



Kwaliteit van Zorg inzichtelijk: Constitutioneel Eczeem

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	3
Algemeen.....	3
Overzicht indicatorwaarden zorginhoudelijke indicatoren (ZI).....	4
Overzicht klantpreferentievragen (KP).....	5
Tot slot.....	5
1. Inleiding	7
<i>Doelgroep</i>	7
<i>Proces</i>	7
<i>Leeswijzer</i>	8
<i>Aanvullende informatie op de website</i>	8
Bijsluiter bij het gebruik van de gegevens.....	9
<i>Zeggingskracht</i>	9
<i>Tot slot</i>	9
2. Zorginhoudelijke indicatoren	11
2.1. Indicator 1a – Gestructureerde voorlichting door een verpleegkundige.....	11
2.1.1. <i>Waarden</i>	11
2.1.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	12
2.1.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	12
2.1.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	12
2.2. Indicator 1b – Gestructureerde voorlichting door een verpleegkundige.....	12
2.2.1. <i>Waarden</i>	13
2.2.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	13
2.2.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	14
2.2.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	14
2.3. Indicator 2 – Rechtstreekse toegang tot zorg.....	15
2.3.1. <i>Waarden</i>	15
2.3.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	15
2.3.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	16
2.3.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	16
2.4. Indicator 3a – Ervaring met behandeling met systemische immunosuppressiva	16
2.4.1. <i>Waarden</i>	16
2.4.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	16
2.4.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	17
2.4.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	17
2.5. Indicator 3b – Ervaring met behandeling met systemische immunosuppressiva	17
2.5.1. <i>Waarden</i>	17
2.5.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	18
2.5.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	18
2.5.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	19
3. Klantpreferentievragen	21
3.1. Klantpreferentievraag 1	21

3.2. Klantpreferentievraag 2	22
3.3. Klantpreferentievraag 3	23
3.4. Klantpreferentievraag 4	24
3.5. Klantpreferentievraag 5	28
Bijlage A Toelichting bij de tabellen en figuren	29
1. Signaalvlaggentabel	29
2. Rupsplot	30
3. Reepplot	32
4. Histogram	33
Bijlage B Toelichting op de signaalvlaggensystematiek	35
1. Algemene toelichting	35
2. Signaalvlaggen beschikbaar op indicatorniveau	36
3. Aanvullende informatie.....	37
Bijlage C Verificatievragen	39
Bijlage D Brongebruik.....	41
Bijlage E Schoningsvragen	42

Samenvatting van de resultaten over verslagjaar 2009

Deze rapportage geeft voor de 5 (deel)indicatoren en 5 klantpreferentievragen van de indicatorset Constitutioneel Eczeem 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

Voor deze indicatorset hebben 89 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.

Twee ziekenhuizen hebben op geen enkele indicator gegevens aangeleverd. Voor alle indicatoren en klantpreferentievragen is er voor het merendeel van de locaties gegevens aangeleverd, met uitzondering van zorginhoudelijke indicator 1b en klantpreferentievraag 4b. Op deze indicatoren hebben respectievelijk 73 en 63 locaties aangeleverd. Voor indicator 1b wordt door een aantal ziekenhuislocaties die geen gegevens aanleveren opgemerkt dat er (nog) geen verpleegkundige is die gestructureerde voorlichting geeft. Voor de klantpreferentievragen zijn geen specifieke toelichtingenvelden opgenomen; hierdoor is niet bekend wat de reden van ziekenhuislocaties is om geen gegevens aan te leveren voor klantpreferentievraag 4b.

Aantal locaties dat heeft aangeleverd per zorginhoudelijke indicator					
Indicator	1a	1b	2	3a	3b
Aantal locaties	85	73	85	85	84

Aantal locaties dat heeft aangeleverd per klantpreferentievraag						
KP-vraag	1	2	3	4a	4b	5
Aantal locaties	84	85	85	84	63	84

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) Gestructureerde voorlichting; 2) Rechtstreekse toegang tot zorg; 3) Ervaring met behandeling met systemische immunosuppressiva.

ZI	Percentage ja	Percentage nee	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
	(%)	(%)		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
1a	54	46	groen				oranje
2	66	34	groen				groen
3a	100	0	oranje				groen

ZI	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
	(%)	(%)	(%)	(%)		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
1b	31	13	0	100	groen	oranje	groen	oranje	oranje

ZI	Percentage <10 maal per jaar	Percentage 10-50 maal per jaar	Percentage >50 maal per jaar	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
	(%)	(%)	(%)		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
3b	12	38	50	oranje				oranje

Bij de ja/nee-vragen van zorginhoudelijke indicatoren 1a en 2 (zie bovenste tabel), zit er enige variatie in de antwoorden van de verschillende ziekenhuislocaties: respectievelijk ruim de helft en twee derde van de locaties antwoordt 'ja' bij deze indicatoren. Bij indicator 3a geven alle ziekenhuislocaties 'ja' als antwoord.

De uitkomst op de zorginhoudelijke teller/noemer – vraag van indicator 1b (tweede tabel) laat enige spreiding zien tussen de verschillende ziekenhuislocaties, met waarden over de gehele range. Lage waarden zijn relatief oververtegenwoordigd ten opzichte van hoge waarden, wat te zien is aan de relatief lage gemiddelde en mediane waarde.

Ook bij zorginhoudelijke indicator 3b variëren de antwoorden die de locaties hebben gegeven (onderste tabel).

In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat de indicatoren 1a, 1b en 2 valide indicatoren zijn, dat wil zeggen, deze indicatoren geven de informatie die is beoogd over de kwaliteit van zorg, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**. Dat geldt niet voor de indicatoren 3a en 3b, deze indicatoren hebben een oranje vlag voor validiteit toegekend gekregen, omdat de werkgroep heeft aangegeven dat deze indicatoren slechts deels informatie geven die is beoogd over de kwaliteit van zorg.

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.

De signaalvlag voor de **betrouwbaarheid van het registratieproces** is oranje voor de teller van indicator 1b en groen voor de noemer. Dit wil zeggen dat, alle ziekenhuizen bezien, voor de noemer aan belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren (bijna) volledig wordt voldaan. De oranje signaalvlag voor de teller betekent dat, alle ziekenhuizen bezien, aan deze voorwaarden slechts ten dele wordt voldaan. Dit wordt veroorzaakt door een relatief groot aantal locaties waarvoor de gegevensverzameling van de teller niet op basis van volledige telling heeft plaatsgevonden (zie bijlage C). Op dit punt is dus nog winst te behalen.

Bij indicator 1b is de signaalvlag voor de **statistische betrouwbaarheid** oranje. Een belangrijke reden hiervoor is het beperkte aantal waarnemingen in de noemer. Deze indicatorwaarde leent zich niet goed voor vergelijking met de gemiddelde waarde en op zijn minst vraagt een dergelijke vergelijking om een genuanceerd oordeel.

Met betrekking tot de indicatoren 1a, 1b en 3b heeft de werkgroep aangegeven dat er 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 mede verklaard worden door het aantal behandelde patiënten en de zwaarte van de aandoening van de patiënten. Om deze reden is er door de werkgroep aan deze indicatoren een oranje vlag toegekend voor **populatie vergelijkbaarheid**. De indicatoren 2 en 3a hebben een groene vlag voor populatie vergelijkbaarheid, voor deze indicatoren zijn er op voorhand geen case mix factoren bekend.

De gegevens van de teller en de noemer van indicator 1b zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen. De bronnen die het meest genoemd worden, zijn DBC-registratie, de verrichtingenregistratie en 'andere' bronnen (zie bijlage D).

Overzicht klantpreferentievragen (KP)

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

Het blijkt dat:

- In bijna alle ziekenhuislocaties (99%) artsen zich nascholen op het gebied van constitutioneel eczeem (KP1).
- In het grootste deel van de locaties (88%) patiënten met constitutioneel eczeem altijd door een vaste dermatoloog worden behandeld (KP2).
- Op alle ziekenhuislocaties allergietesten worden gedaan bij patiënten met constitutioneel eczeem, waarvan bij de meeste locaties (78%) dit alleen gedaan wordt als de arts het nodig acht (KP3).
- Op alle locaties de dermatoloog bereikbaar is, veelal via een spreekuur (82%) of telefonisch tijdens kantooruren (73%) (KP4a).
- Indien een dermatologisch verpleegkundige werkzaam is op de locatie, deze in de meeste gevallen bereikbaar is, met name via spreekuur of telefonisch tijdens kantooruren (KP4b).
- In ruim de helft van de locaties (54%) patiënten met constitutioneel eczeem behandeld worden door een vast multidisciplinair team (KP5).

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 en rode signaalvlaggen. 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 betrouwbaar resultaat.

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 Constitutioneel Eczeem. 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:

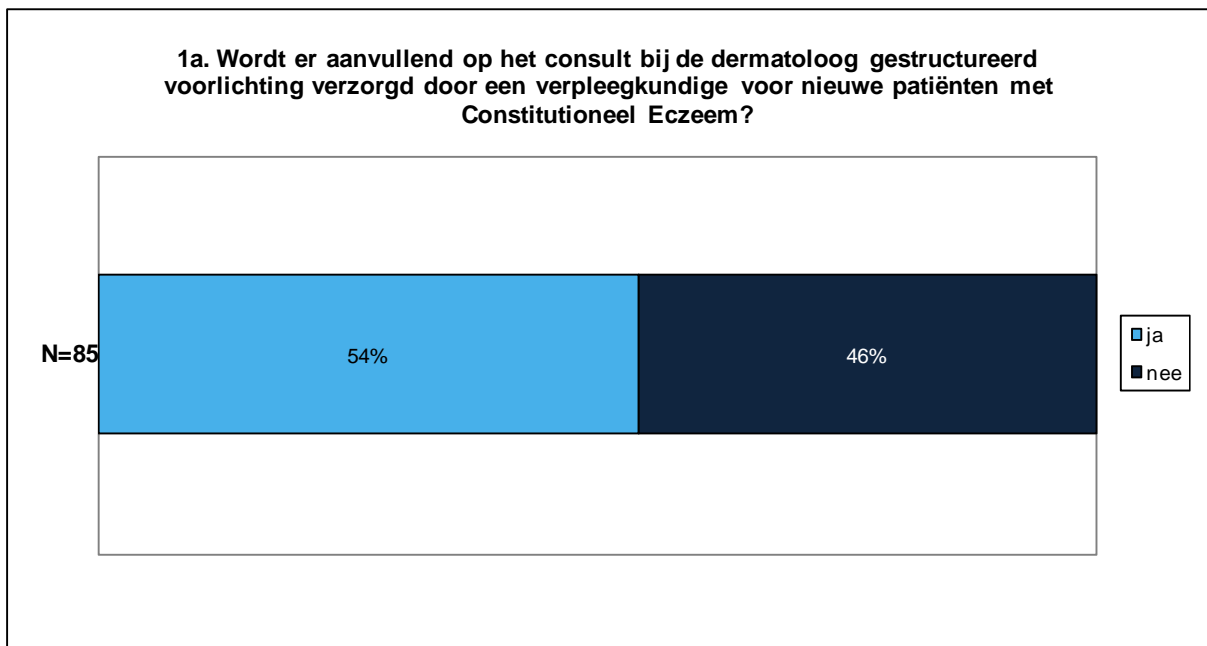
- De waarden van de indicator gepresenteerd in een figuur met daarbij een korte beschrijving.
- De signaalvlaggen die de overall beoordeling van de zeggingskracht van de aangeleverde data van de indicator weergeven. De vlaggen geven inzicht in hoe de validiteit, de registratiebetrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid 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. Indicator 1a – Gestructureerde voorlichting door een verpleegkundige

Operationalisatie: Wordt er aanvullend op het consult bij de dermatoloog gestructureerd voorlichting verzorgd door een verpleegkundige voor nieuwe patiënten met Constitutioneel Eczeem?

2.1.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat in ruim de helft van de ziekenhuislocaties (54%) aanvullend op het consult bij de dermatoloog gestructureerd voorlichting wordt verzorgd door een verpleegkundige aan nieuwe patiënten met constitutioneel eczeem.

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 1a					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen				oranje

Zie voor de totstandkoming van en de toelichting op de signaalvlaggen bijlage B.

