



Kwaliteit van Zorg inzichtelijk: Coeliakie

Gegevens over 2009

September 2010

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

Inhoudsopgave

Samenvatting van de resultaten over verslagjaar 2009	2
Algemeen.....	2
Overzicht indicatorwaarden zorginhoudelijke indicatoren (ZI).....	2
Overzicht klantpreferentievragen (KP).....	2
1. Inleiding	3
<i>Doelgroep</i>	3
<i>Proces</i>	3
<i>Leeswijzer</i>	4
<i>Aanvullende informatie op de website</i>	4
Bijsluiter bij het gebruik van de gegevens.....	5
<i>Zeggingskracht</i>	5
<i>Tot slot</i>	5
2. Zorginhoudelijke indicatoren	6
2.1. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep	6
2.2. Indicator 1 – Percentage patiënten met coeliakie die tijdig zijn gebiopteerd	7
2.3. Indicator 2 – Percentage nieuwe coeliakiepatiënten doorverwezen naar de diëtist	7
2.4. Indicator 3 – Percentage nieuwe coeliakiepatiënten met tenminste drie consulten bij de diëtist	7
3. Klantpreferentievragen	8
3.1. Klantpreferentievraag 1	8
3.2. Klantpreferentievraag 2	12
3.3. Klantpreferentievraag 3	13
3.4. Klantpreferentievraag 4	14
Bijlage A Toelichting bij de tabellen en figuren	16
1. Signaalvlaggentabel	16
2. Rupsplot.....	17
3. Reepplot.....	19
4. Histogram	20
Bijlage B Toelichting op de signaalvlaggensystematiek	23
1. Algemene toelichting	23
2. Signaalvlaggen beschikbaar op indicatorniveau	24
3. Aanvullende informatie.....	25

Samenvatting van de resultaten over verslagjaar 2009

Deze rapportage geeft voor 4 klantpreferentievragen van de indicatorset Coeliakie een landelijk beeld van de scores en antwoorden. Samenvattend volgt hieronder een overzicht van de scores en antwoorden voor deze set, gevolgd door toelichtingen over brongebruik en signaalvlaggen voor betrouwbaarheid van het registratieproces en voor statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid.

Algemeen

Overzicht indicatorwaarden zorginhoudelijke indicatoren (ZI)

Tijdens de indicatorwerkgroep bijeenkomst hebben de aanwezige internisten aangegeven de indicatorset te willen afwijzen vanwege problemen met de populatieafbakening en het kleine aantal patiënten. De stuurgroep heeft besloten om de zorginhoudelijke indicatoren *niet openbaar* te maken.

Overzicht klantpreferentievragen (KP)

Onderstaande opsomming vat de antwoorden op de klantpreferentievragen (KP) samen.

Het blijkt dat:

- Op iedere ziekenhuislocatie minstens 1 MDL-arts werkzaam is; het gemiddeld aantal coeliakie patiënten per MDL-arts heeft een mediane waarde van 5,9 (KP 1A).
- Op iedere ziekenhuislocatie minstens 1 diëtist werkzaam is; het gemiddeld aantal coeliakie patiënten per diëtist heeft een mediane waarde van 3,0 (KP 1B).
- Meer dan de helft van de ziekenhuislocaties start een dunne darm biopsie bij patiënten bij verdenking van coeliakie binnen 10 werkdagen (KP 2A). Minder dan de helft van de ziekenhuislocaties maken de uitslag van een dunne darm biopsie binnen 4 werkdagen bekend (KP 2B).
- De meeste ziekenhuislocaties lichten diagnose, onderzoek en behandeling in een gesprek toe; deze gesprekken worden veelal ondersteund met schriftelijk materiaal (KP 3).
- Meer dan de helft van de ziekenhuislocaties ziet patiënten met nieuw gediagnosticeerde coeliakie ten minste twee maandelijks in een controle afspraak (KP 4A). Patiënten die minstens een jaar geleden de diagnose coeliakie hebben gekregen worden bij de meeste ziekenhuislocaties in ieder geval elk jaar gezien (KP 4B).

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 Coeliakie. 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 2010 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 juni en juli zijn de gegevens geanalyseerd door Zichtbare Zorg. De concept kwantitatieve rapportages zijn opgesteld en besproken met de indicatorwerkgroep. In september besluit de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (op basis van het advies van de werkgroepen) over openbaarheid van de indicatoren. Het uitgangspunt daarbij is dat alle indicatoren opgenomen

worden in de openbare database van Zichtbare Zorg. Vervolgens is het aan de ziekenhuizen om te besluiten of hun gegevens openbaar beschikbaar worden gesteld aan derden. Vanaf 22 september 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 2 is de uitgebreide beschrijving van de resultaten voor de zorginhoudelijke indicatoren.
- In hoofdstuk 3 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

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 2 en informatie over de totstandkoming van de kwaliteitsindicatoren, het proces en de planning.

Bijsluiter 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.

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 opmerkingen in ogenschouw te nemen.

2. Zorginhoudelijke indicatoren

Dit hoofdstuk bevat per zorginhoudelijke indicator een beschrijving van:

- De waarden van de indicator gepresenteerd in een figuur met daarbij een korte beschrijving.
- 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 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 opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep.

2.1. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

Deze indicatorset is in 2009 geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (MDL), de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV). Tijdens de indicatorwerkgroep bijeenkomst zijn er geen afgevaardigden van de MDL aanwezig; de MDL is actief betrokken geweest bij de ontwikkeling van deze indicatorset. De afgevaardigden van de NIV geven aan geen rol te hebben gespeeld bij de ontwikkeling van deze indicatorset en deze alleen onder voorbehoud te hebben geautoriseerd. Tijdens deze werkgroepbijeenkomst wijzen zij de indicatorset af. Hiervoor zijn twee redenen aangevoerd:

- Er zijn grote problemen met de populatie afbakening:
 - De populatie is niet compleet, omdat parallelle DBC's niet zijn toegestaan. Een patiënt met zowel coeliakie als diabetes zal een DBC diabetes krijgen toegekend.
 - De noemers van de indicatoren gaan over nieuwe coeliakie patiënten; de voorgestelde DBC-codes nemen alle coeliakie patiënten mee die op controle komen. Handmatig moeten dan de echt nieuwe patiënten hieruit worden geselecteerd.
- De patiënten aantallen van deze aandoening zijn dusdanig klein dat er nooit voldoende gegevens verzameld kunnen worden die nodig zijn voor een statistisch betrouwbaar vergelijking.

Men ziet geen mogelijkheid de genoemde registratieproblemen op te lossen.

