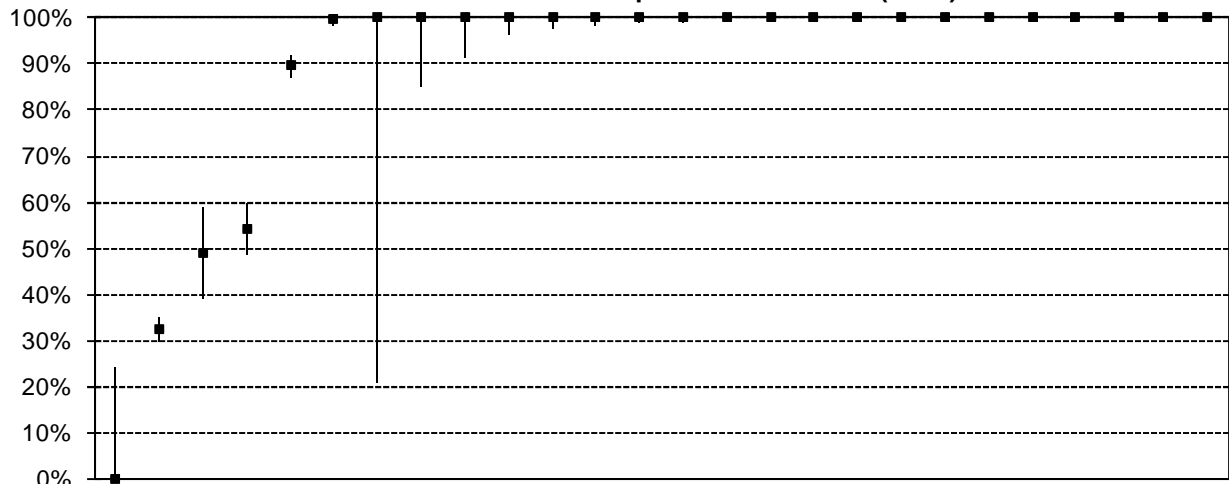
Indicator	Type vraag	Aantal ziekenhuizen met schoningsvragen	Aantal schoningsvragen totaal	Aantal schoningsvragen cross checks	Aantal schoningsvragen fake antwoord	Aantal schoningsvragen statistische uitbijter	Aantal schoningsvragen extreem
Zorginhoudelijke indicatoren							
1. Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices							
Indicator 1	Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices	64	65	nvt	teller = 0; noemer = 0	noemer = 1; indicatorwaarde = 0	64
2. Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie.							
Indicator 2	Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie.	53	54	nvt	teller = 0; noemer = 0	noemer = 1; indicatorwaarde = 4	49

Indicator	Type vraag	Aantal ZBC's met schoningsvragen	Aantal schoningsvragen totaal	Aantal schoningsvragen cross checks	Aantal schoningsvragen fake antwoord	Aantal schoningsvragen statistische uitbijter	Aantal schoningsvragen extreem
Zorginhoudelijke indicatoren							
1. Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices							
Indicator 1	Percentage geregistreerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices	20	23	nvt	teller = 0; noemer = 0	noemer = 3; indicatorwaarde = 1	19
2. Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie.							
Indicator 2	Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie.	18	20	nvt	teller = 0; noemer = 0	noemer = 3; indicatorwaarde = 1	16

Bijlage F ZBC'S

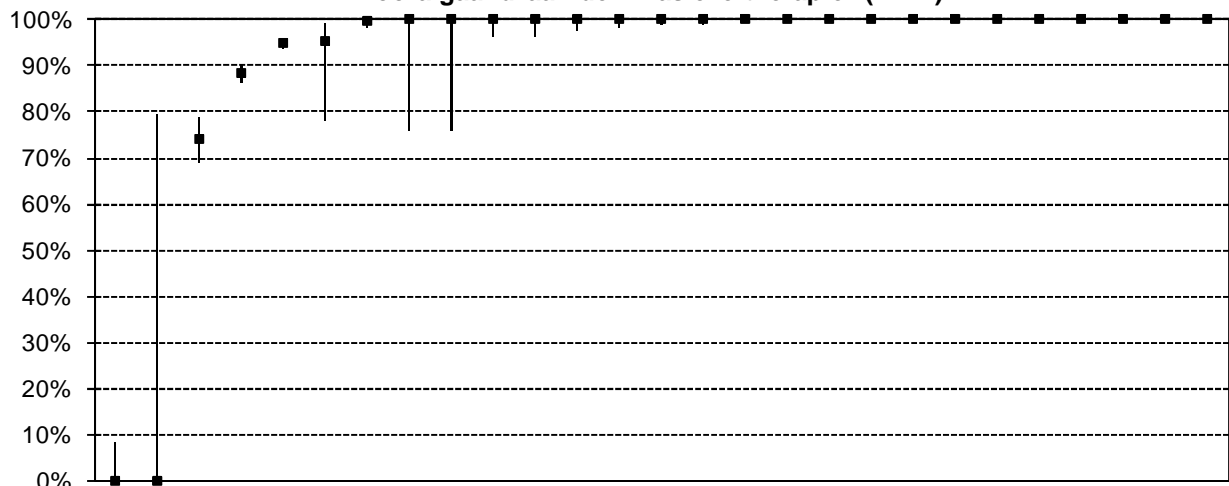
Het aantal ZBC's dat gegevens heeft aangeleverd is 31. In deze bijlage worden de resultaten van deze ZBC's weergegeven in de vorm van figuren.