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 1a – ‘Gestructureerde voorlichting door een verpleegkundige’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie die is beoogd over de kwaliteit van zorg, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.
- De oranje vlag voor **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er mogelijk factoren zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator (zoals het aantal patiënten dat wordt behandeld en de zwaarte van de aandoening van de patiënten). Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar deels door verklaard worden.

2.1.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Voor de uitvraag in 2011 over verslagjaar 2010 heeft de indicatorwerkgroep besloten om indicator 1a als volgt te formuleren: ‘Is er een verpleegkundige aanwezig met de vervolgopleiding dermatologie die zelfstandig gestructureerde voorlichting geeft en patiënten met CE begeleidt? Ja/nee’

2.1.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De werkgroep ziet geen bezwaar tegen openbaarheid van deze indicator, maar merkt op dat het aantal patiënten dat wordt behandeld en de zwaarte van de aandoening van de patiënten van invloed kunnen zijn op de aanwezigheid van een dermatologie-verpleegkundige. Dit resulteert in een oranje vlag voor populatievergelijkbaarheid. Daarnaast merkt een aantal werkgroepleden op dat er hoger op deze indicator wordt gescoord dan verwacht.

2.2. Indicator 1b – Gestructureerde voorlichting door een verpleegkundige

Operationalisatie: Percentage nieuwe patiënten met constitutioneel eczeem dat gebruik heeft gemaakt van de gestructureerde voorlichting door de verpleegkundige.

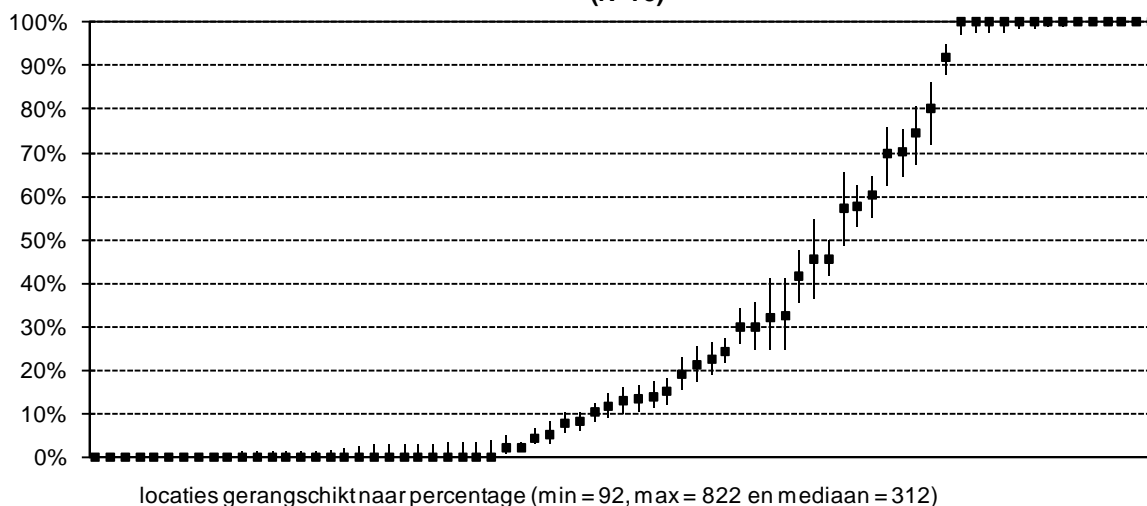
Teller: Aantal nieuwe patiënten met constitutioneel eczeem dat deelgenomen heeft aan de gestructureerde voorlichting.

Noemer: Aantal nieuwe patiënten met constitutioneel eczeem.

2.2.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.

1b. Gestructureerde voorlichting door een verpleegkundige aan alle patiënten met Constitutioneel Eczeem, aanvullend op de gebruikelijke behandeling (N=73)



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorwaarden in redelijke mate variëren, met waarden over de gehele range.
- Bij 19% (14/73) van de locaties alle nieuwe patiënten met constitutioneel eczeem gebruik heeft gemaakt van de gestructureerde voorlichting door de verpleegkundige (score van 100%). Bij 38% (28/73) van de locaties is dit voor geen enkele nieuwe patiënt met constitutioneel eczeem het geval (score van 0%).
- Het totaal aantal nieuwe patiënten met constitutioneel eczeem is 24.936 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten per locatie in de noemer ligt ver uit elkaar. Het totaal aantal nieuwe patiënten met constitutioneel eczeem dat heeft deelgenomen aan de gestructureerde voorlichting is 7.674 (som van alle tellers).
- Het gemiddelde percentage over alle locaties is 31%.

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 1b					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	oranje	groen	oranje	oranje
Rood		7%	0%	0%	
Oranje		27%	5%	32%	
Groen		66%	95%	68%	

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 1b – ‘Gestructureerde voorlichting door een verpleegkundige’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de

informatie die is beoogd over de kwaliteit van zorg, 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 66% voor de teller en 95% 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). De gegevens van de noemer zijn bij 97% van de locaties gebaseerd op een volledige telling; van alle locaties antwoordt slechts 70% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld (zie bijlage C). Alle locaties hebben de gegevens van deze indicator (zowel teller als noemer) laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistische betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een oranje signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen 5 en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistische 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 slechts voor 68% 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 mogelijk factoren zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator (zoals het aantal patiënten dat wordt behandeld en de zwaarte van de aandoening van de patiënten). Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar deels door verklaard worden.
- 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, verrichtingenregistratie en 'anders'. Een deel van de locaties die als bron 'anders' hebben opgegeven, geven ofwel aan dat de indicatorwaarden protocollair bepaald zijn, ofwel deze locaties hebben een andere definitie van de indicator gehanteerd: bijvoorbeeld de dermatoloog doet de voorlichting in plaats van de verpleegkundige.

2.2.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

De registratie van voorlichting door de verpleegkundige ontbreekt vaak en daarom is deze indicator soms niet te achterhalen door ziekenhuizen. De indicator wordt scherper geformuleerd: 'Percentage patiënten met Constitutioneel Eczeem dat gestructureerde voorlichting heeft gehad in een consult met de verpleegkundige'.

Verschillende ziekenhuizen geven aan moeite te hebben met het selecteren van nieuwe patiënten met constitutioneel eczeem, omdat indien een patiënt is uitbehandeld en deze later in het jaar terugkomt, er een nieuwe DBC met zorgtype 11 wordt geopend. Dit kan leiden tot dubbelregistratie en kan de betrouwbaarheid van de data beïnvloeden. In de indicatorenengids wordt voortaan bij de populatiebepaling aangegeven dat de patiënten geselecteerd worden op basis van uniek patiëntnummer, om dubbelregistratie te voorkomen.

2.2.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

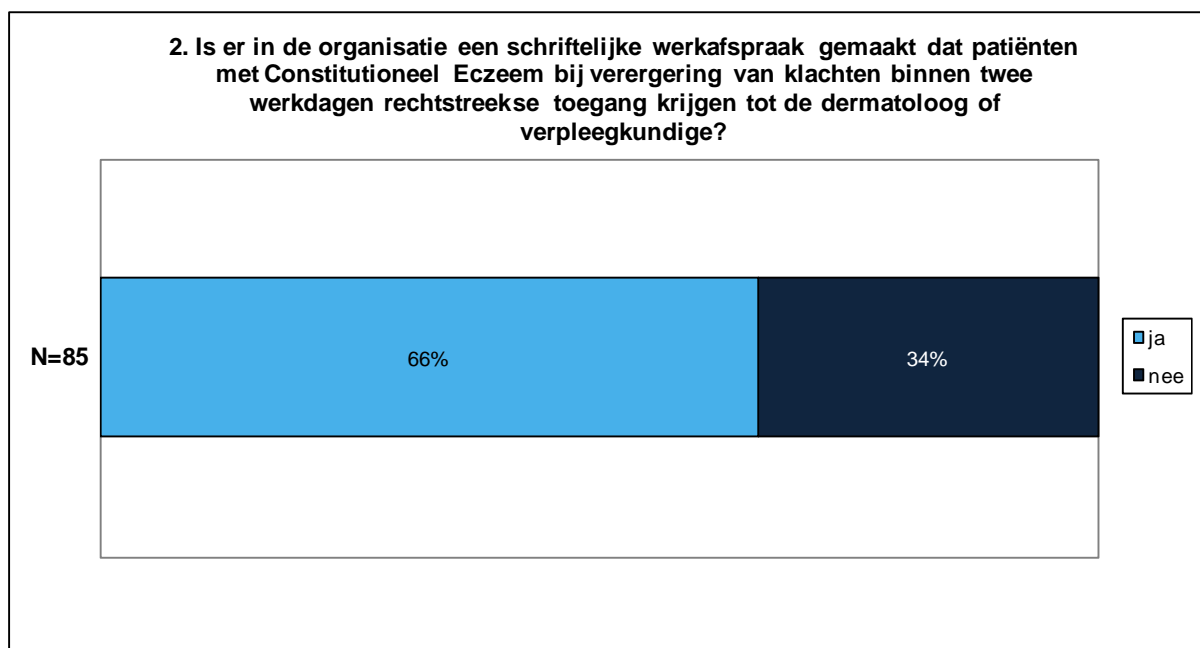
De werkgroep ziet geen bezwaar tegen openbaarheid van deze indicator, maar merkt op dat het aantal patiënten dat wordt behandeld en de zwaarte van de aandoening van de patiënten van invloed kunnen zijn op de data. Dit resulteert in een oranje vlag voor de populatievergelijkbaarheid.

2.3. Indicator 2 – Rechtstreekse toegang tot zorg

Operationalisatie: Is er in de organisatie een schriftelijke werkafspraken gemaakt dat patiënten met constitutioneel eczeem bij verergering van klachten binnen twee werkdagen rechtstreekse toegang krijgen tot de dermatoloog of verpleegkundige?

2.3.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat in tweederde (66%) van de ziekenhuislocaties een schriftelijke werkafspraken is gemaakt dat patiënten met constitutioneel eczeem bij verergering van klachten binnen twee werkdagen rechtstreekse toegang krijgen tot de dermatoloog of verpleegkundige.

2.3.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.3. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 2					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen				groen

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 2 – ‘Rechtstreekse toegang tot zorg’ een valide indicator is, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie die is beoogd over de kwaliteit van zorg, wat terug te zien is in de groene vlag voor **validiteit**.

De groene vlag voor **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.

2.3.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen voor deze indicator.

2.3.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

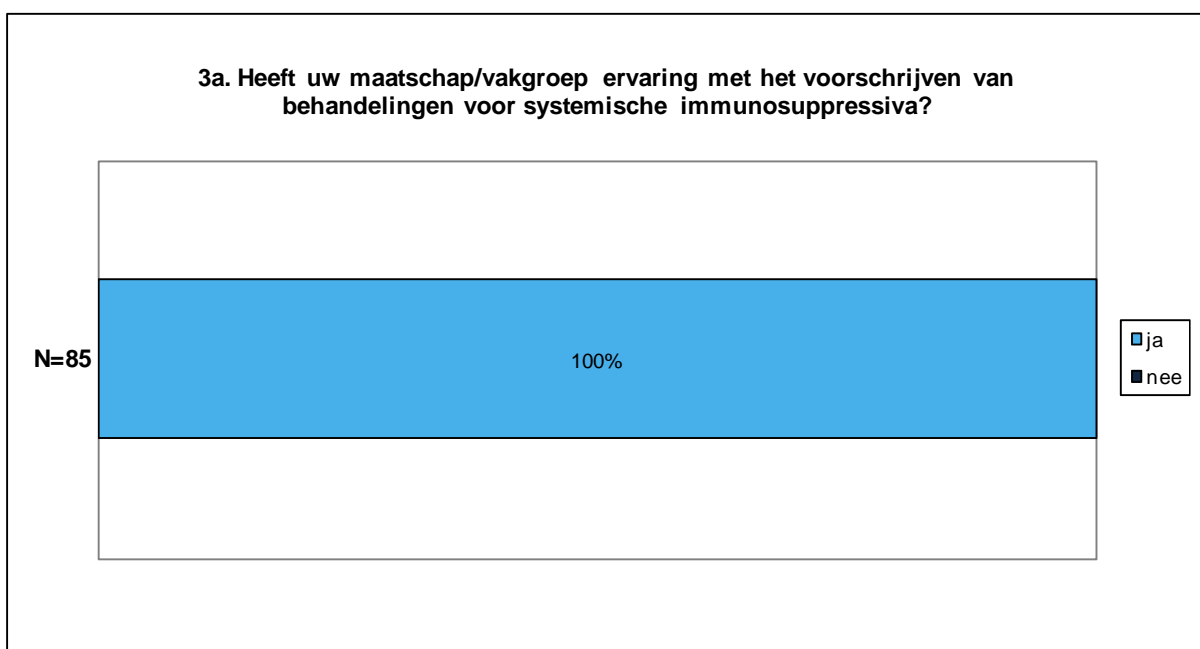
De werkgroep ziet geen bezwaar tegen openbaarheid van deze indicator, maar merkt op dat er hoger op deze indicator wordt gescoord dan verwacht.