De indicatoren zijn niet afzonderlijk besproken en derhalve is er geen beslissing genomen over de signaalvlag voor de validiteit en populatievergelijkbaarheid. Wel zijn er wijzigingen doorgevoerd in de klantpreferentievragen. De stuurgroep heeft besloten om de gegevens die zijn aangeleverd voor de zorginhoudelijke indicatoren, **niet openbaar** beschikbaar te stellen.

2.2. Indicator 1 – Percentage patiënten met coeliakie die tijdig zijn gebiopteerd

Deze indicator wordt niet opgenomen in de openbare database van Zichtbare Zorg

Operationalisatie: Percentage patiënten met coeliakie bij wie na vaststelling van positieve serologie binnen één maand een dunnedarmbiopsie is verricht.

Teller: Aantal patiënten met coeliakie die na positieve serologie (IgA tTGA én/of IgA EMA positief) binnen één maand na uitslag serologie, een dunnedarmbiopsie hebben ondergaan.

Noemer: Aantal nieuwe coeliakiepatiënten.

2.3. Indicator 2 – Percentage nieuwe coeliakiepatiënten doorverwezen naar de diëtist

Deze indicator wordt niet opgenomen in de openbare database van Zichtbare Zorg

Operationalisatie: Percentage nieuwe coeliakiepatiënten die binnen één maand na definitieve diagnose naar de diëtist zijn doorverwezen door kinderarts, internist of MDL-arts.

Teller: Aantal nieuwe coeliakiepatiënten die binnen één maand na definitieve (histologisch bevestigde) diagnose naar de diëtist zijn doorverwezen door internist of MDL-arts.

Noemer: Aantal nieuwe coeliakiepatiënten.

2.4. Indicator 3 – Percentage nieuwe coeliakiepatiënten met tenminste drie consulten bij de diëtist

Deze indicator wordt niet opgenomen in de openbare database van Zichtbare Zorg

Operationalisatie: Percentage nieuwe coeliakiepatiënten met tenminste drie consulten bij de diëtist in de eerste negen maanden na diagnosestelling.

Teller: Aantal nieuwe coeliakiepatiënten met tenminste drie consulten bij de diëtist binnen de negen maanden na diagnosestelling.

Noemer: Aantal nieuwe coeliakiepatiënten.

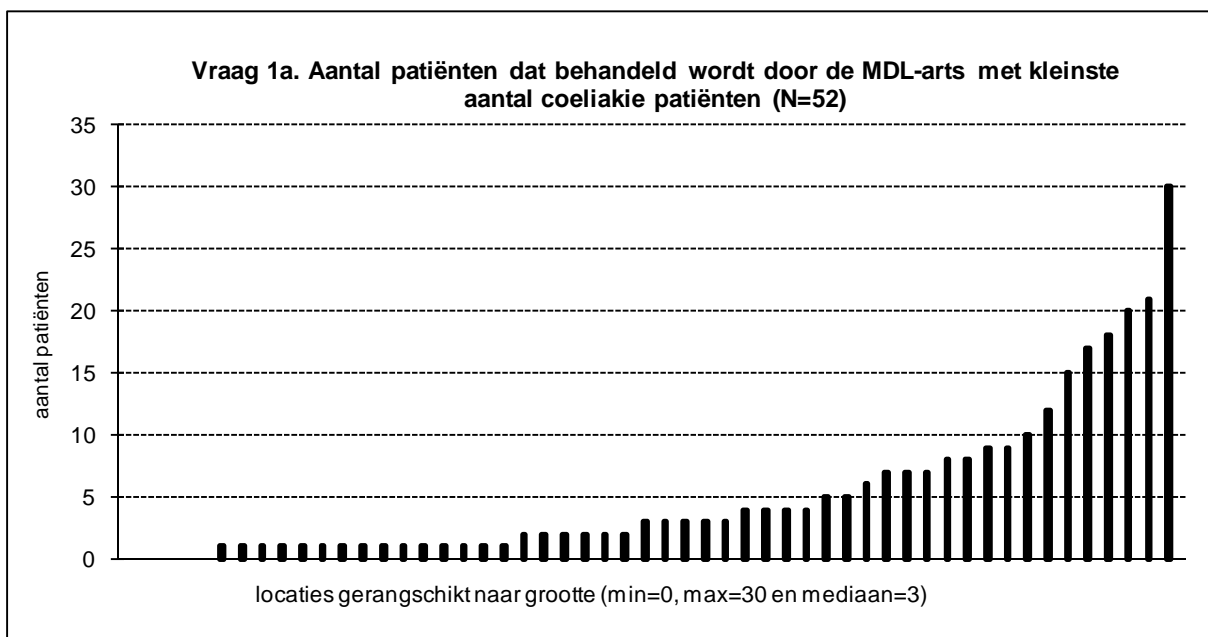
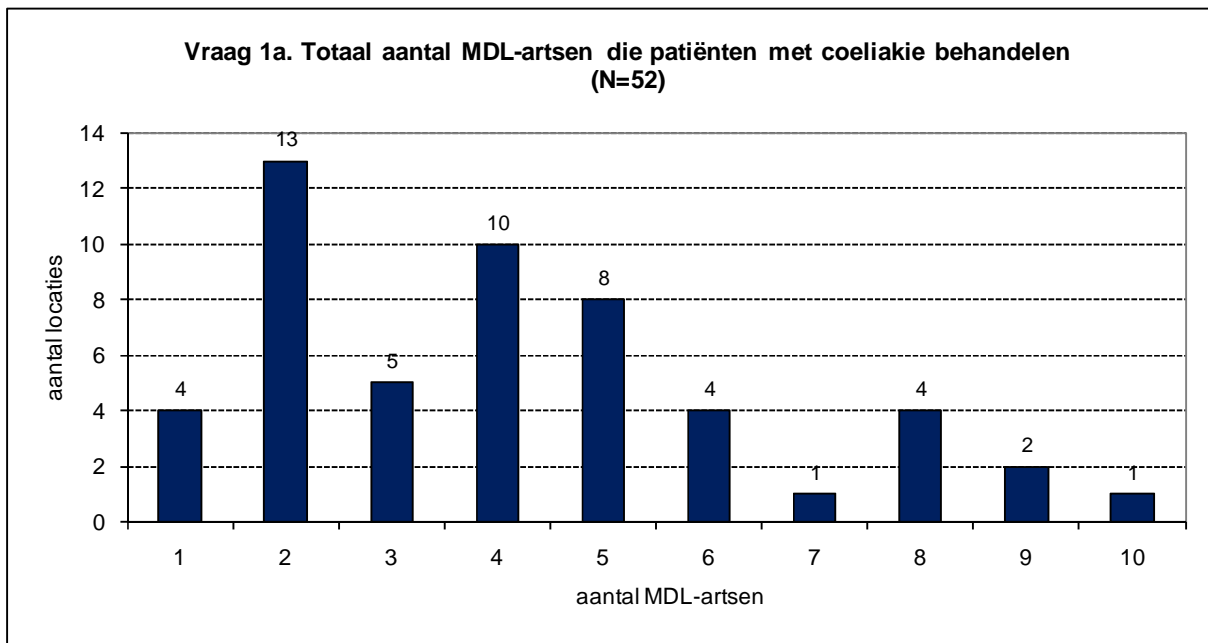
3. Klantpreferentievragen