1. Percentage geregisteerde C's (van de CEAP classificatie) voorafgaand aan invasieve therapieën voor varices (N=26)



locaties gerangschikt naar percentage (aantal noemer: 26, min = 1, max = 2820 en mediaan = 586,5)

2. Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd, voorafgaand aan de invasieve therapie. (N=27)



locaties gerangschikt naar percentage (aantal noemer: 27, min = 1, max = 2820 en mediaan = 571)

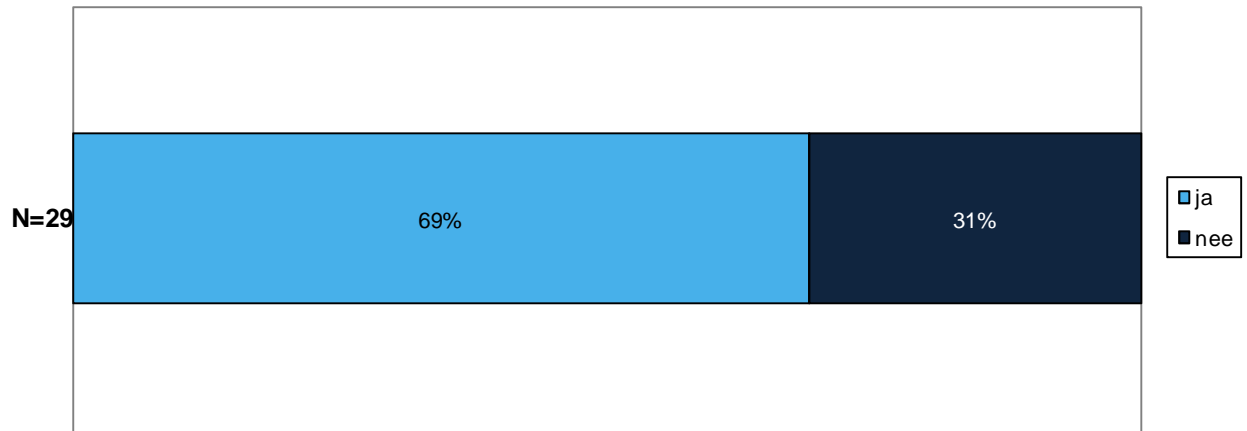
1. Brongegevens					
Teller / Noemer	Bron				
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	anders
T	21	15	17	5	1
N	24	13	15	6	0

2. Brongegevens					
Teller / Noemer	Bron				
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	anders
T	25	17	16	6	0
N	25	17	16	6	0

1. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	26	92%			8%	
gegevensgebruik	26	92%			8%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	26	92%	8%	26	100%	0%
verslagjaar	26	100%	0%	26	100%	0%
populatievaststelling	26	100%	0%	26	100%	0%
indicatorwaarde bepaling	26	96%	4%	26	96%	4%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten w waarop de percentages zijn gebaseerd						

2. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	27	93%			7%	
gegevensgebruik	27	93%			7%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	27	85%	15%	27	93%	7%
verslagjaar	27	100%	0%	27	100%	0%
populatievaststelling	27	100%	0%	27	100%	0%
indicatorwaarde bepaling	27	96%	4%	27	96%	4%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten w waarop de percentages zijn gebaseerd						

Vraag 1. Beschikt uw ziekenhuislocatie over een “polikliniek voor varices” of een speciaal “varices spreekuur”?



Vraag 2. Biedt uw ziekenhuislocatie de patiënt aan om de afspraken met behandelaars die samenhangen met variceszorg op één dag aaneensluitend voor hem/haar te plannen?