2.4. Indicator 3a – Ervaring met behandeling met systemische immunosuppressiva

Operationalisatie: Heeft uw maatschap/vakgroep ervaring met het voorschrijven van behandelingen voor systemische immunosuppressiva?

2.4.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat in alle ziekenhuislocaties de maatschap/vakgroep ervaring heeft met het voorschrijven van behandelingen voor systemische immunosuppressiva.

2.4.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.4. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 3a					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	oranje				groen

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 3a – ‘Ervaring met behandeling met systemische immunosuppressiva’ 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**. De reden die de werkgroep hiervoor aangeeft, is dat in de indicator niet gespecificeerd staat wat wordt bedoeld met ‘ervaring’, waardoor de indicator gevoelig is voor verschil in interpretatie.
- De groene vlag voor **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.

2.4.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er wordt door ziekenhuizen aangegeven dat onduidelijk is wat bedoeld wordt met 3a: ‘ervaring met het voorschrijven van systemische immunosuppressiva’. De indicator is door de indicatorwerkgroep verwijderd, omdat deze niet discriminerend is en ruimte geeft voor interpretatie.

2.4.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

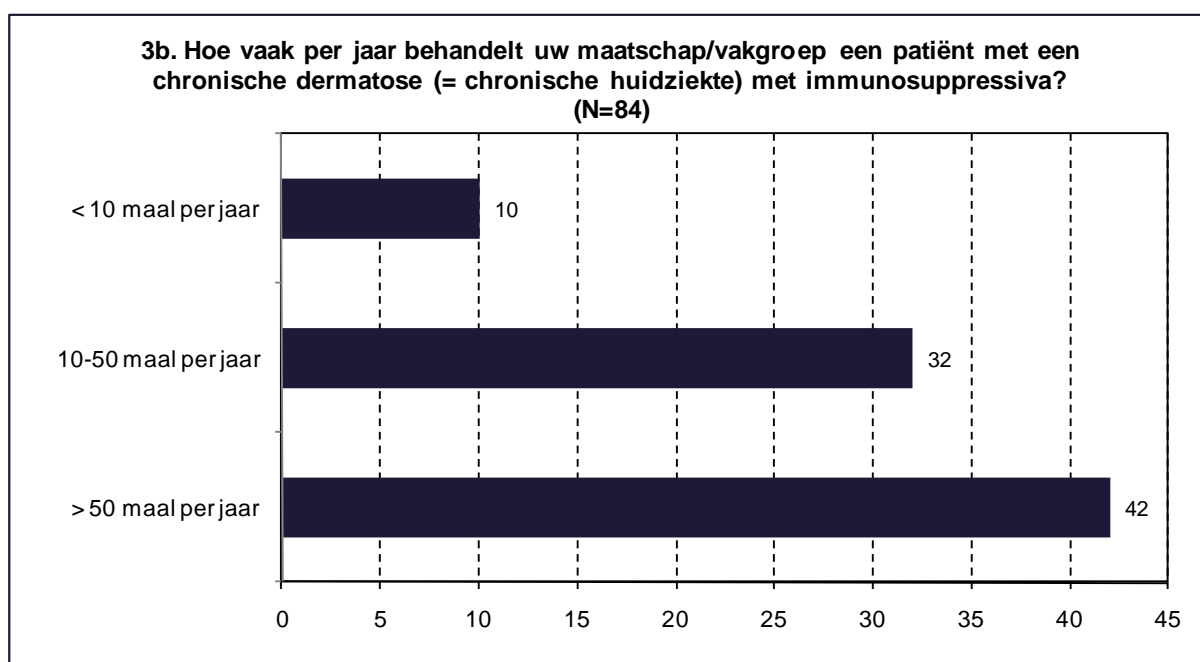
De werkgroep ziet geen bezwaar tegen openbaarheid van deze indicator, maar merkt op dat de formulering van deze indicator niet specifiek genoeg is, wat mogelijk leidt tot verschillen in interpretatie van de indicator. Dit resulteert in een oranje signaalvlag voor validiteit. Bovendien discrimineert de indicator niet tussen de ziekenhuislocaties. De werkgroep heeft besloten om de indicator over het verslagjaar 2010 niet meer uit te vragen.

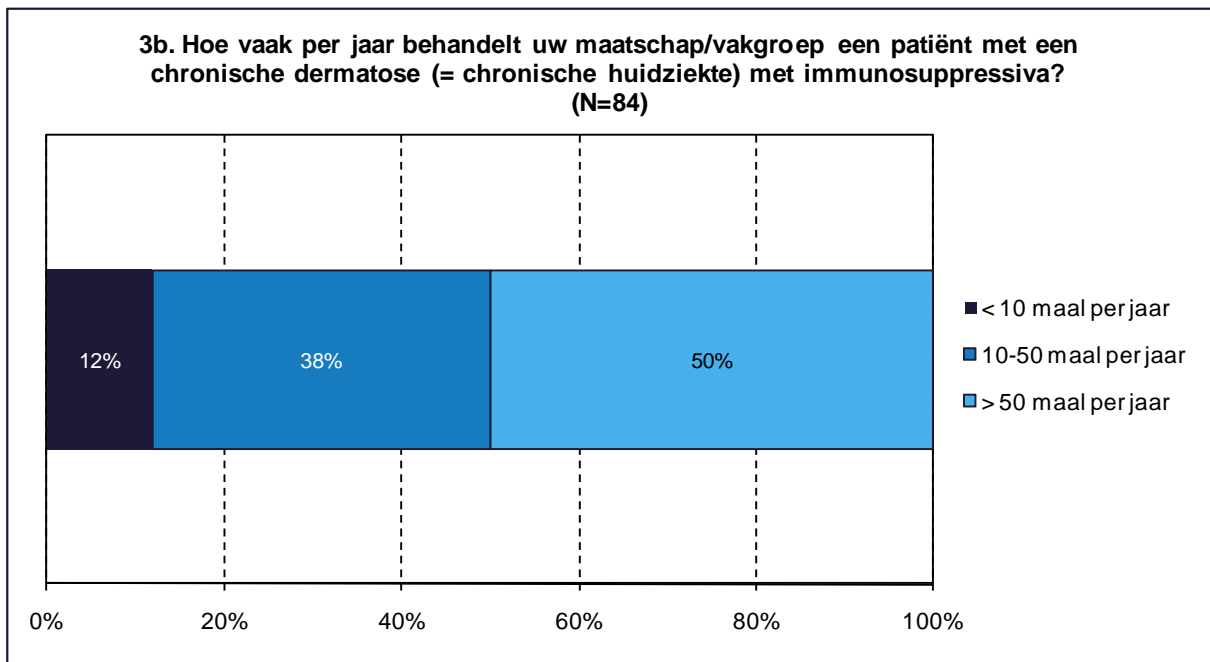
2.5. Indicator 3b – Ervaring met behandeling met systemische immunosuppressiva

Operationalisatie: Hoe vaak per jaar behandelt uw maatschap/vakgroep een patiënt met een chronische dermatose (= chronische huidziekte) met immunosuppressiva?

2.5.1. Waarden

In onderstaande figuren worden de scores op deze indicator weergegeven.





Bovenstaande figuren laten zien dat in de helft van de ziekenhuislocaties (42/84) meer dan 50 maal per jaar een patiënt met chronische dermatose door de maatschap/vakgroep wordt behandeld met immunosuppressiva. In 12% van de ziekenhuislocaties vindt deze behandeling minder dan 10 maal per jaar plaats.

2.5.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.5. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 3b					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	oranje				oranje

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 3b – ‘Ervaring met de behandeling van systemische immunosuppressiva’ 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**. De reden die de werkgroep hiervoor geeft is dat, hoewel ervaring met voorschrijven goed is, het vaker voorschrijven van immunosuppressiva niet per definitie betekent dat er betere zorg wordt geleverd. Immunosuppressiva zouden alleen op juiste indicatie voorgeschreven moeten worden.
- De oranje vlag voor **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er mogelijk factoren zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator (zoals de zwaarte van de aandoeningen van patiënten en het aantal patiënten dat wordt behandeld). Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar deels door verklaard worden.

2.5.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over deze indicator.

2.5.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De werkgroep ziet geen bezwaar tegen openbaarheid van deze indicator, maar plaatst de kanttekening dat deze indicator niet in relatie staat tot kwaliteit: het vaker voorschrijven van immunosuppressiva, betekent niet per definitie dat er betere zorg geleverd wordt. Dit resulteert in een oranje signaalvlag voor validiteit. Daarnaast gaf de werkgroep aan dat het aantal patiënten dat behandeld wordt en de zwaarte van de aandoening van de patiënten van invloed zijn op hoe vaak immunosuppressiva voorgeschreven worden. Hierdoor is ook de signaalvlag voor populatievergelijkbaarheid oranje.

3. Klantpreferentievragen

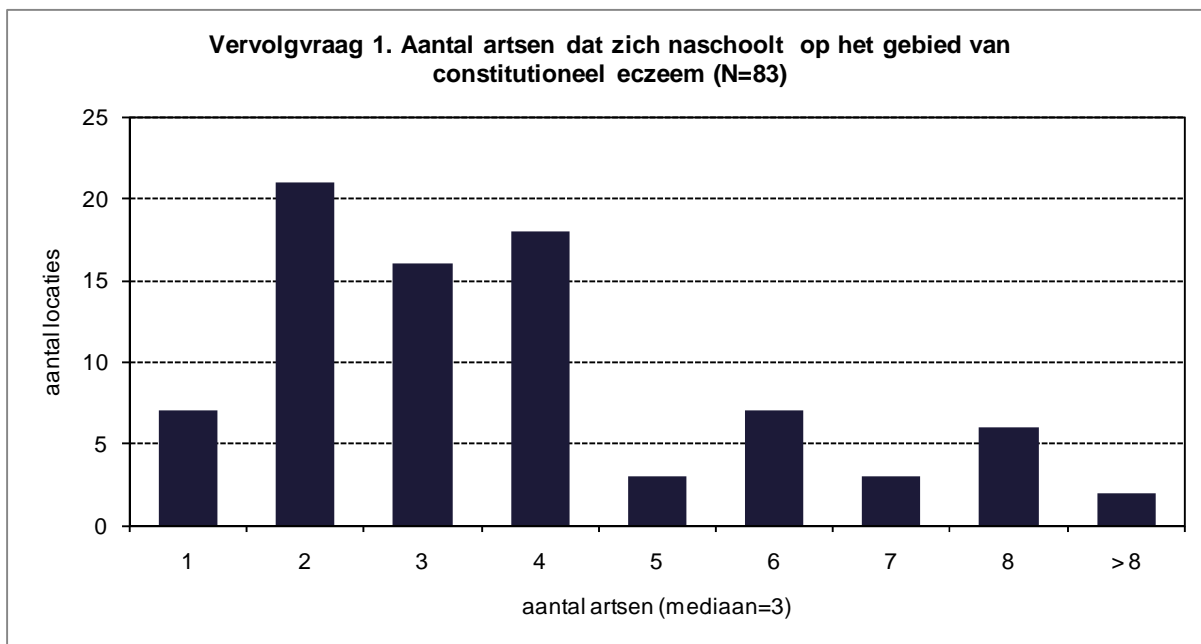
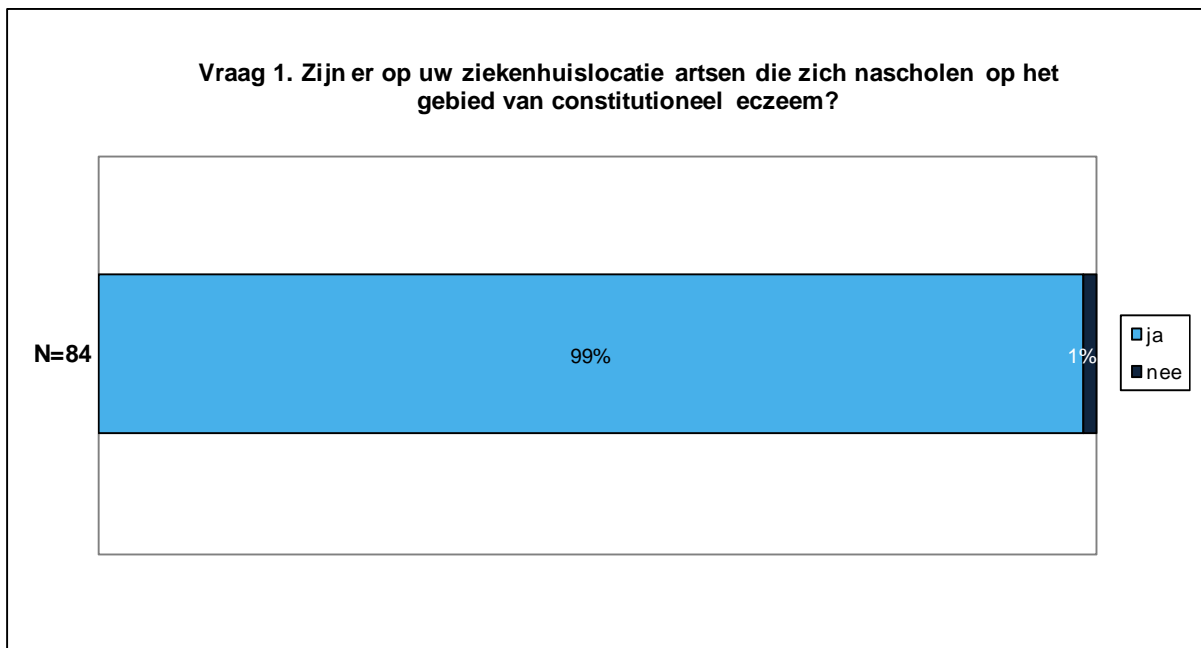
3.1. Klantpreferentievraag 1