3.1. Klantpreferentievraag 1

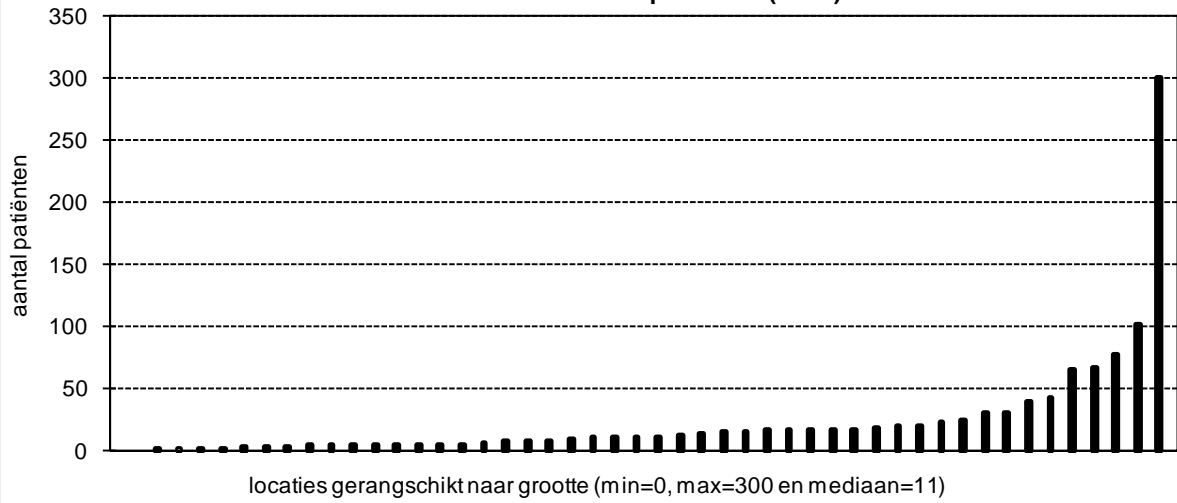
Operationalisatie:

- A. Hoeveel patiënten met coeliakie worden er per jaar door een MDL-arts behandeld?
- B. Hoeveel patiënten met coeliakie worden er per jaar door een diëtist gezien?

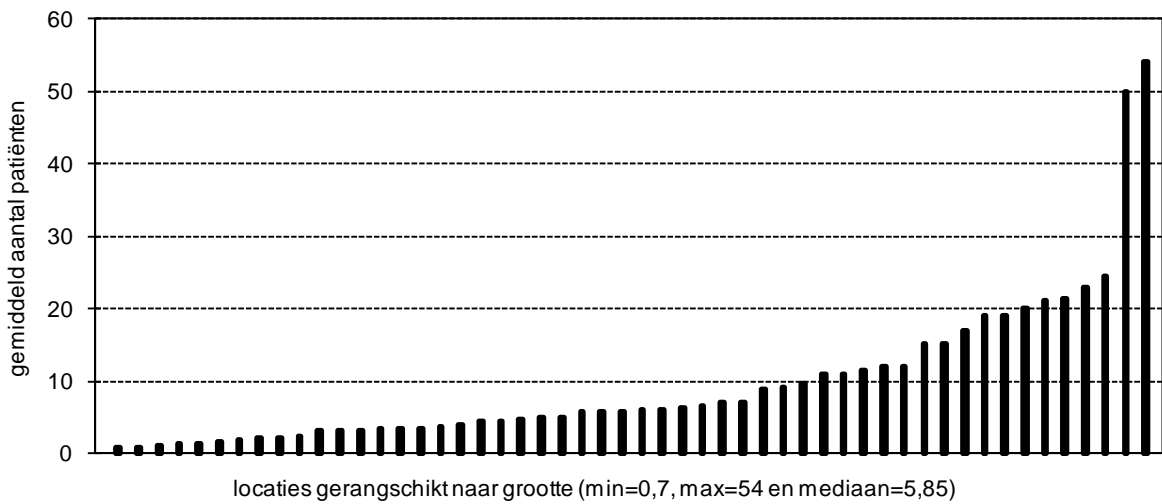
Onderstaande figuren laten zien dat alle locaties die gegevens hebben aangeleverd voor deze vraag aangeven dat er tenminste één MDL-arts werkzaam is die patiënten met coeliakie behandelt. Het mediane aantal MDL-artsen is gelijk aan 4. Het gemiddeld aantal patiënten dat door een MDL-arts per jaar wordt behandeld heeft een mediane waarde van 5,9. Er zijn twee locaties met een opvallend hoog gemiddeld aantal patiënten: er is over deze hoge waarden een schoningsvraag gesteld. De locaties hebben hun waarde echter niet aangepast.



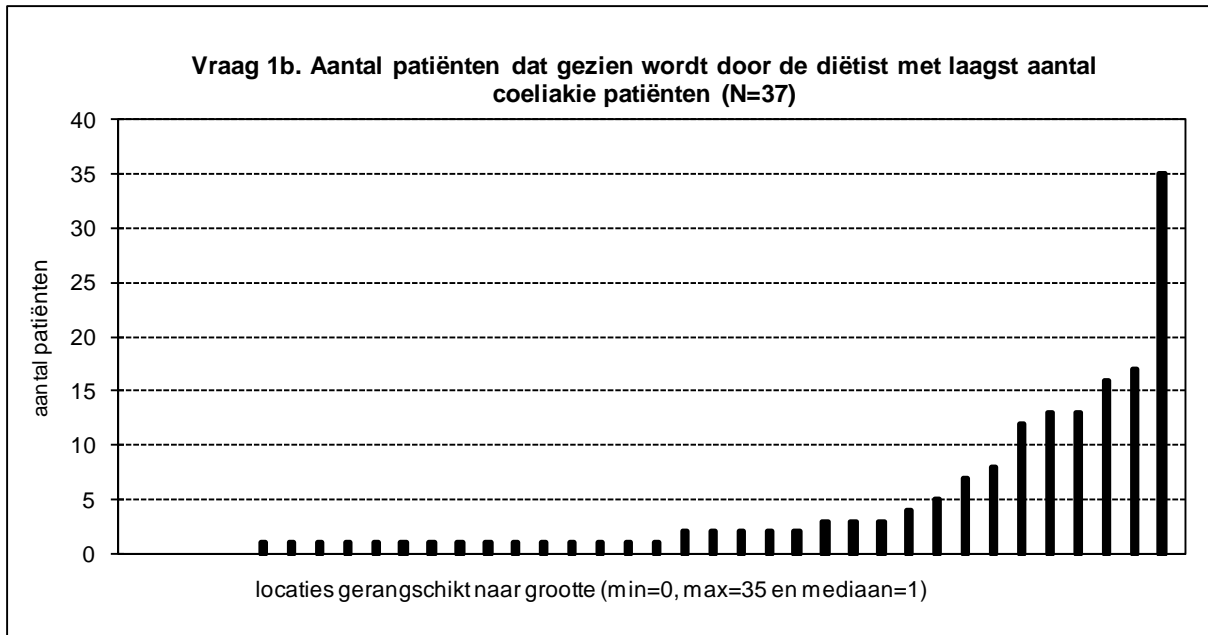
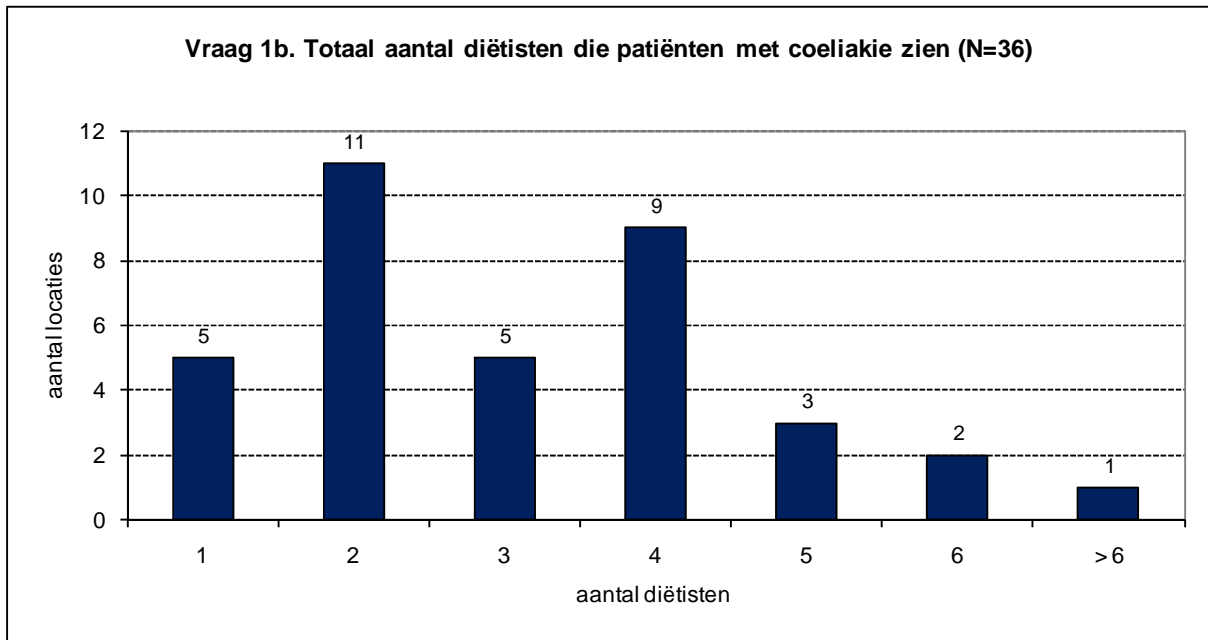
Vraag 1a. Aantal patiënten dat behandeld wordt door de MDL-arts met grootste aantal coeliakie patiënten (N=48)



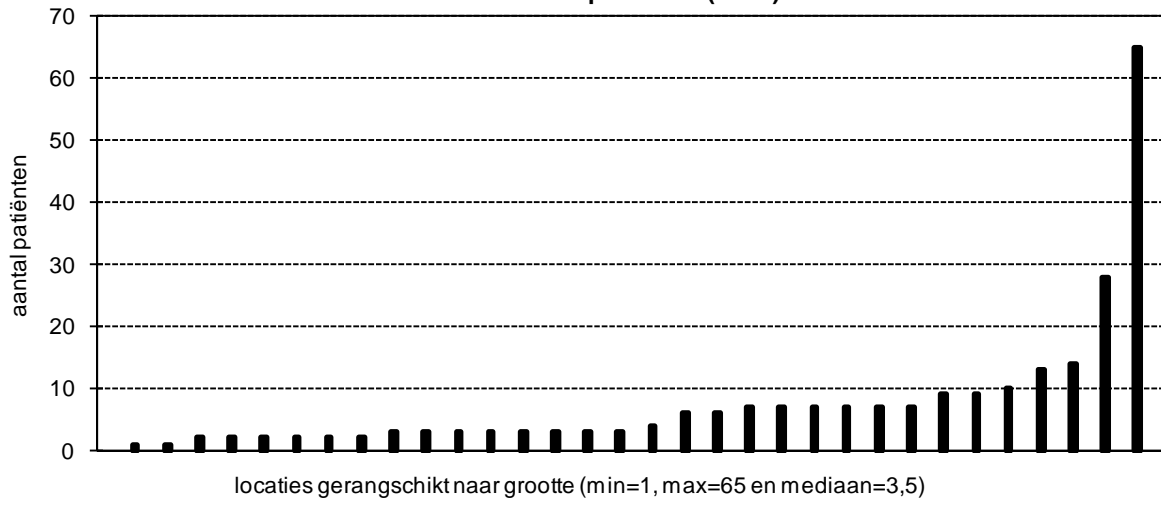
Vraag 1a. Gemiddeld aantal coeliakie patiënten per MDL-arts (N=52)



Onderstaande figuren laten zien dat alle locaties die gegevens hebben aangeleverd voor deze vraag aangeven dat er tenminste één diëtist werkzaam is die patiënten met coeliakie ziet. Het mediane aantal diëtisten is gelijk aan 3,0. Het gemiddeld aantal patiënten dat door een diëtist per jaar wordt gezien heeft een mediane waarde van 3,0. Er is één locatie met een opvallend hoog gemiddeld aantal patiënten: er is over deze hoge waarde een schoningsvraag gesteld. De locatie heeft haar waarde echter niet aangepast.