Operationalisatie:

Zijn er op uw ziekenhuislocatie artsen die zich nascholen op het gebied van constitutioneel eczeem?

Vervolgvraag: Zo ja, wat is het aantal artsen dat zich naschoolt op het gebied van constitutioneel eczeem?

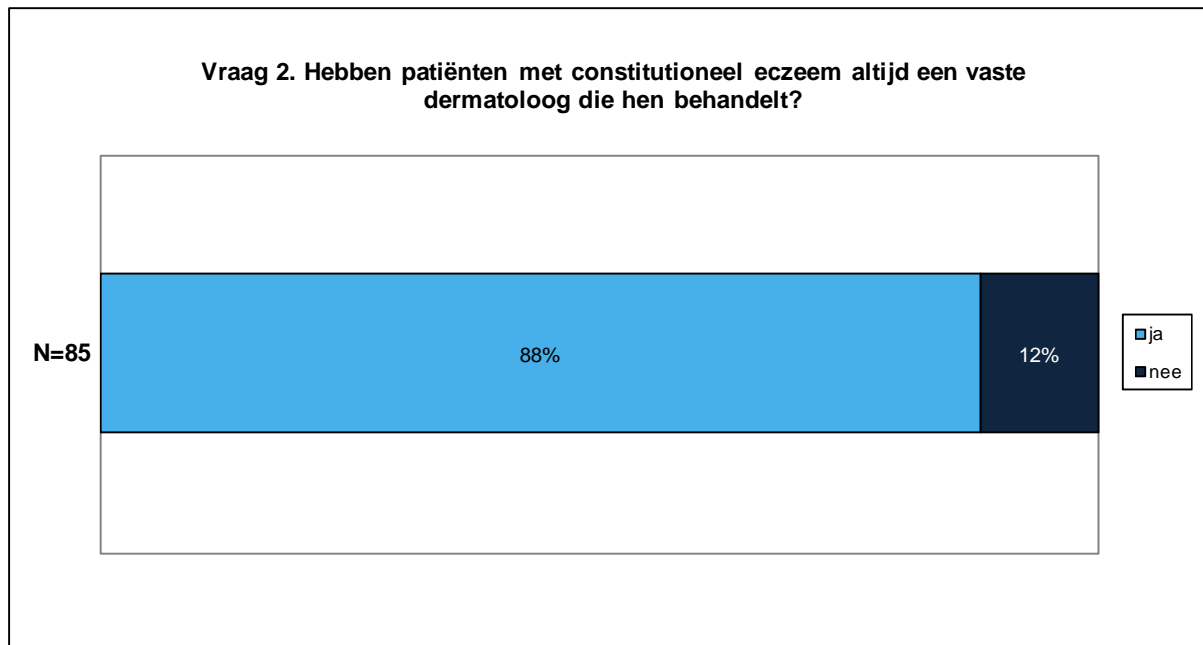
Onderstaande figuren laten zien dat met uitzondering van 1 locatie er op alle locaties artsen zijn die zich nascholen op het gebied van constitutioneel eczeem. In 75% van de ziekenhuislocaties nemen 1 tot 4 artsen deel aan nascholing, het mediane aantal artsen is 3.



3.2. Klantpreferentievraag 2

Operationalisatie: Hebben patiënten met constitutioneel eczeem altijd een vaste* dermatoloog die hen behandelt?

Onderstaande figuur laat zien dat in het grootste deel van de ziekenhuislocaties (88%) de patiënten altijd een vaste dermatoloog hebben die hen behandelt.

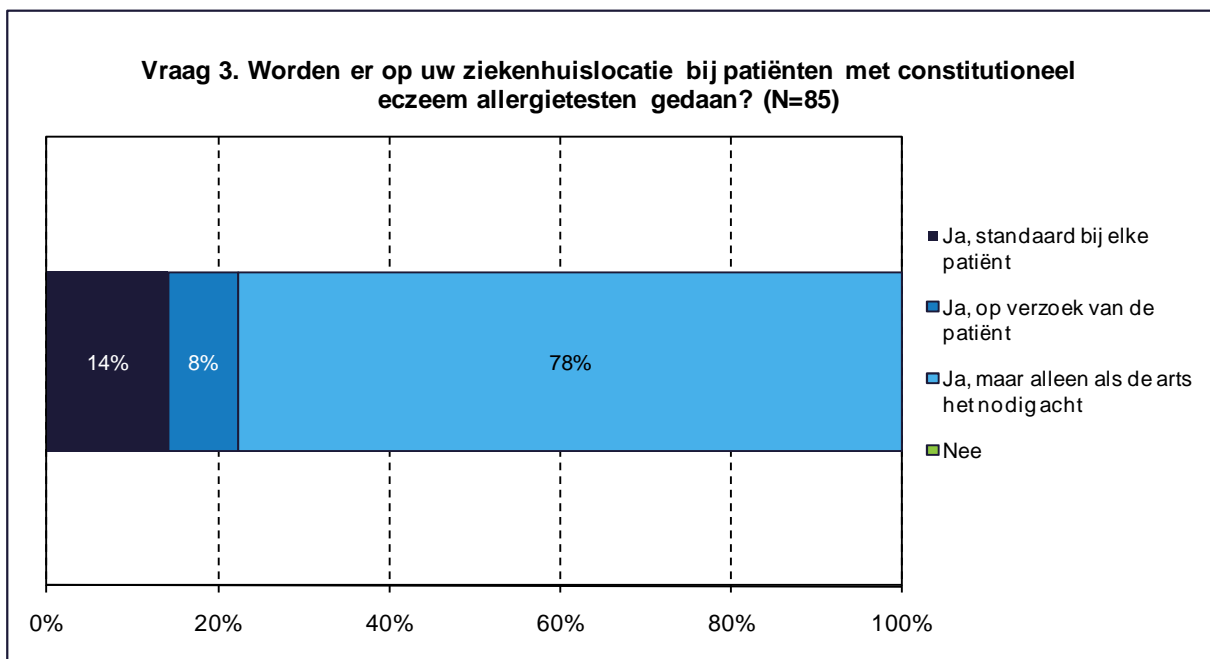
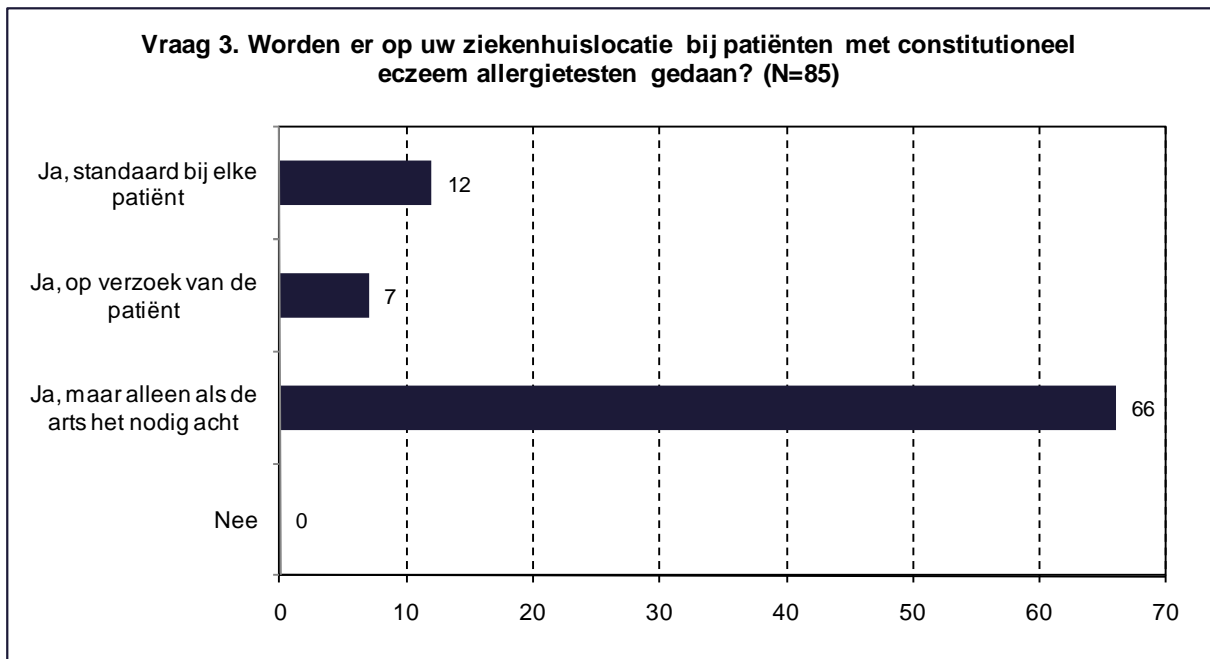


3.3. Klantpreferentievraag 3

Operationalisatie: Worden er op uw ziekenlocatie bij patiënten met constitutioneel eczeem allergietesten* gedaan?

Onderstaande figuren laten zien dat op alle ziekenhuislocaties allergietesten worden gedaan bij patiënten met constitutioneel eczeem. In de meeste gevallen (78% - 66 van de 85 locaties) wordt dit alleen gedaan als de arts dat nodig acht.

De werkgroep merkt op dat constitutioneel eczeem in het algemeen niet wordt veroorzaakt door een allergie; dit wordt wel door de vraag gesuggereerd.