Vraag 1b. Aantal patiënten dat gezien wordt door de diëtist met hoogst aantal coeliakie patiënten (N=32)

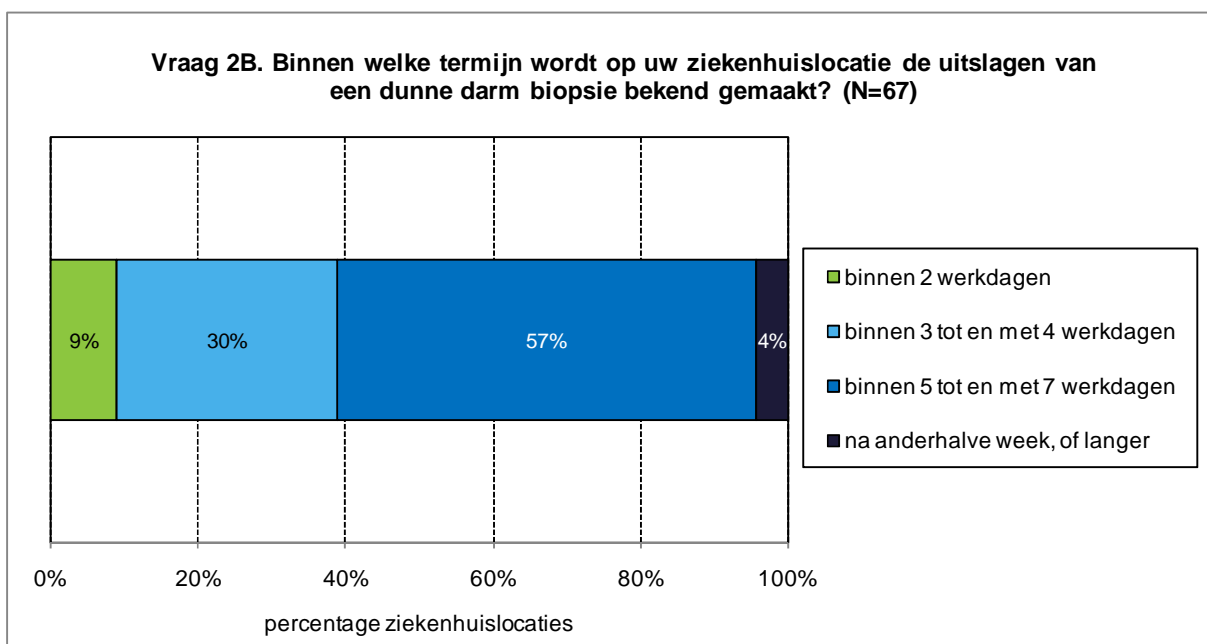
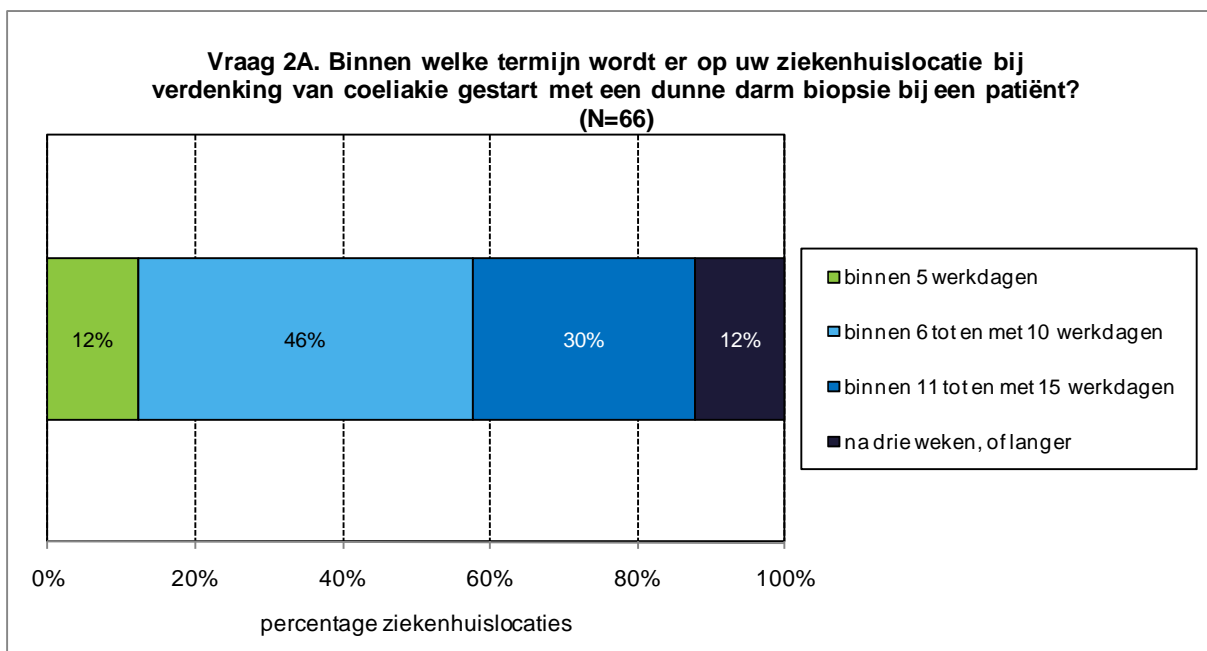


3.2. Klantpreferentievraag 2

Operationalisatie:

- A. Binnen welke termijn wordt er op uw ziekenhuislocatie bij verdenking van coeliakie gestart met een dunne darm biopsie bij een patiënt?
- B. Binnen welke termijn worden op uw ziekenhuislocatie de uitslagen van een dunne darm biopsie bekend gemaakt?

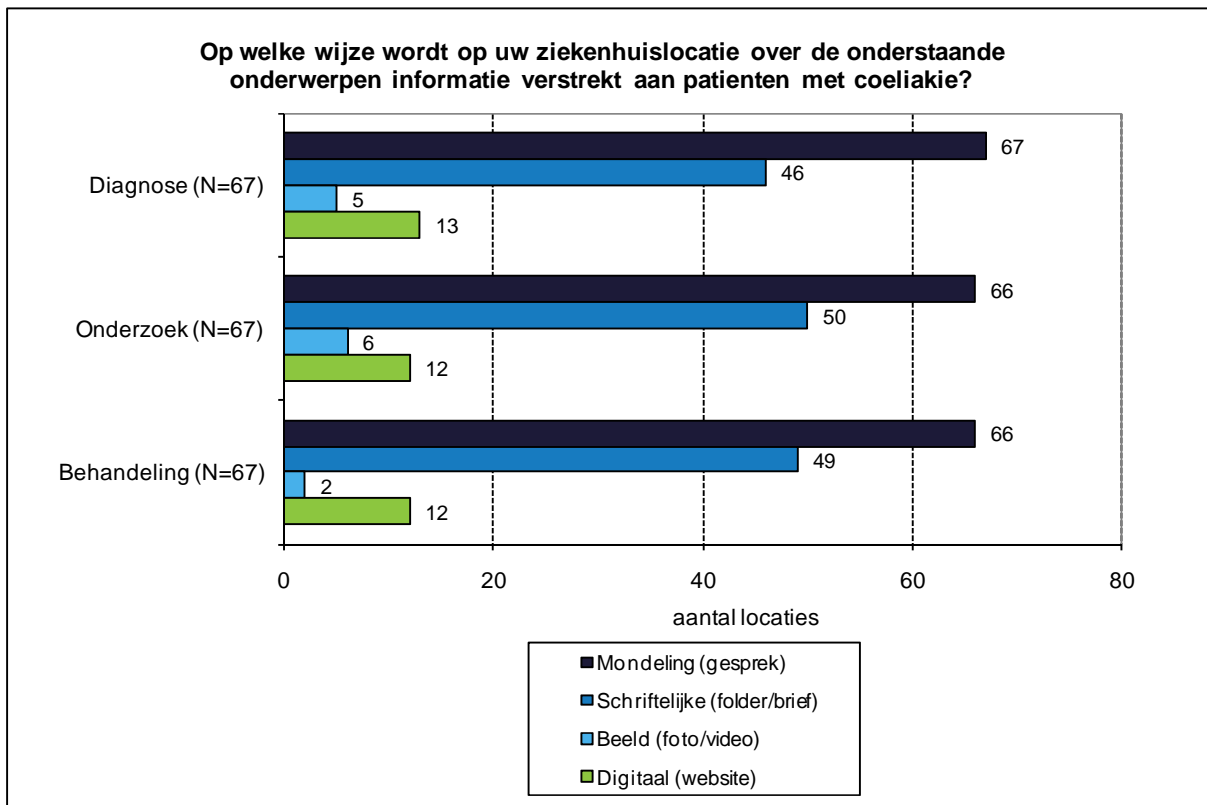
Onderstaande figuren laten zien dat ruim de helft van de locaties (58%) binnen 10 werkdagen een dunne darm biopsie start bij patiënten met een verdenking van coeliakie. De uitslag van deze biopsie wordt bij 96% van de locaties binnen 7 werkdagen bekend gemaakt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat alle locaties die binnen 10 werkdagen een biopsie uitvoeren de uitslag binnen 7 werkdagen bekend maken.



3.3. Klantpreferentievraag 3

Operationalisatie: Op welke wijze wordt op uw ziekenhuislocatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met coeliakie?

Diagnose, onderzoek en behandeling worden door (bijna) alle locaties in een gesprek toegelicht aan de patiënten. Deze gesprekken worden veelal ondersteund door schriftelijk materiaal.

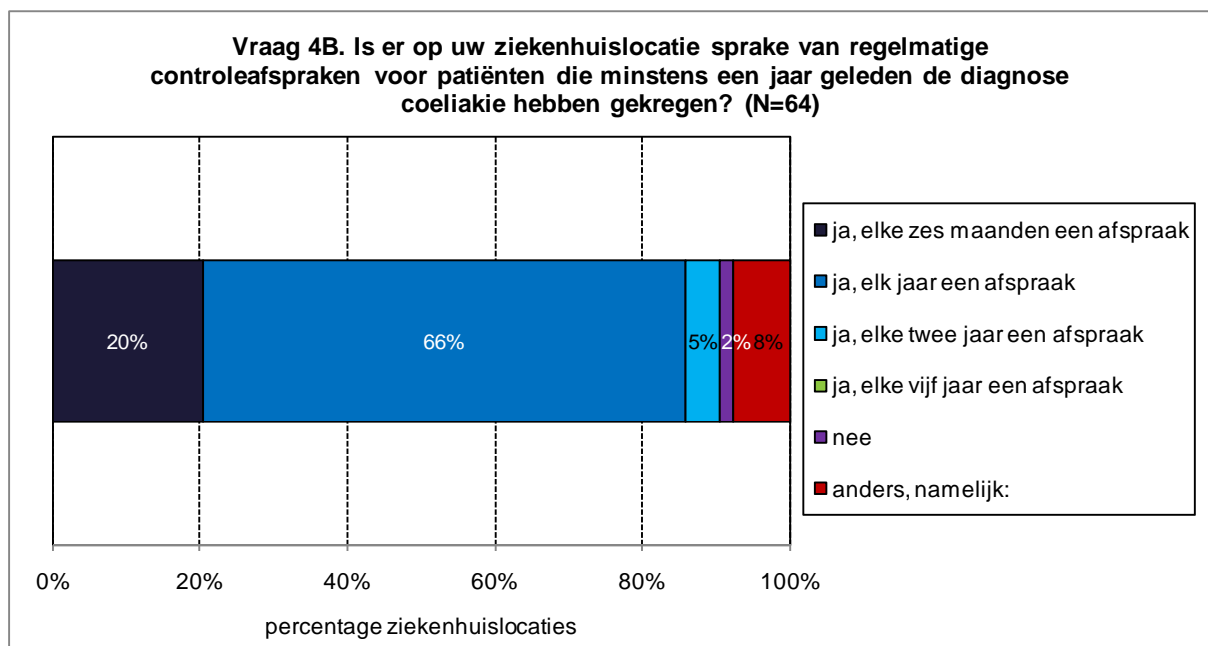
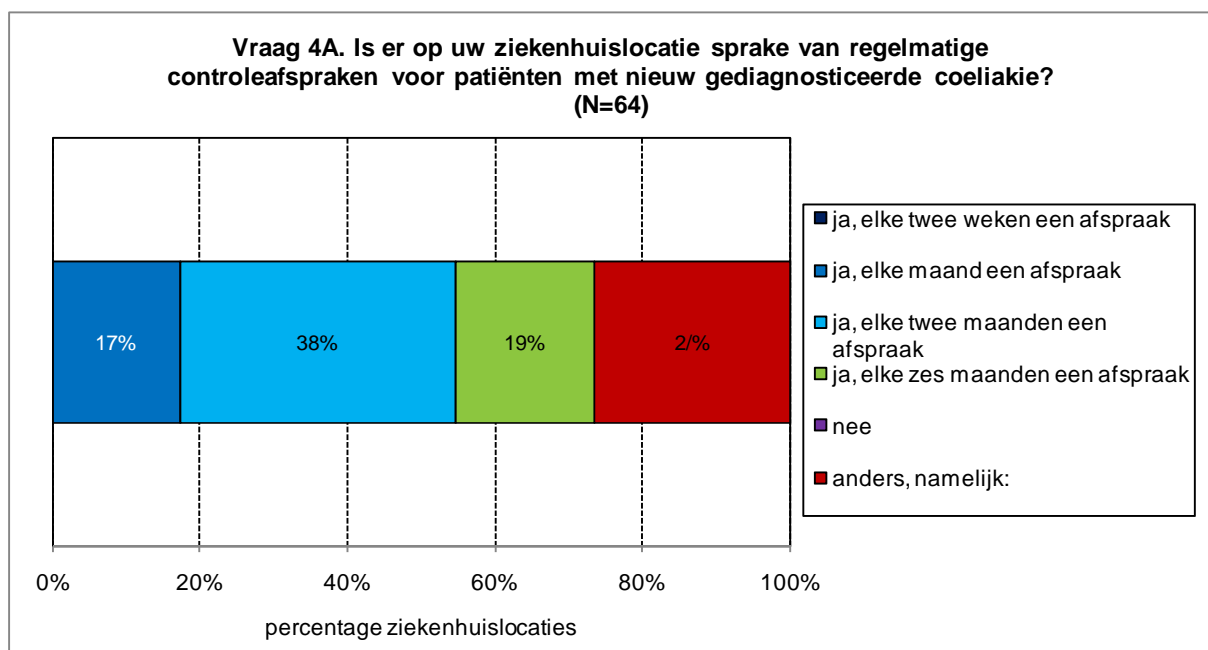