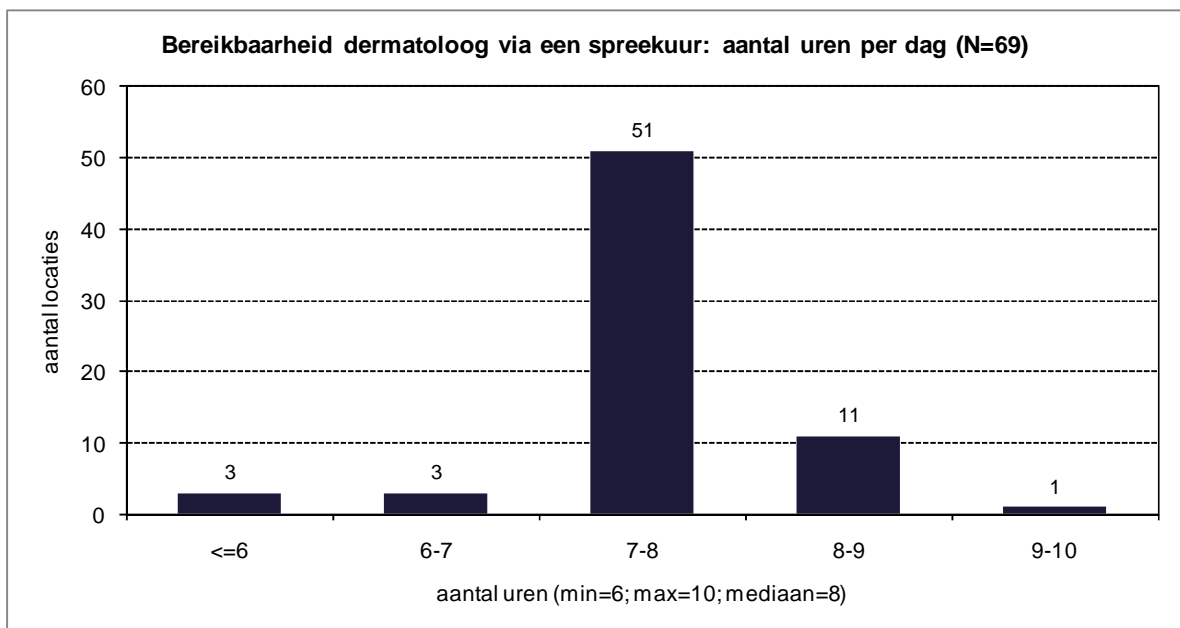
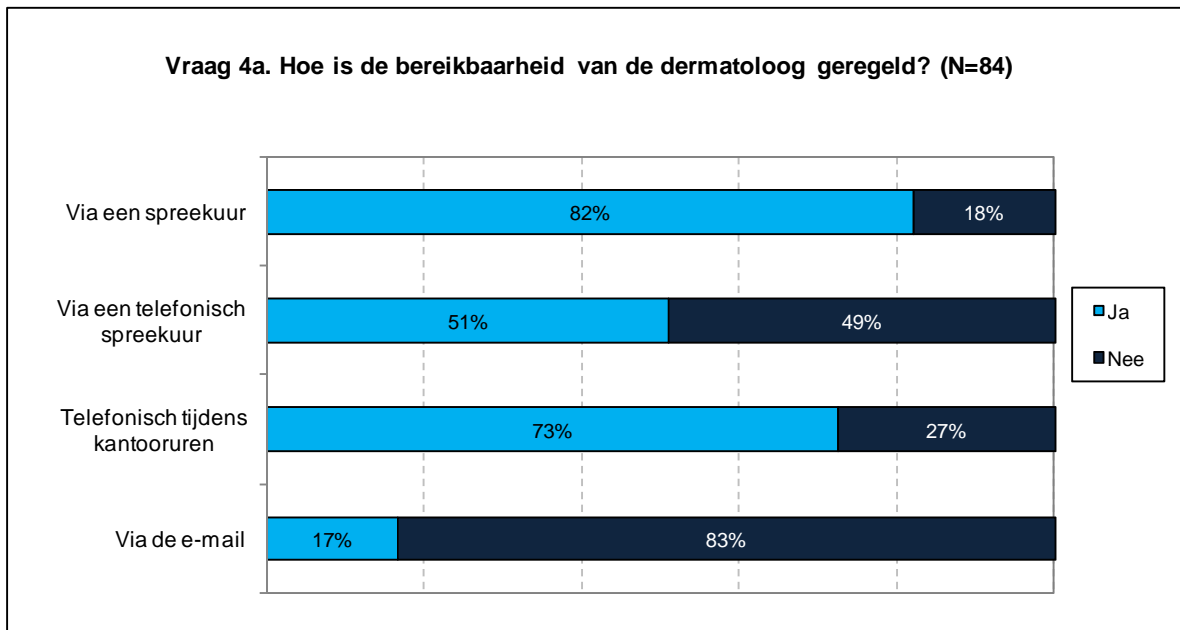
3.4. Klantpreferentievraag 4

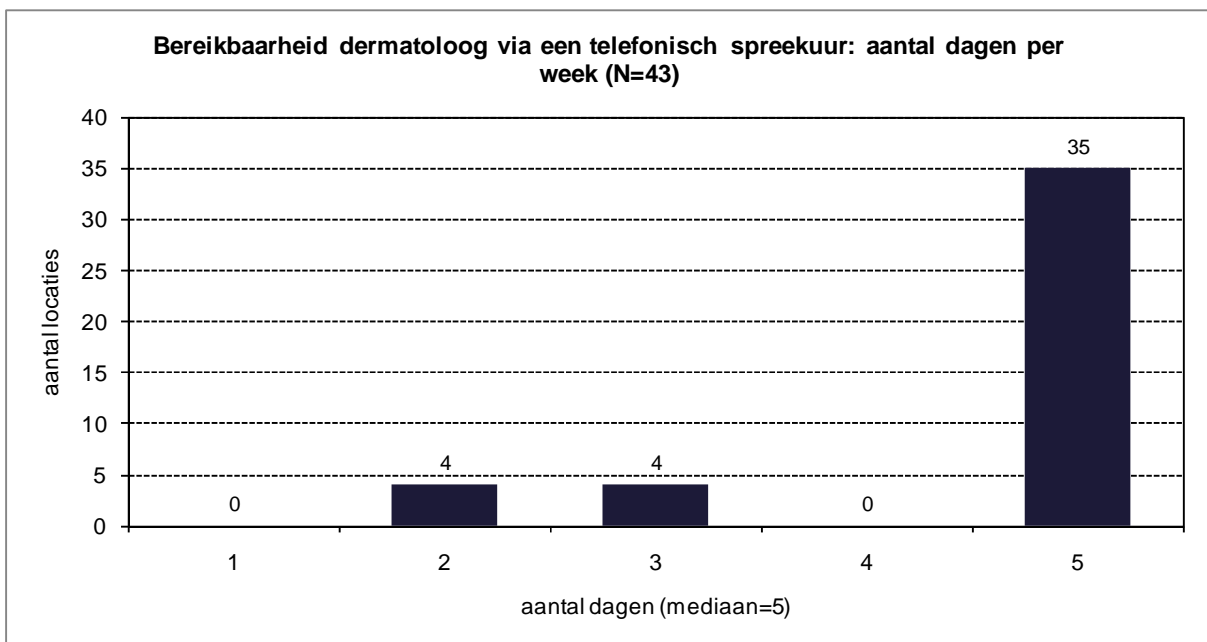
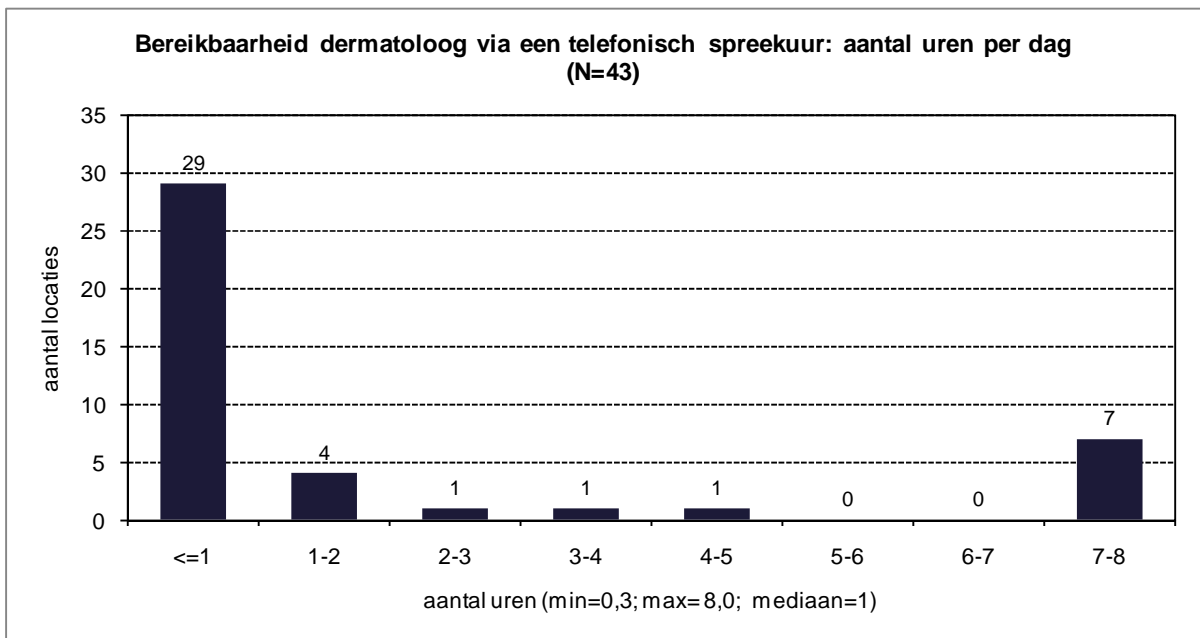
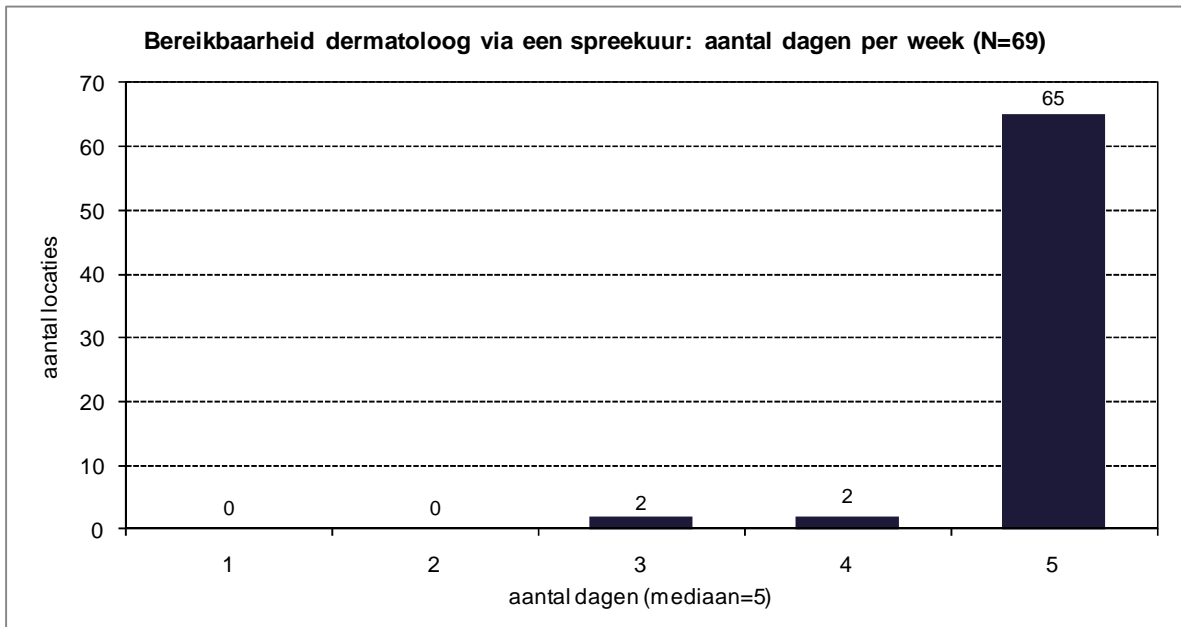
Operationalisatie:

A. Hoe is de bereikbaarheid van de dermatoloog geregeld?

B. Hoe is de bereikbaarheid van de dermatologische verpleegkundige geregeld?

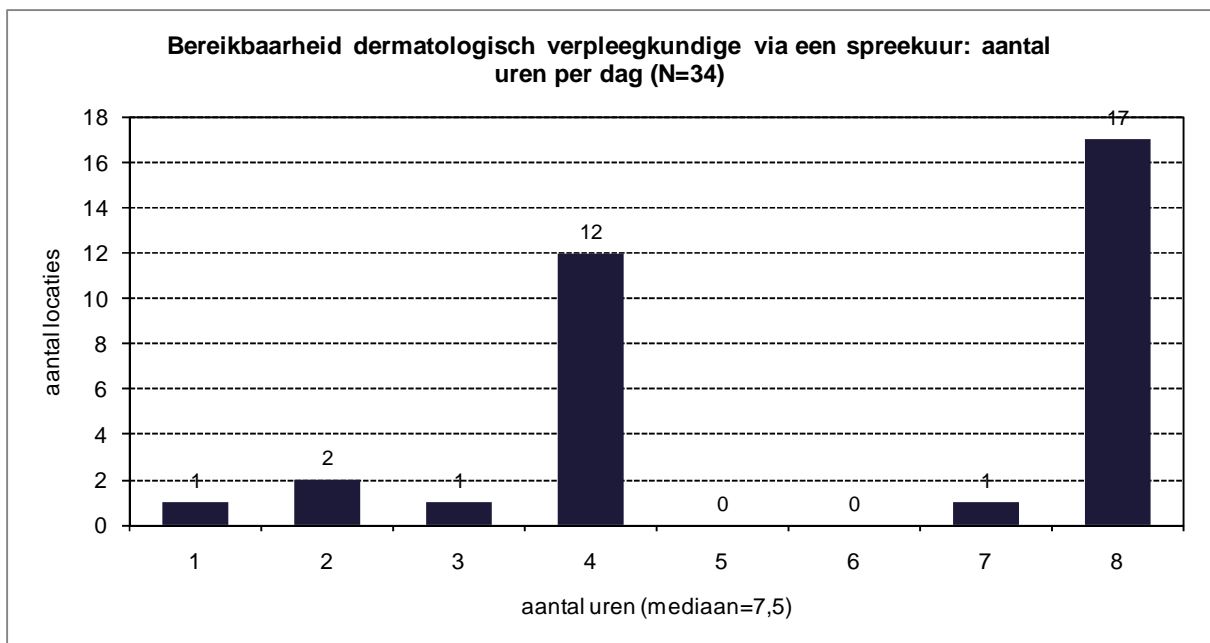
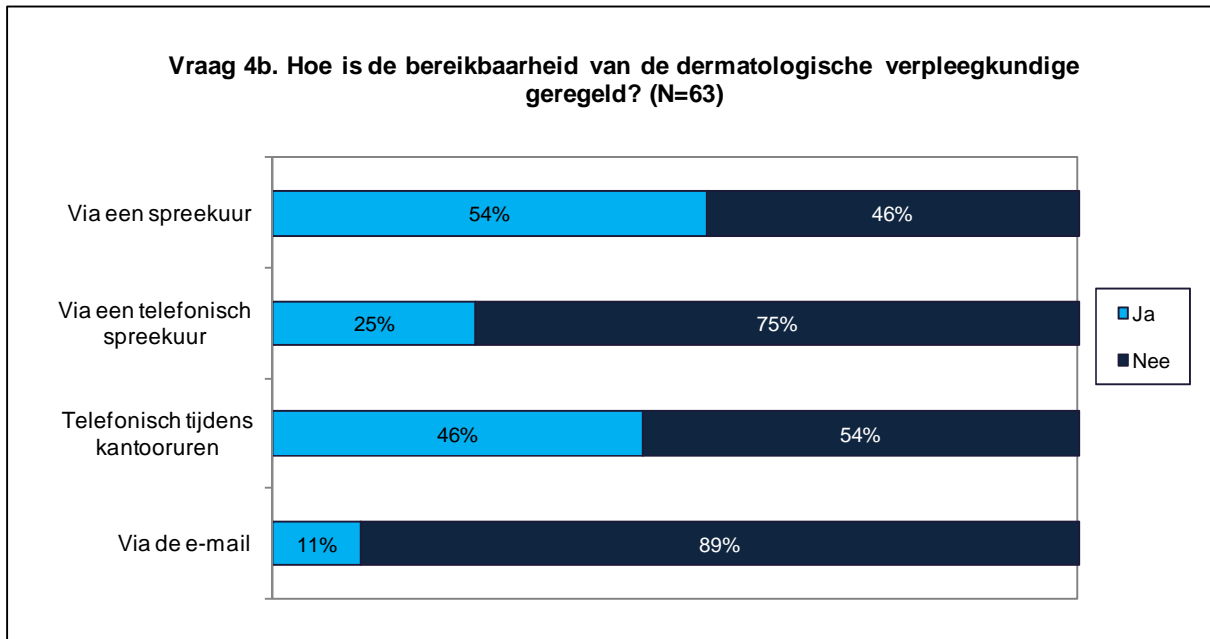
Onderstaande figuren laten zien dat in de meeste ziekenhuislocaties de dermatoloog via een spreekuur (82%) of telefonisch tijdens kantooruren (73%) bereikbaar is. In alle locaties die deze vraag beantwoord hebben, is de dermatoloog minimaal via één route bereikbaar, in het grootste deel van de locaties (68%) kan via meerdere wegen contact worden opgenomen met de dermatoloog. Indien de bereikbaarheid van de dermatoloog geregeld is via een spreekuur, dan kan dat bij het overgrote deel van de locaties (94%) 5 dagen per week, 6 uur of meer per dag. Van de locaties die aangegeven hebben dat de dermatoloog telefonisch tijdens kantooruren bereikbaar is, geldt dat voor 80% van de locaties voor 5 dagen per week, in de meeste gevallen voor enkele uren per dag (0,5 - 2).

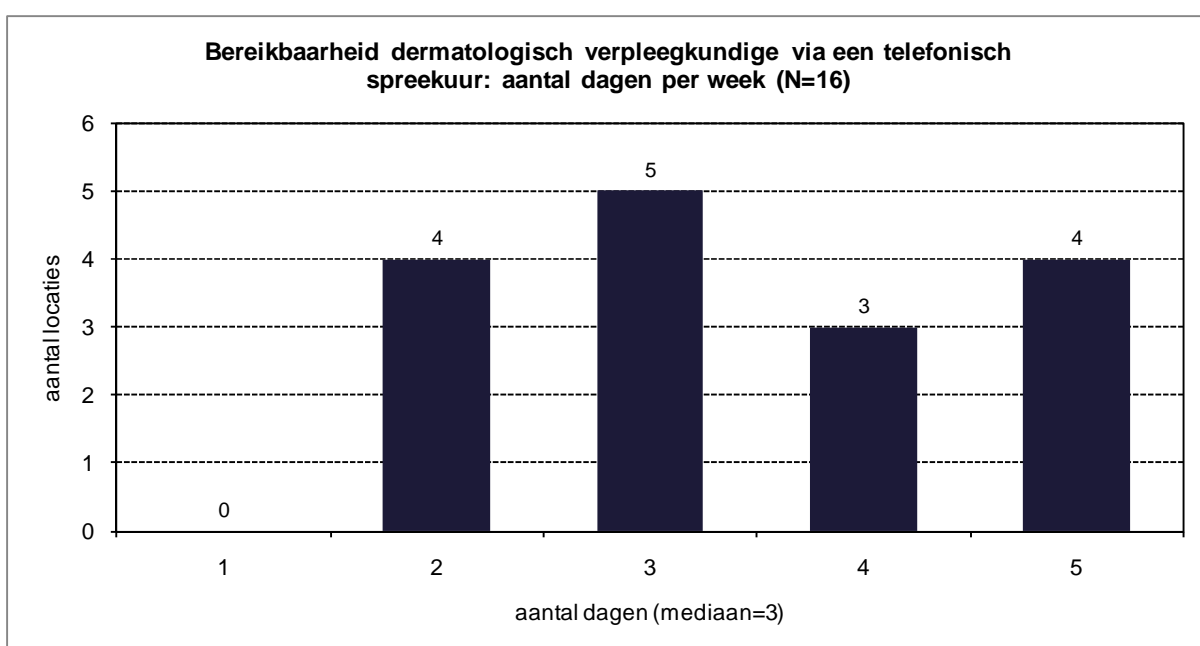
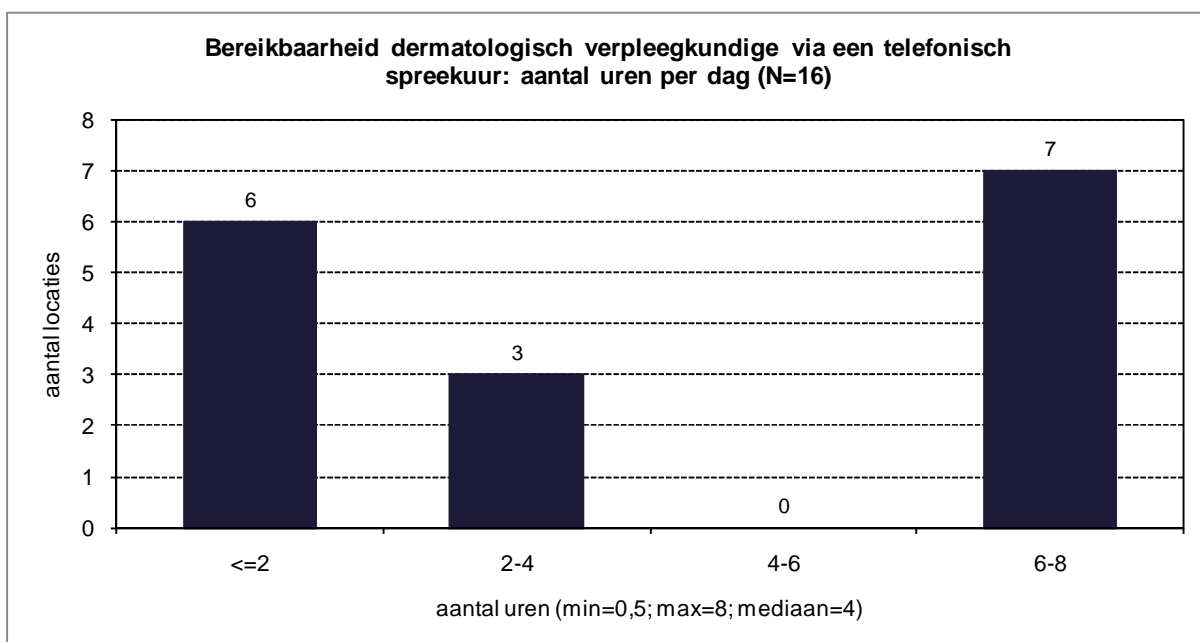
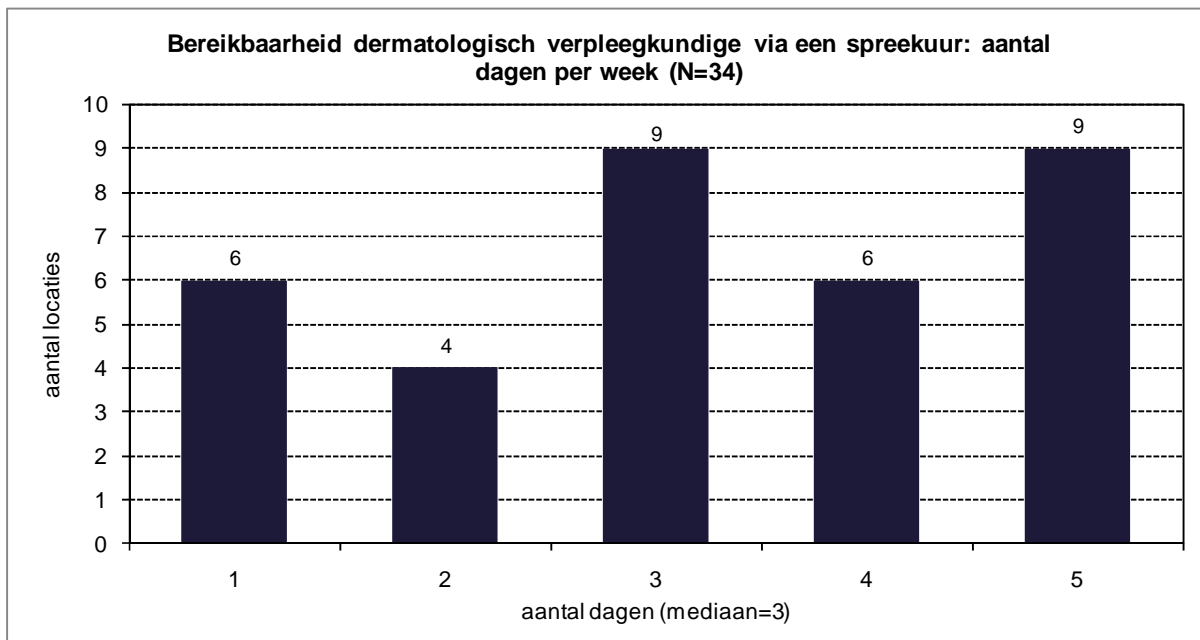




Bij 71% van de locaties die de klantpreferentievraag 4b hebben ingevuld, is de dermatologisch verpleegkundige via minimaal één van de communicatiemogelijkheden bereikbaar. In ruim de helft van de locaties is de dermatologisch verpleegkundige bereikbaar via een spreekuur (54%) en in iets minder dan de helft van de locaties is de bereikbaarheid geregeld telefonisch tijdens kantooruren (46%). Het grootste deel van de locaties dat geen van de vier mogelijkheden heeft aangevinkt, geeft in de toelichting aan dat de vraag niet op hen van toepassing is, omdat er geen dermatologisch verpleegkundige werkzaam is op de locatie.