3.4. Klantpreferentievraag 4

Operationalisatie:

- A. Is er op uw ziekenhuislocatie sprake van regelmatige controleafspraken voor patiënten met nieuw gediagnosticeerde coeliakie?
- B. Is er op uw ziekenhuislocatie sprake van regelmatige controleafspraken voor patiënten die minstens een jaar geleden de diagnose coeliakie hebben gekregen?

Onderstaande figuren laten zien dat ruim de helft van de ziekenhuislocaties (55%) ten minste elke twee maanden een controle afspraak heeft met patiënten met nieuw gediagnosticeerde coeliakie. 86% van de locaties heeft ten minste één keer per jaar een controle afspraak met patiënten die minstens een jaar geleden de diagnose coeliakie hebben gekregen.



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 9 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. De data van de zbc's worden in een aparte bijlage gepresenteerd.

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.

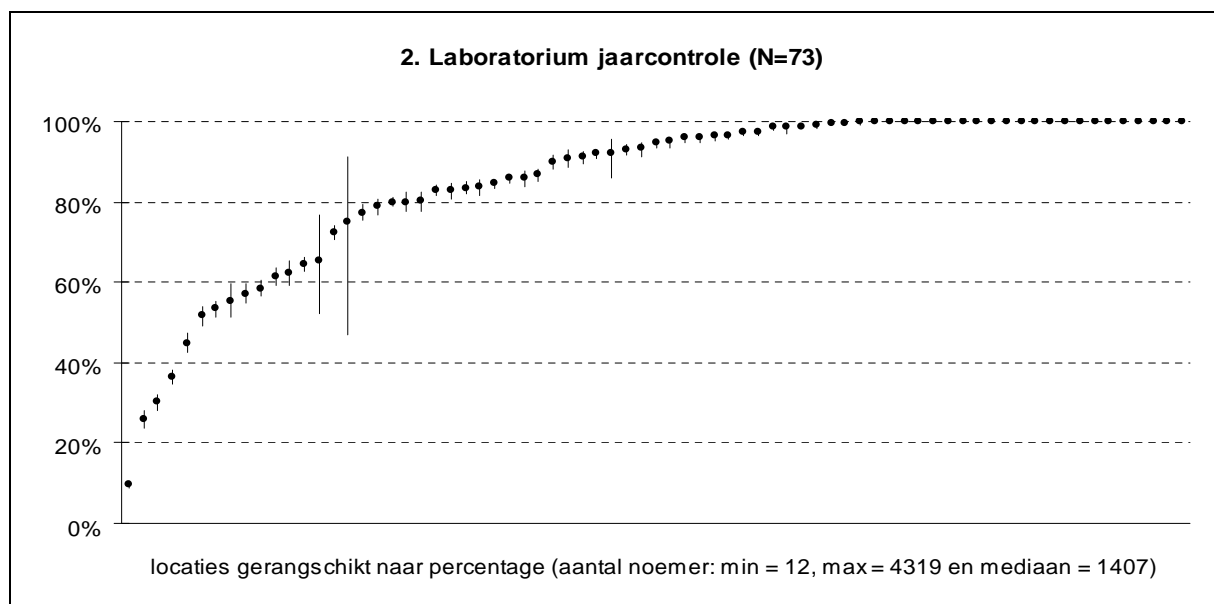
Kwalitatieve zorginhoudelijke indicatoren

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 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.

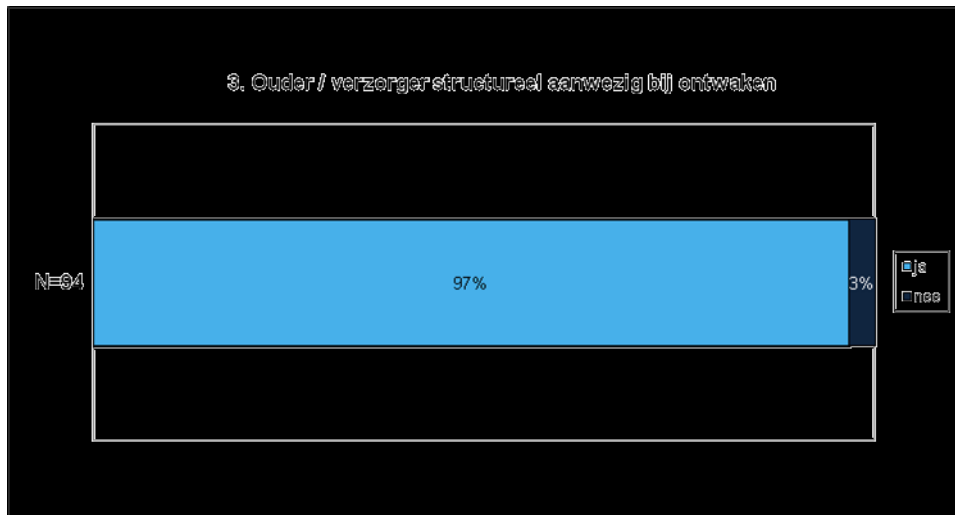
Onder de figuur staat met ‘min’ het minimum aantal patiënten dat door een ziekenhuis is aangeleverd. Het aantal ‘max’ is het maximum aantal patiënten dat door een ziekenhuis is aangeleverd. De mediaan is het aantal patiënten waarvoor geldt dat 50% van de locaties een lagere waarde heeft en 50% een hogere 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.

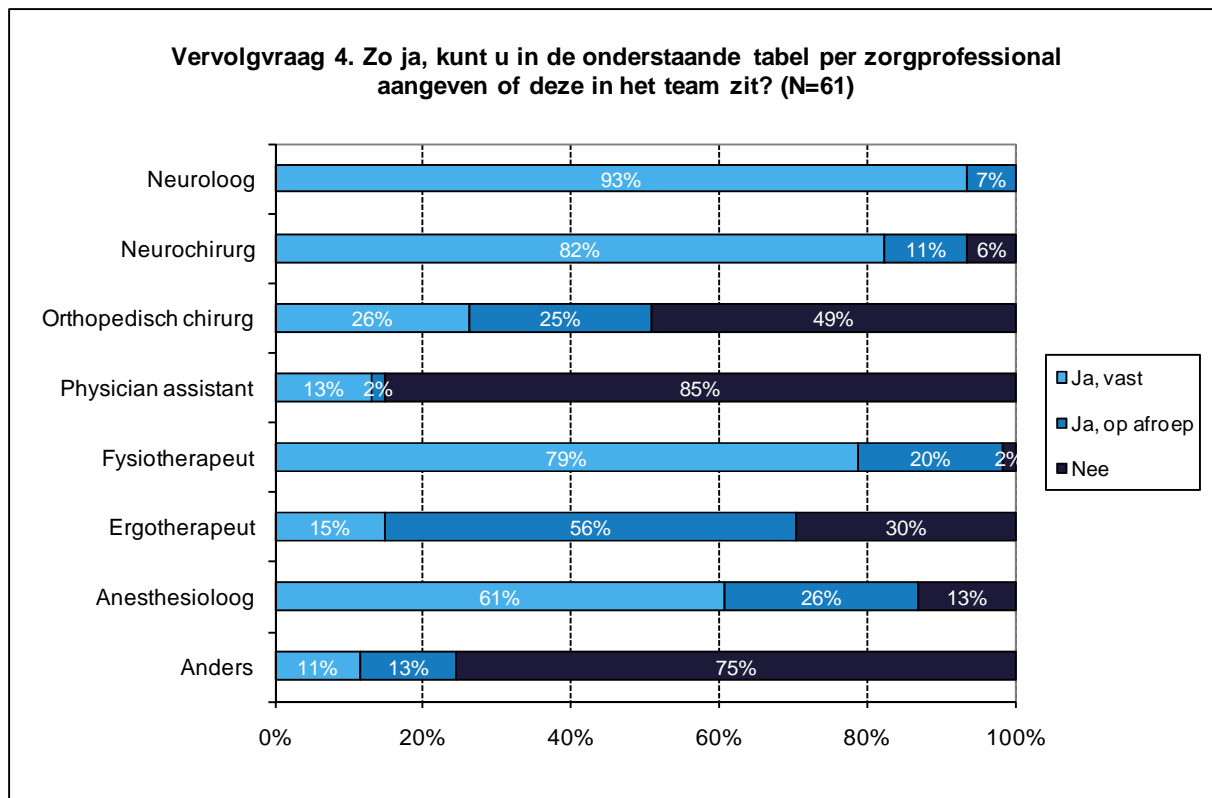
3. Reepplot

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 op te tellen, zie hieronder.

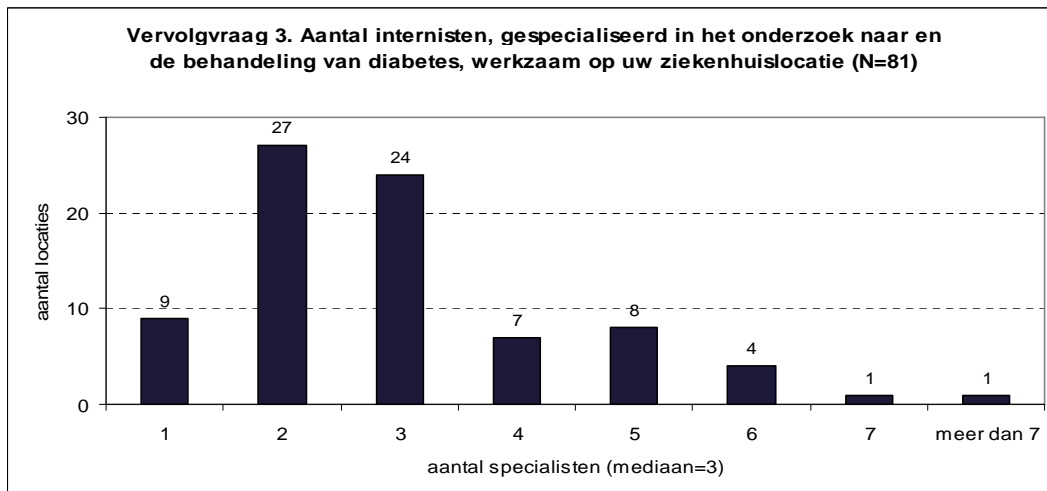


Het percentage geeft (in dit geval) aan in welk deel van de ziekenhuislocaties een bepaalde zorgprofessional in het multidisciplinair team zit (vast of op afroep). Als vanzelfsprekend kunnen meerdere deskundigen op een ziekenhuislocatie in het team zitten.

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.



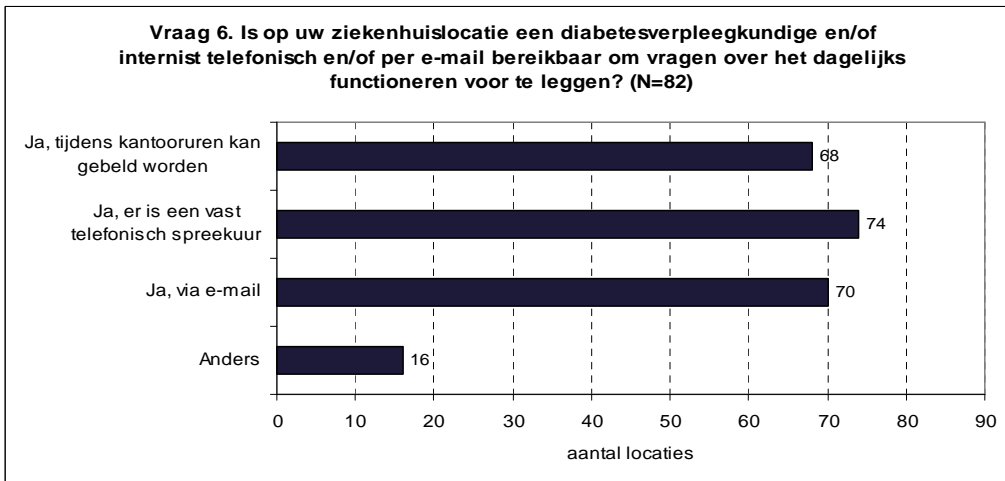
In dit voorbeeld wordt weergegeven op hoeveel locaties er 1, 2, etc. internisten werkzaam zijn, gespecialiseerd in onderzoek naar en behandeling van diabetes.

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 aangepast. 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).¹

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 B.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

¹ 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.

	Groen	Wat er gemeten is (de indicator) zegt iets over wat je wilt meten
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.