Het aantal dagen per week en het aantal uren per dag dat de dermatologisch verpleegkundige bereikbaar is via een spreekuur of telefonisch tijdens kantooruren, varieert tussen de locaties.





3.5. Klantpreferentievraag 5

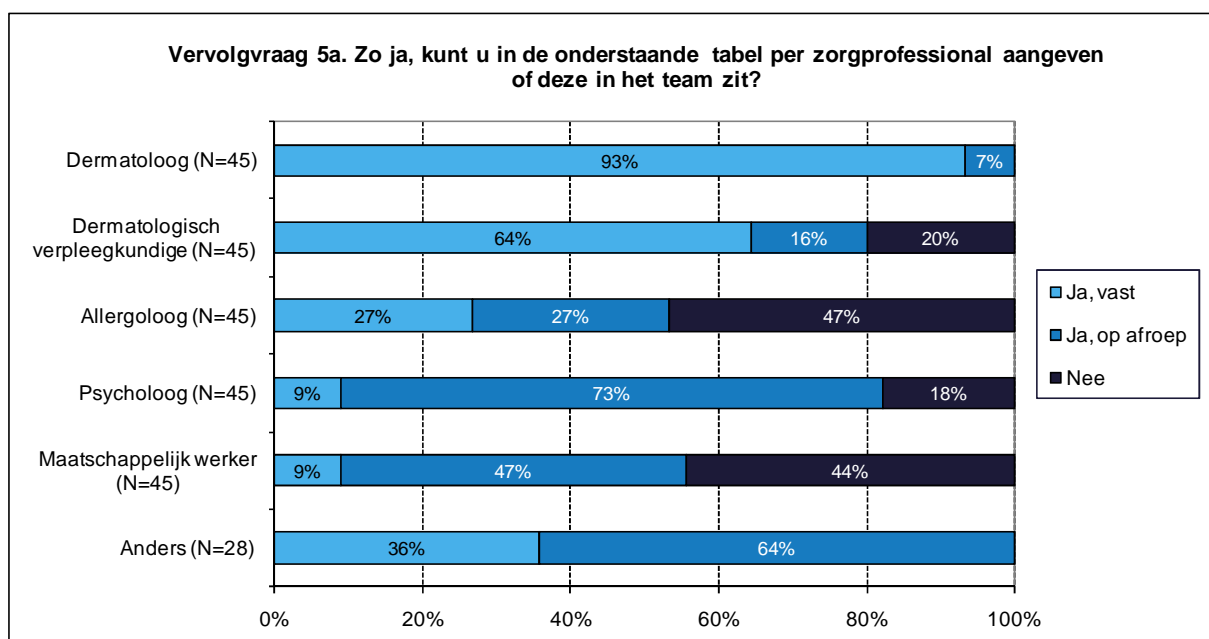
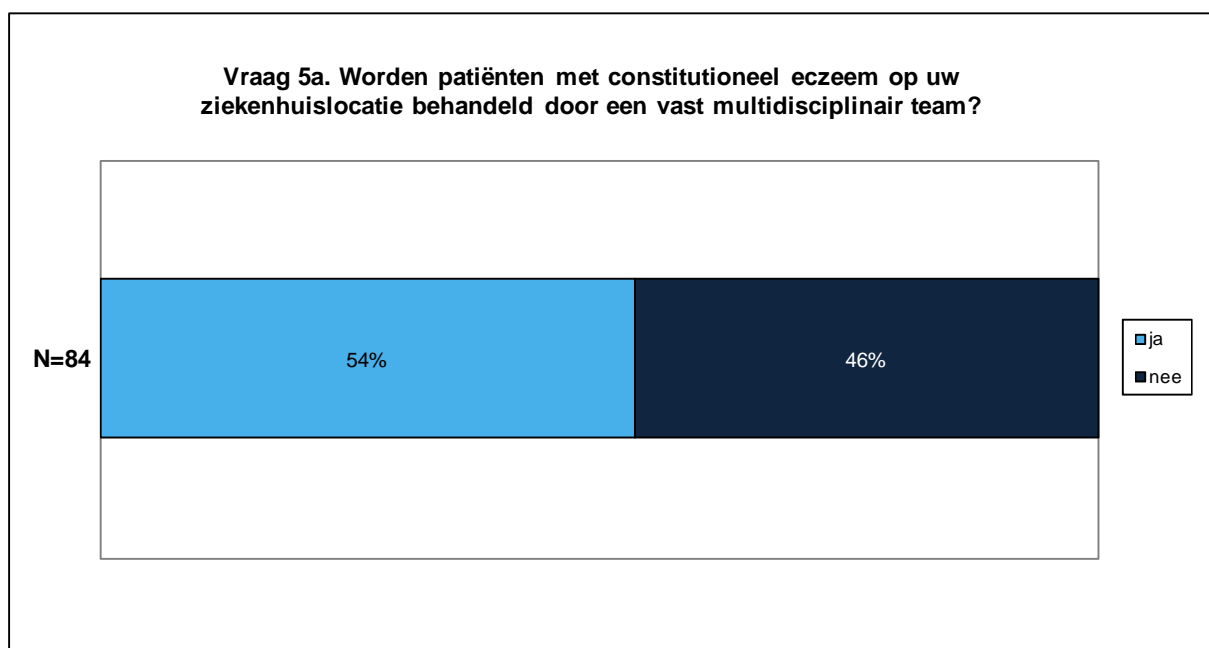
Operationalisatie:

Worden patiënten met constitutioneel eczeem op uw ziekenhuislocatie behandeld door een vast multidisciplinair team?

Vervolg vraag 5-1: Zo ja, kunt u in de onderstaande tabel per zorgprofessional aangeven of deze in het team zit?

Vervolg vraag 5-2: Zo nee, kunt u hieronder toelichten hoe de samenwerking tussen verschillende disciplines geregeld is? (niet weergegeven in de kwantitatieve rapportage)

Onderstaande figuren laten zien dat in ruim de helft van de ziekenhuislocaties patiënten met constitutioneel eczeem worden behandeld door een vast multidisciplinair team (54%). In alle ziekenhuislocaties die behandeling in een multidisciplinair team doen, heeft in ieder geval een dermatoloog zitting in het team (vast of op afroep). En in de meeste gevallen bevat het team ook een dermatologisch verpleegkundige en/of psycholoog (veelal op afroep).



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	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	oranje	oranje	oranje	groen	groen
Rood		16%	8%	1%	
Oranje		34%	25%	3%	
Groen		50%	67%	99%	

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.

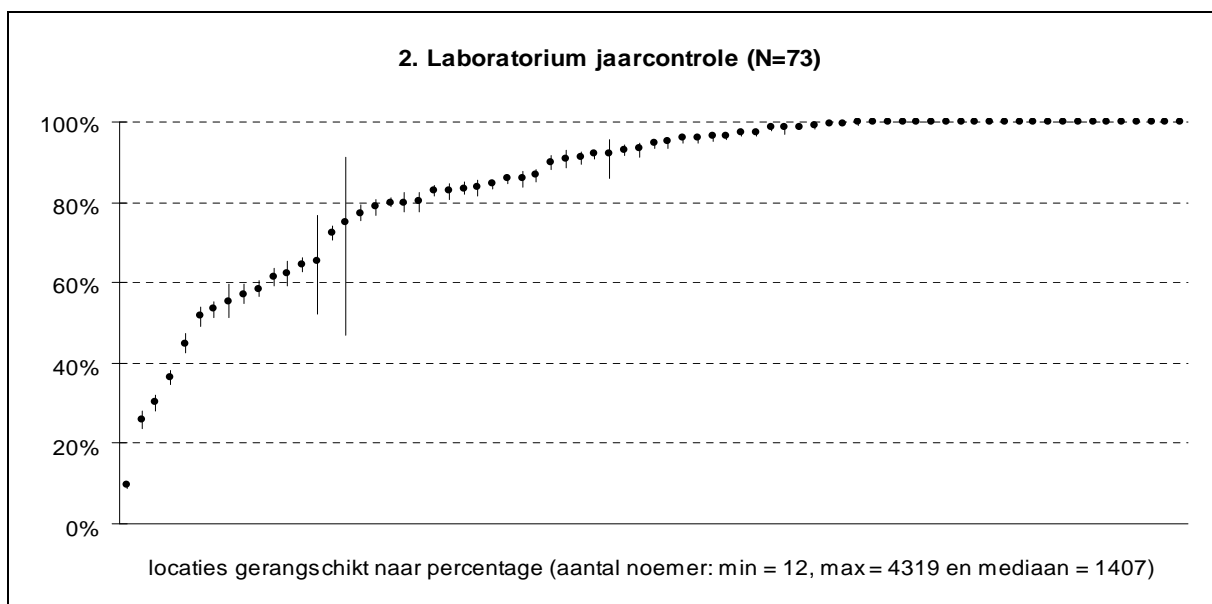
Kwalitatieve zorginhoudelijke indicatoren

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.

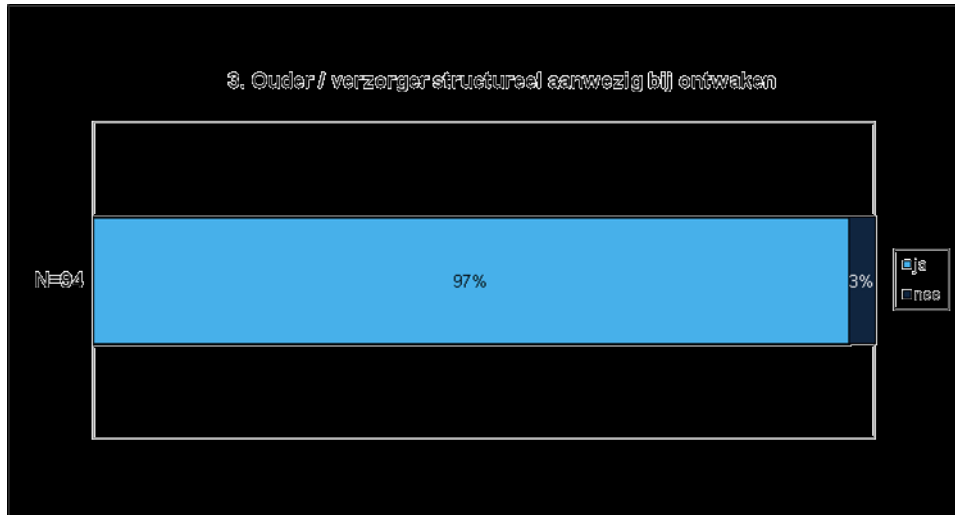
Onder de figuur staat met ‘min’ het minimum aantal patiënten dat door een ziekenhuis is aangeleverd. Het aantal ‘max’ is het maximum aantal patiënten dat door een ziekenhuis is aangeleverd. De mediaan is het aantal patiënten waarvoor geldt dat 50% van de locaties een lagere waarde heeft en 50% een hogere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

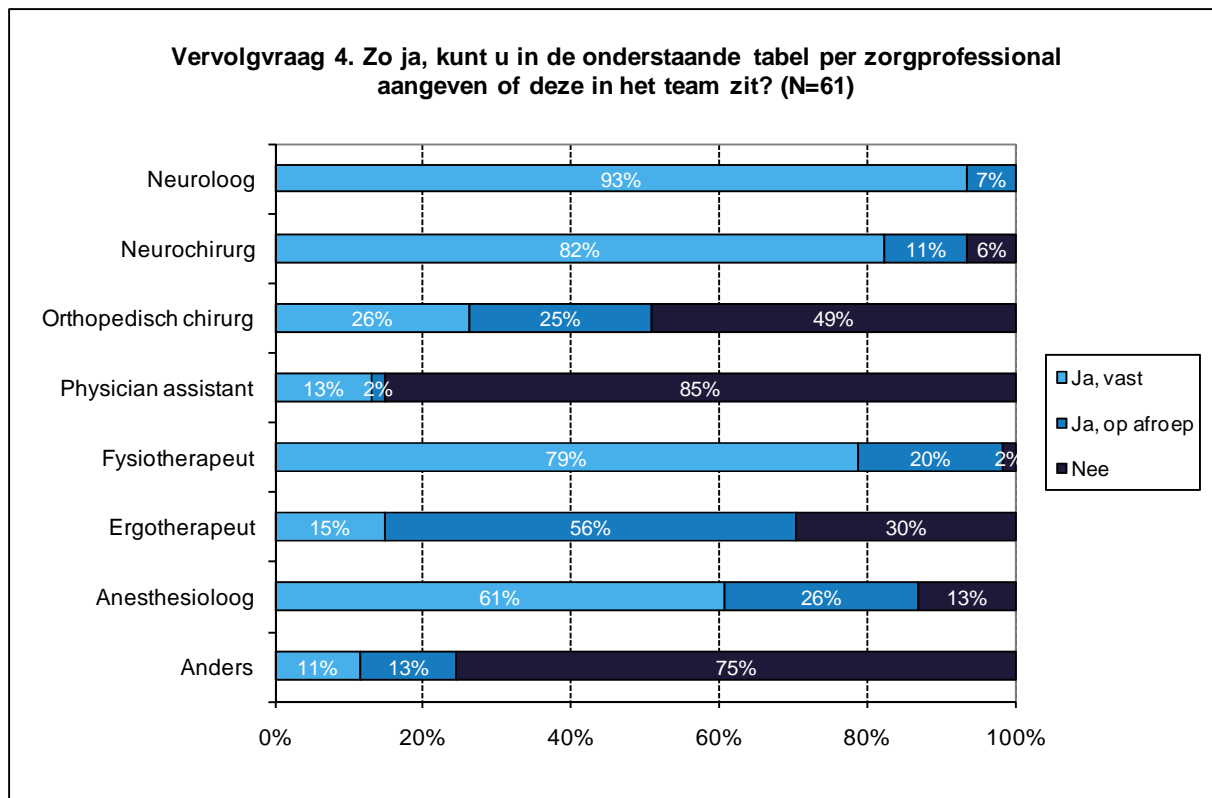
3. Reepplot

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.

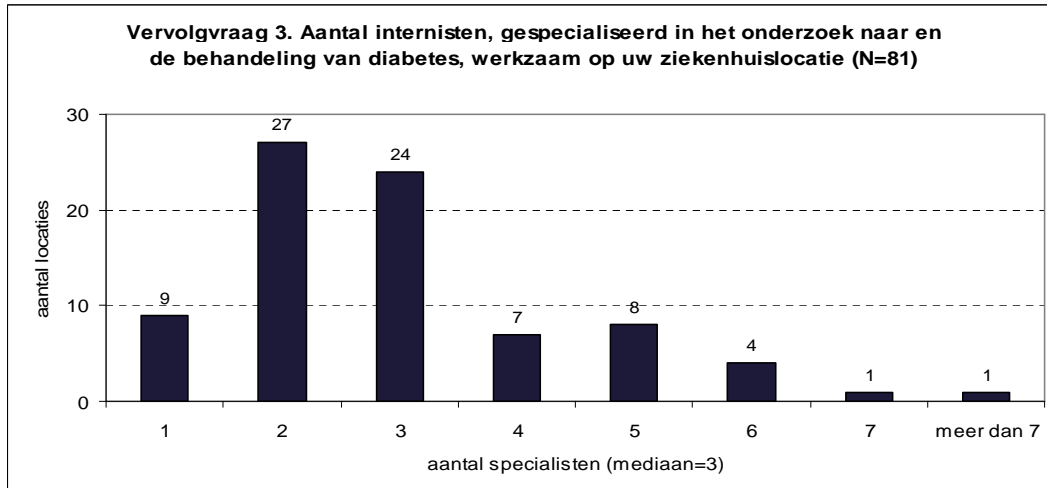


Het percentage geeft (in dit geval) aan in welk deel van de ziekenhuislocaties een bepaalde zorgprofessional in het multidisciplinair team zit (vast of op afroep). Als vanzelfsprekend kunnen meerdere deskundigen op een ziekenhuislocatie in het team zitten.

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.



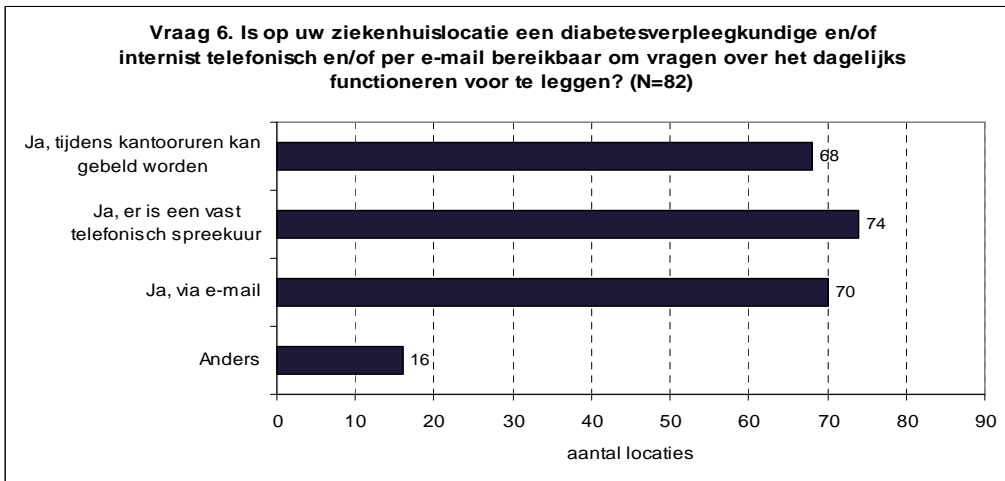
In dit voorbeeld wordt weergegeven op hoeveel locaties er 1, 2, etc. internisten werkzaam zijn, gespecialiseerd in onderzoek naar en behandeling van diabetes.

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).²

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

² 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.

		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.

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 C.1. Verdeling van de beantwoording van de vragen over gegevensverzameling.

1b. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	73	100%			0%	
gegevensgebruik	73	89%			11%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	73	70%	30%	73	97%	3%
verslagjaar	73	96%	4%	73	97%	3%
populatievaststelling	73	90%	10%	73	100%	0%
indicatorwaarde bepaling	73	86%	14%	73	96%	4%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten w aarop 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 D.1. Brongebruik ten behoeve van de aanlevering van gegevens

1b. Brongegevens						
Teller / Noemer	Bron					
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	anders	
T	41	26	5	7	37	
N	72	29	4	2	5	

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 ziekenhuislocaties schoningsvragen gekregen (voor het proces van schoning en het schoningsprotocol wordt verwezen naar www.ZichtbareZorg.nl). Tijdens deze schoning zijn 126 schoningsvragen gesteld aan 71 van de 87 locaties die gegevens hebben aangeleverd. Twee locaties hebben geen gegevens aangeleverd voor deze aandoening. Er zijn 16 locaties die wel gegevens hebben aangeleverd, maar geen schoningsvragen hebben gekregen. De meeste schoningsvragen zijn gesteld over indicator 1b ('Percentage nieuwe patiënten dat gebruik heeft gemaakt van structurele voorlichting') en klantpreferentievraag 4a ('Hoe is de bereikbaarheid van de dermatoloog geregeld?'). De reden voor het grote aantal schoningsvragen bij ZI01b is dat bij een groot aantal ziekenhuizen de noemer of de indicatorwaarde buiten de inhoudelijke plausibiliteitsgrenzen vallen die zijn aangegeven door experts. Dit is teruggekoppeld aan de betreffende ziekenhuizen. Bij KP4a zijn een groot aantal schoningsvragen gesteld, omdat bij veel locaties het aantal uren per dag of het aantal dagen per week dat de dermatoloog bereikbaar is een statistische uitbijter was.

Toelichting bij tabel E

- *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 inhoudelijk:*
Per indicator heeft de indicatorwerkgroep, indien mogelijk, plausibiliteitsgrenzen aangemerkt. Deze grenzen zijn geen normstellende kaders, maar experts verwachten normaliter geen waarden buiten die door hen aangegeven grenzen. Indien een waarde buiten deze grenzen viel, is dit teruggekoppeld aan het ziekenhuis met de vraag de gegevens te verifiëren en indien daar aanleiding voor was aan te passen.
- *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 E.1. Aantal gestelde schoningsvragen naar aard

Indicator	Type vraag	Aantal ziekenhuizen met schoningsvragen	Aantal schoningsvragen totaal	Aantal schoningsvragen cross checks	Aantal schoningsvragen fake antwoord	Aantal schoningsvragen inhoudelijk	Aantal schoningsvragen statistische uitbijter	Aantal schoningsvragen extreem	
Zorginhoudelijke indicatoren									
1. Gestructureerde voorlichting door een verpleegkundige aan alle patiënten met Constitutioneel Eczeem, aanvullend op de gebruikelijke behandeling.									
Indicator 1a	Wordt er aanvullend op het consult bij de dermatoloog gestructureerd voorlichting verzorgd door een verpleegkundige voor nieuwe patiënten met Constitutioneel Eczeem?	Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	
Indicator 1b	Percentage nieuwe patiënten met Constitutioneel Eczeem dat gebruik heeft gemaakt van de gestructureerde voorlichting door de verpleegkundige.	Teller/Noemer	63	83	7	teller: 0; noemer: 0	noemer: 25; indicatorwaarde: 41	noemer: 0; indicatorwaarde: 0	10
2. Rechtstreekse toegang tot zorg									
Indicator 2	Is er in de organisatie een schriftelijke werkspraak gemaakt dat patiënten met Constitutioneel Eczeem bij verergering van klachten binnen twee werkdagen rechtstreekse toegang krijgen tot de dermatoloog of verpleegkundige?	Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	
3. Ervaring met behandeling met systemische immunosuppressiva									
Indicator 3a	Heeft uw maatschap/vakgroep ervaring met het voorschrijven van behandelingen voor systemische immunosuppressiva?	Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	
Indicator 3b	Hoe vaak per jaar behandelt uw maatschap/vakgroep een patiënt met een chronische dermatose (=chronische huidziekte) met immunosuppressiva	3 categorieën	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	

Indicator	Type vraag	Aantal ziekenhuizen met schoningsvragen	Aantal schoningsvragen totaal	Aantal schoningsvragen cross checks	Aantal schoningsvragen fake antwoord	Aantal schoningsvragen inhoudelijk	Aantal schoningsvragen statistische uitbijter	Aantal schoningsvragen extreem
Klantpreferentie indicatoren								
KP1	Zijn er op uw ziekenhuislocatie artsen die zich nascholen* op het gebied van constitutioneel eczeem ? Ja/Nee +aantal	2	0	nvt	0	nvt	indicatorwaarde: 2	nvt
KP2	Hebben patiënten met constitutioneel eczeem altijd een vaste dermatoloog die hen behandelt? Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
KP3	Worden er op uw ziekenlocatie bij patiënten met constitutioneel eczeem allergietesten* gedaan? 4 categorieën	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
KP4	A. Hoe is de bereikbaarheid van de dermatoloog geregeld? Meerdere antwoorden mogelijk +aantallen	35	41	nvt	0	nvt	indicatorwaarde: 41	nvt
	B. Hoe is de bereikbaarheid van de dermatologische verpleegkundige* geregeld? Meerdere antwoorden mogelijk +aantallen	0	0	nvt	0	nvt	indicatorwaarde: 0	nvt
KP5	Worden patiënten met constitutioneel eczeem op uw ziekenhuislocatie behandeld door een vast multidisciplinair team? Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt