



Kwaliteit van Zorg inzichtelijk: Reumatoïde Artritis

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)	3
Overzicht klantpreferentievragen (KP)	5
Tot slot.....	5
1. Inleiding	6
<i>Doelgroep</i>	6
<i>Proces</i>	6
<i>Leeswijzer</i>	7
<i>Aanvullende informatie op de website</i>	7
Bijsluiters bij het gebruik van de gegevens	8
<i>Zeggingskracht</i>	8
<i>Tot slot</i>	8
2. Zorginhoudelijke indicatoren	11
2.1. Indicator 1a – Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek.....	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 – Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek	12
2.2.1. <i>Waarden</i>	13
2.2.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	14
2.2.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	14
2.2.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	14
2.3. Indicator 1c – Beschikbaarheid nurse practitioner binnen de polikliniek.....	15
2.3.1. <i>Waarden</i>	15
2.3.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	16
2.3.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	16
2.3.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	16
2.4. Indicator 2a – Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten	17
2.4.1. <i>Waarden</i>	17
2.4.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	17
2.4.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	18
2.4.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	18
2.5. Indicator 2b – Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten	18
2.5.1. <i>Waarden</i>	18
2.5.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	18
2.5.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	19
2.5.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	19
2.6. Indicator 2 – Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten: Vervolgindicator	20
2.6.1. <i>Waarden</i>	20
2.6.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	20
2.6.3. <i>Praktische toepasbaarheid van de indicator</i>	20
2.6.4. <i>Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep</i>	21
2.7. Indicator 3a – Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is.....	21
2.7.1. <i>Waarden</i>	21
2.7.2. <i>Zeggingskracht van de aangeleverde data</i>	21

2.7.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator	22
2.7.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep	22
2.8. Indicator 3b – Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is.....	23
2.8.1. Waarden.....	23
2.8.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data.....	23
2.8.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator.....	24
2.8.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep	24
2.9. Indicator 4 – Beschikbaarheid multidisciplinaire spreekuren.....	25
2.9.1. Waarden.....	25
2.9.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data.....	25
2.9.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator.....	26
2.9.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep	26
2.10. Indicator 5a – Patiëntenvoorlichting	26
2.10.1. Waarden.....	26
2.10.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data.....	26
2.10.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator	27
2.10.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep.....	27
2.11. Indicator 5b – Patiëntenvoorlichting	27
2.11.1. Waarden.....	27
2.11.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data.....	28
2.11.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator	29
2.11.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep.....	29
3. Klantpreferentievragen	31
3.1. Klantpreferentievraag 1	31
3.2. Klantpreferentievraag 2	32
3.3. Klantpreferentievraag 3	33
3.4. Klantpreferentievraag 4	38
3.5. Klantpreferentievraag 5	40
3.6. Klantpreferentievraag 6	40
Bijlage A Toelichting bij de tabellen en figuren	43
1. Signaalvlaggentabel.....	43
2. Rupsplot	44
3. Reepplot	45
4. Histogram	46
Bijlage B Toelichting op de signaalvlaggensystematiek.....	47
1. Algemene toelichting.....	47
2. Signaalvlaggen beschikbaar op indicatorniveau.....	48
3. Aanvullende informatie.....	48
Bijlage C Verificatievragen	49
Bijlage D Brongebruik.....	51
Bijlage E Schoningsvragen	55

Samenvatting van de resultaten over verslagjaar 2009

Deze rapportage geeft voor de 11 (deel)indicatoren en 6 klantpreferentievragen van de indicatorset Reumatoïde Artritis 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 85 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.

Er zijn 14 locaties die voor geen van de indicatoren en klantpreferentievragen gegevens hebben aangeleverd. De meeste van deze locaties geven aan dat 'Reumatologie' niet als apart specialisme aanwezig is. Als reden voor het niet aanleveren van gegevens voor indicator 1c wordt genoemd dat er geen nurse practitioner binnen de polikliniek werkzaam is. De locaties die indicator 2b en 2v niet aanleveren noemen vaak dat de gegevens niet digitaal beschikbaar zijn en daarom niet betrouwbaar kunnen worden aangeleverd.

Voor de klantpreferentievragen zijn er voor het grootste deel van de locaties gegevens aangeleverd.

Aantal locaties dat heeft aangeleverd per zorginhoudelijke indicator											
Zorginhoudelijke indicator	1a	1b	1c	2a	2b	2V	3a	3b	4	5a	5b
Aantal locaties	69	62	49	61	40	12	52	44	68	68	54

Aantal locaties dat heeft aangeleverd per klantpreferentievraag									
Klantpreferentievraag	1	2a	2b	3a	3b	4	5	6a	6b
Aantal locaties	67	68	67	67	65	67	67	67	62

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) Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek; 2) Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten; 3) Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is; 4) Beschikbaarheid multidisciplinaire spreekuren; 5) Patiëntenvoorlichting.

ZI	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Validiteit	Registratie		Vergelijkbaarheid	
						Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
1b	0,91	0,58	0	4,55	groen		groen		groen
1c	0,15	0	0	1,48	groen		groen		groen

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.

ZI	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Validiteit	Registratie		Vergelijkbaarheid	
	(%)	(%)	(%)	(%)		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
2b	68	81	0	100	groen	oranje	groen	groen	groen
2V	60	61	41	89	groen				rood
3a	94	99	46	100	groen	oranje	groen	groen	groen
3b	68	72	29	90	groen	groen	groen	groen	rood
5b	86	97	16	100	groen	oranje	groen	oranje	groen

ZI	Percentage ja	Percentage nee	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
	(%)	(%)		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
1a	97	3	groen				groen
2a	43	57	groen				groen
4-1	66	34	groen				groen
4-2	57	43					
4-3	50	50					
5-1	100	0	groen				groen
5-2	100	0					
5-3	100	0					
5-4	100	0					
5-5	100	0					
5-6	100	0					
5-7	99	1					
5-8	100	0					
5-9	94	6					
5-10	97	3					
5-11	99	1					

De uitkomsten op indicatoren 1b en 1c (de eerste tabel) waarin wordt gevraagd naar het aantal beschikbare FTE per 1000 patiënten varieert sterk tussen de locaties. Er zijn locaties zonder verpleegkundig reumaconsulenten (1b) en/of nurse practitioners (1c) en er is een locatie met ruim 4,5 FTE verpleegkundig reumaconsulenten per 1000 patiënten. De uitkomsten op de zorginhoudelijke indicator 2b, 3b en 5a (de tweede tabel) laten een redelijke spreiding zien tussen de verschillende locaties, terwijl indicator 3a en vervolgindicator 2 slechts beperkt varieert tussen de locaties. De uitkomsten op de ja/nee-vragen (de onderste tabel) laten een wisselend beeld zien. Voor de meeste vragen antwoordt het overgrote deel van de locaties op de ja/nee vragen 'ja'. Voor de indicatoren 2 en 4 geeft ongeveer de helft van de locaties als antwoord 'ja'.

In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat alle indicatoren valide zijn, dat wil zeggen, de indicator geeft de informatie die is beoogd over de kwaliteit van zorg. Dit is terug zien is in de groene vlag voor validiteit.

De vlaggen voor de betrouwbaarheid van het registratieproces zijn voor alle noemers en voor de teller van indicator 3b groen (de bovenste twee tabellen). Dit wil zeggen dat, alle ziekenhuizen bezien, aan belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren (bijna) volledig wordt voldaan. Voor drie tellers is de vlag voor de betrouwbaarheid van het registratieproces oranje. Voor deze deelindicatoren wordt slecht ten dele aan de belangrijke voorwaarden voor betrouwbaar registreren voldaan. De oranje vlaggen voor deze tellers worden veroorzaakt door een relatief groot aantal locaties waarvoor de gegevensverzameling van de tellers niet op basis van volledige telling heeft plaatsgevonden (zie bijlage C). Op dit punt is dus nog winst te behalen.

De vlaggen voor de statistische betrouwbaarheid voor vergelijking zijn voor alle indicatoren groen behalve voor indicator 5b (de tweede tabel). Voor 5b is deze vlag 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. Voor indicatoren 1b en 1c worden geen vlaggen voor de statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid vastgesteld, omdat de ontwikkelde methodiek voor niet standaard

toegepast kunnen worden op deze indicatoren, aangezien het hierbij niet om een teller/noemer vraag gaat die een proportie oplevert. Er worden gemiddelden per ziekenhuis uitgerekend. Dat vraagt om een andere aanpak.

De groene vlaggen voor populatie vergelijkbaarheid voor alle indicatoren, behalve vervolgindicator 2 en indicator 3b, betekenen 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 waarden van deze indicatoren. De vlaggen voor populatievergelijkbaarheid zijn voor vervolgindicator 2 en indicator 3b rood. Voor deze indicatoren is er sprake van 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).

Voor vervolgindicator 2 worden geen signaalflaggen toegekend voor de betrouwbaarheid van het registratieproces en de statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid, aangezien het niet verantwoord is een overall vlag toe te kennen op basis van een zeer gering aantal locaties.

De gegevens van de tellers en de noemers zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen. De bronnen die het meest genoemd worden, zijn DBC-registratie, de verrichtingenregistratie en LIMS (zie bijlage D). Voor indicator 2b en vervolgindicator 2 wordt ook vaak de papieren (poli)klinische status als gegevensbron vermeld. Met name voor 2b worden ook gegevensbronnen gebruikt die niet expliciet in de vragenlijst voorkomen.

Overzicht klantpreferentievragen (KP)

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

Het blijkt dat:

- Het eerste consult duurt meestal 30 minuten, het vervolgconsult meestal 10-15 minuten (KP1).
- Over de onderwerpen Diagnose, Onderzoek, Behandeling, Medicatie en bijwerkingen en Leven met RA wordt altijd mondeling en in veruit de meeste gevallen ook schriftelijk informatie verstrekt. Beeld (foto/video) als medium wordt het minst vaak genoemd. In de meeste gevallen wordt verwezen naar folders en websites van Reumafonds/Reumapatiëntenbond en/of andere reumapatiëntenverenigingen (KP2).
- De bereikbaarheid van de reumatoloog is vaak via een spreekuur geregeld. Hetzelfde geldt voor de bereikbaarheid van de (reuma)verpleegkundige. Daarnaast is in ongeveer 75% van de gevallen ook sprake van telefonische bereikbaarheid (KP3).
- In de meeste gevallen krijgen reumapatiënten een vast aanspreekpunt toegewezen. In 60% van de gevallen is dat de reumatoloog zelf (KP4).
- Bijna alle locaties zijn gespecialiseerd in Reguliere reumatoïde artritis / artritis psoriatica (96%) en/of Bechterew (90%). De reumatische aandoeningen waarin het minst aantal afdelingen reumatologie in gespecialiseerd zijn, zijn Jeugdreuma (33%) en Metabole botziekten (39%) (KP5).
- In veruit de meeste gevallen (93%) wordt standaard minimaal één keer per jaar het effect van de behandeling bij reumatoïde artritis gemeten. De terugkoppeling van het bloedonderzoek, het röntgenonderzoek en de uitslagen van de ziekteactiviteitscore wordt meestal mondeling op het spreekuur gedaan (KP6).

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 signaalflaggen. 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 Reumatoïde Artritis. 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:

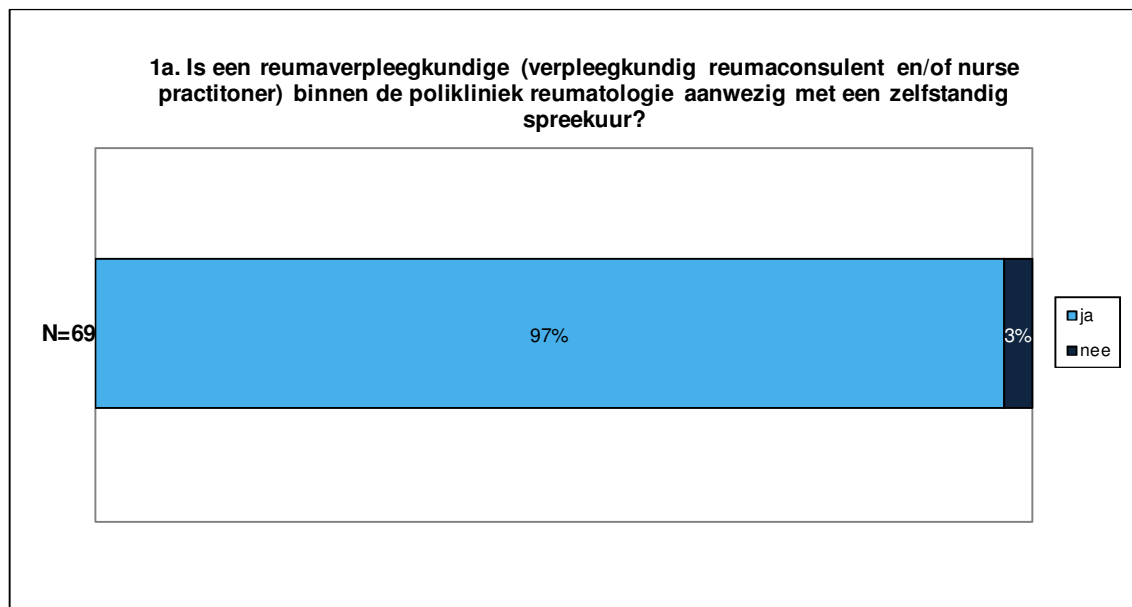
- De waarden van de indicator gepresenteerd in een figuur met daarbij een korte beschrijving.
- De signaalvlaggen die de overall beoordeling van de zeggingskracht van de aangeleverde data van de indicator weergeven. De vlaggen geven inzicht in hoe de validiteit, de registratiebetrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid 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 – Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek

Operationalisatie: Is een reumaverpleegkundige (verpleegkundig reumaconsulent en/of nurse practitioner) binnen de polikliniek reumatologie aanwezig met een zelfstandig spreekuur?

2.1.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat in bijna alle ziekenhuislocaties (97%) een reumaverpleegkundige (verpleegkundig reumaconsulent en/of nurse practitioner) binnen de polikliniek reumatologie aanwezig is met een zelfstandig spreekuur.

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				groen

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

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 1a – ‘Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek’ 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 onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.

2.1.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over de praktische toepasbaarheid van deze indicator.

2.1.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator.

2.2. Indicator 1b – Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek

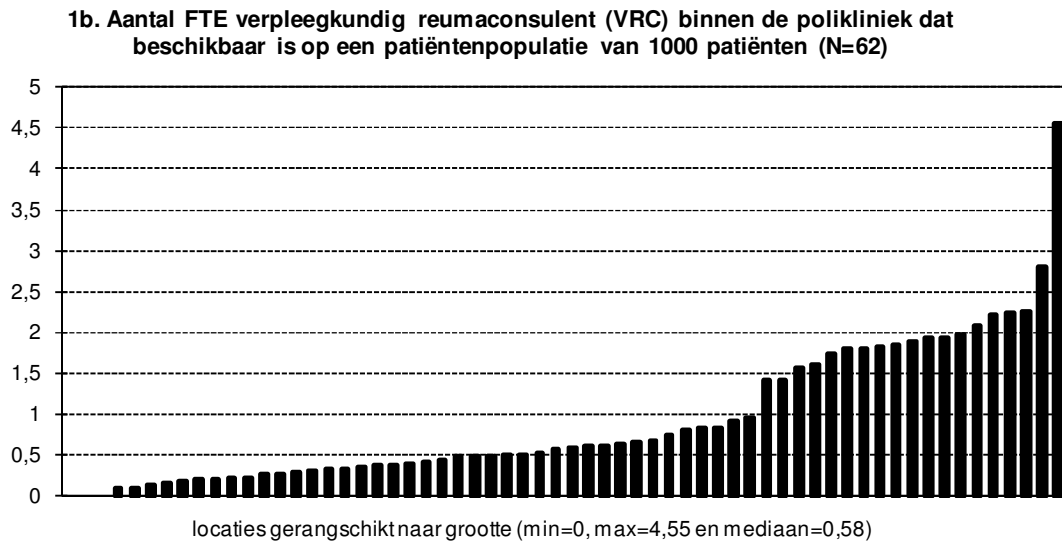
Operationalisatie: Wat is het aantal FTE verpleegkundig reumaconsulent (VRC) binnen de polikliniek dat beschikbaar is op een patiëntenpopulatie van 1.000 patiënten?

Teller: Aantal FTE verpleegkundig reumaconsulenten (VRC) binnen de polikliniek * 1.000.

Noemer: Aantal reumapatiënten in ziekenhuis waarbij in het verslagjaar de DBC is afgesloten.

2.2.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Vanwege de inconsistentie tussen de formulering van de indicator en de berekening van de indicatorwaarde in de invoermodule, zijn door vier ziekenhuizen, ook na schoning, afwijkende waarden aangeleverd. Deze zijn niet in de figuur weergegeven. De waarden zijn: 330, 1000, 1900 en 2670. Hoogstwaarschijnlijk gaat het bij deze waarden om een factor 1000 te veel en dienen ze gedeeld te worden door 1000.

Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorwaarden aanzienlijk variëren.
- Er in drie locaties geen (0 FTE) verpleegkundig reumaconsulenten in dienst zijn.
- Alle indicatorscores onder de 4,55 liggen, met een mediane score van 0,58 FTE per 1000 patiënten.
- Het totaal aantal reumapatiënten voor de locaties met verpleegkundig reumaconsulent (59 locaties) is 121.913 (som van alle noemers). Het totaal aantal FTE verpleegkundig reumaconsulent in deze locaties is 61,5 (som van alle tellers).

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	
		Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	groen		groen
Rood		0%		
Oranje		6%		
Groen		94%		

Zie voor de toestand 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 – ‘Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek’ 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 **betrouwbaarheid van het registratieproces** krijgt voor de noemer een groene overall signaalvlag. Dit betekent dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. In de bepaling van deze signaalvlag wegen het baseren van de gegevens op een volledige telling en schriftelijke autorisatie door een medisch specialist beiden het zwaarst mee (zie bijlage B). Van alle locaties antwoordt 100% dat de gegevens van de noemer op basis van een volledige telling zijn vastgesteld (zie bijlage C). 100% van de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De vlag voor de **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** wordt voor deze indicator niet bepaald. De ontwikkelde methodiek kan niet standaard toegepast worden op deze indicatoren, aangezien het hierbij niet om een teller/noemer vraag gaat die een proportie oplevert. Er worden gemiddelden per ziekenhuis uitgerekend. Dat vraagt om een andere aanpak.
- De groene vlag onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.
- De gegevens van de teller zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage D). De bronnen die het meest genoemd worden, zijn DBC-registratie en verrichtingenregistratie.

2.2.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Tijdens de gegevensaanlevering was het niet voor alle ziekenhuizen duidelijk dat het aantal FTE reumaverpleegkundigen automatisch vermenigvuldigd wordt met 1000. Gedurende de schoning hebben de betreffende ziekenhuizen de gegevens kunnen herstellen. De teller dient voortaan als volgt geformuleerd te worden: ‘Aantal FTE verpleegkundig reumaconsulenten (VRC) binnen de polikliniek’. De invoermodule berekent vervolgens automatisch het aantal FTE * 1000.

2.2.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator.

2.3. Indicator 1c – Beschikbaarheid nurse practitioner binnen de polikliniek

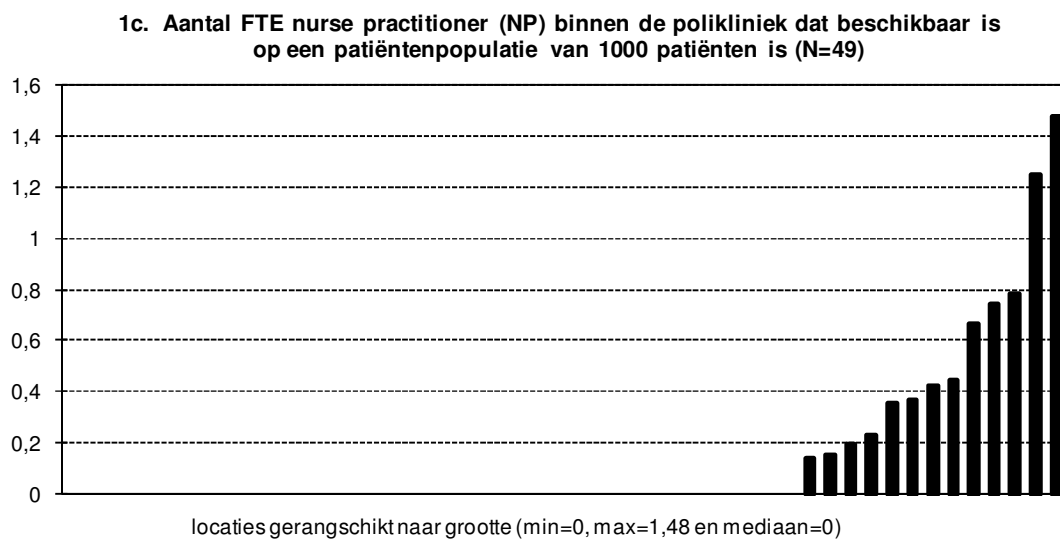
Operationalisatie: Wat is het aantal FTE nurse practitioner (NP) binnen de polikliniek dat beschikbaar op een patiëntenpopulatie van 1.000 patiënten?

Teller: Aantal FTE nurse practitioner (NP) binnen de polikliniek * 1.000.

Noemer: Aantal reumapatiënten in ziekenhuis waarbij in het verslagjaar de DBC is afgesloten.

2.3.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Vanwege de inconsistentie tussen de formulering van de indicator en de berekening van de indicatorwaarde in de invoermodule, is door één ziekenhuis, ook na schoning, een afwijkende waarde aangeleverd. Deze is niet in de figuur weergegeven. De waarde is 800. Hoogstwaarschijnlijk gaat het hierbij om een factor 1000 te veel en dient deze waarde gedeeld te worden door 1000.

Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorwaarden aanzienlijk variëren.
- Er in 36 van de 49 locaties geen (0 FTE) nurse practitioners in dienst zijn.
- Alle indicatorscores onder de 1,5 liggen, met een gemiddelde score van 0,15 FTE per 1000 patiënten.
- Het totaal aantal reumapatiënten voor de locaties met nurse practitioner (13 locaties) is 39.202 (som van alle noemers). Het totaal aantal FTE nurse practitioner in deze locaties is 12,8 (som van alle tellers).

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 1c				
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid	Vergelijkbaarheid	
		Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	groen		groen
Rood		0%		
Oranje		4%		
Groen		96%		

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 1c – ‘Beschikbaarheid nurse practitioner binnen de polikliniek’ 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 **betrouwbaarheid van het registratieproces** krijgt voor de noemer een groene overall signaalvlag. Dit betekent dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. In de bepaling van deze signaalvlag wegen het baseren van de gegevens op een volledige telling en schriftelijke autorisatie door een medisch specialist beiden het zwaarst mee (zie bijlage B). Van alle locaties antwoordt 100% dat de gegevens van de noemer op basis van een volledige telling zijn vastgesteld (zie bijlage C). 100% van de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De vlag voor de **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** wordt voor deze indicator niet bepaald. De ontwikkelde methodiek kan niet standaard toegepast worden op deze indicatoren, aangezien het hierbij niet om een teller/noemer vraag gaat die een proportie oplevert. Er worden gemiddelden per ziekenhuis uitgerekend. Dat vraagt om een andere aanpak.
- De groene vlag onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.
- De gegevens van de teller zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage D). De bronnen die het meest genoemd worden, zijn DBC-registratie en verrichtingregistratie.

2.3.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Tijdens de gegevensaanlevering was het niet voor alle ziekenhuizen duidelijk dat het aantal FTE nurse practitioners automatisch vermenigvuldigd wordt met 1000. Gedurende de schoning hebben de betreffende ziekenhuizen de gegevens kunnen herstellen. De teller wordt voortaan als volgt geformuleerd: ‘Aantal FTE nurse practitioners (NP) binnen de polikliniek’. De invoermodule berekent vervolgens automatisch het aantal FTE * 1000.

2.3.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

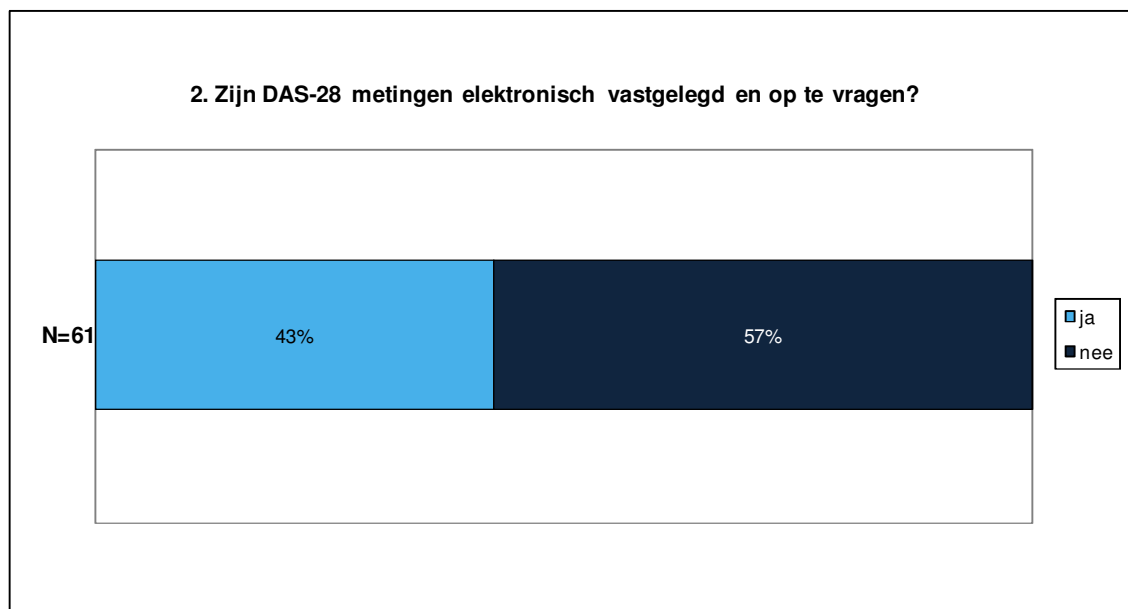
De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator.

2.4. Indicator 2a – Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten

Operationalisatie: Zijn DAS-28 metingen elektronisch vastgelegd en op te vragen?

2.4.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat in minder dan de helft van de gevallen (43%) DAS-28 metingen elektronisch vastgelegd en op te vragen zijn.

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 2a					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen				groen

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 2a – ‘Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten’ 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 onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.

2.4.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen voor deze indicator.

2.4.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator.

2.5. Indicator 2b – Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten

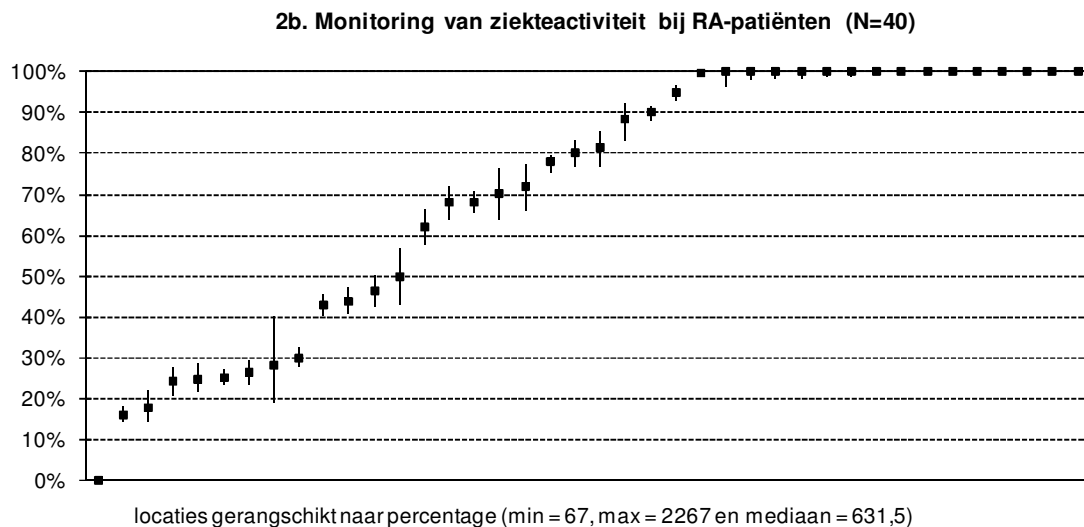
Operationalisatie: Het percentage reumatoïde artritis patiënten waarbij de ziekteactiviteit (DAS-28 score) binnen de afgesloten DBC tenminste éénmaal gemeten is.

Teller: Alle RA-patiënten, waarbij DAS-28 score binnen de afgesloten DBC tenminste éénmaal gemeten is.

Noemer: Aantal RA-patiënten in ziekenhuis waarbij in het verslagjaar de DBC is afgesloten.

2.5.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores variëren, met waarden over de gehele range.
- In een locatie bij geen enkele RA-patiënt een DAS-28 score gemeten is (overeenkomend met een indicatorwaarde van 0%). In 16 locaties is voor alle RA-patiënten de DAS-28 score gemeten (overeenkomend met een indicatorwaarde van 100%).
- Het totaal aantal RA-patiënten met een afgesloten DBC in het verslagjaar is 30.210 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten per locatie in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal RA-patiënten waarbij de DAS-28 score tenminste eenmaal gemeten is, is 20.591 (som van alle tellers).
- De gemiddelde indicatorwaarde is 68%.

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 2b					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	oranje	groen	groen	groen
Rood		8%	0%	0%	
Oranje		45%	15%	10%	
Groen		48%	85%	90%	

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 2b – ‘Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten’ 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 48% voor de teller en 85% 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 88% van de locaties gebaseerd op een volledige telling; van alle locaties antwoordt slechts 53% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld (zie bijlage C). Van de locaties heeft 98% de gegevens van deze indicator (zowel teller als noemer) laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een groene signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen 5 en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid dat de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Met dit aantal kunnen afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de indicatorwaarde van een ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen) van ongeveer 2 en groter betrouwbaar worden gedetecteerd. Dit geldt voor 90% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen op basis van deze indicator met elkaar te vergelijken.
- De groene vlag onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.
- De gegevens van de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage D). De bronnen die het meest genoemd worden, zijn DBC-registratie en verrichtingenregistratie. Voor de teller is de bron ook vaak digitaal maar wordt ook vaak de papieren (poli)klinische status of een ‘Anders’ opgevoerd.

2.5.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen voor deze indicator.

2.5.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator.

2.6. Indicator 2 – Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten: Vervolgindicator

Operationalisatie: Het percentage RA-patiënten met een lage ziekteactiviteit (DAS-28 < 3,2).

Teller: Alle RA-patiënten met een lage ziekteactiviteit (DAS-28 <3,2). Hiervoor geldt de waarde van de laatst gemeten waarde binnen de afgesloten DBC

Noemer: Alle RA patiënten bij wie binnen de afgesloten DBC tenminste éénmaal de DAS-28 gemeten is.

2.6.1. Waarden

In onderstaande tabel wordt de beschrijvende statistiek van deze indicator gepresenteerd. Vanwege de beperkte hoeveelheid data (N=12) zijn de gegevens niet in een figuur samengevat.

ZI	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum
	(%)	(%)	(%)	(%)
2V	60	61	41	89

Uit deze tabel blijkt dat de gemiddelde en mediane waarde voor deze indicator ongeveer 60% is.

2.6.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.6. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

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

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 2V – ‘Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten: vervolgindicator’ 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**.
- Vanwege het geringe aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd voor deze indicator, is het niet verantwoord een signaalvlag toe te kennen voor **registratie betrouwbaarheid** en **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid**.
- De rode vlag voor **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er factoren zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator (bijvoorbeeld patiëntkenmerken zoals leeftijd, comorbiditeit, pijn). Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen daar deels door verklaard worden.

2.6.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen over deze indicator. De werkgroep heeft besloten om niet langer te spreken van een vervolgindicator; dit wordt voortaan indicator 2c.

2.6.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator. De werkgroep merkt op dat er factoren zijn die van invloed zijn op de indicatorwaarden, maar die niet door een ziekenhuislocatie kunnen worden beïnvloed (bijvoorbeeld leeftijd van de patiënt of patiënten met een comorbiditeit). Hierdoor heeft deze indicator een rode vlag voor populatie vergelijkbaarheid en kunnen de ziekenhuislocaties voor deze indicator niet met elkaar worden vergeleken.

2.7. Indicator 3a – Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is

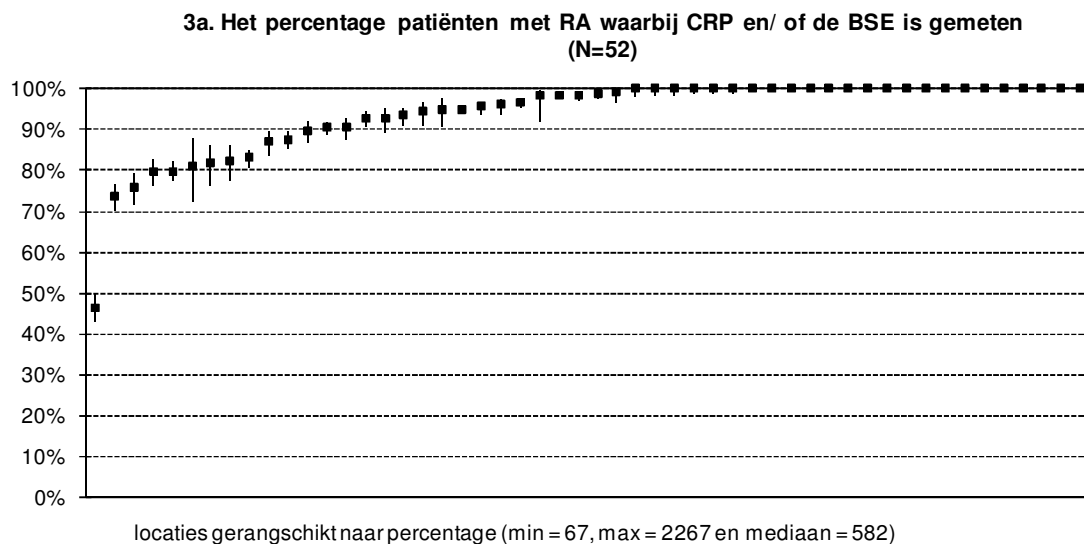
Operationalisatie: Het percentage patiënten met RA waarbij CRP en/ of de BSE is gemeten.

Teller: Alle RA-patiënten waarbij de CRP en/of de bezinking is gemeten en waarbij de DBC is afgesloten.

Noemer: Alle RA-patiënten in het vervolgtraject waarbij in het verslagjaar de DBC is afgesloten.

2.7.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores slechts in beperkte mate variëren.
- Bij 46% (24/52) van alle locaties is voor alle RA-patiënten de CRP en/of BSE gemeten (score van 100%).
- Het totaal aantal RA-patiënten in het vervolgtraject voor deze 52 locaties is 37.456 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten per locatie in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal RA-patiënten waarbij CRP en/of BSE is gemeten, is 35.306 (som van alle tellers).
- De gemiddelde indicatorwaarde over alle locaties is 94%.

2.7.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.7. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 3a					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	oranje	groen	groen	groen
Rood		2%	2%	0%	
Oranje		26%	9%	8%	
Groen		72%	89%	92%	

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 3a – ‘Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is’ 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 72% voor de teller en 89% voor de noemer; hiermee krijgt de teller een oranje overall signaalvlag en de noemer een groene overall signaalvlag voor deze dimensie. Dit betekent voor de noemer dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. Voor de teller wordt slechts ten dele aan deze belangrijke voorwaarden voldaan. In de bepaling van deze signaalvlag wegen het baseren van de gegevens op een volledige telling en schriftelijke autorisatie door een medisch specialist beiden het zwaarst mee (zie bijlage B). De gegevens van de noemer zijn bij 92% van de locaties gebaseerd op een volledige telling; van alle locaties antwoordt slechts 75% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld (zie bijlage C). Van de locaties heeft 98% de gegevens van deze indicator (zowel teller als noemer) laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een groene signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen 5 en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid dat de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Met dit aantal kunnen afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de indicatorwaarde van een ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen) van ongeveer 2 en groter betrouwbaar worden gedetecteerd. Dit geldt voor 92% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen op basis van deze indicator met elkaar te vergelijken.
- De groene vlag onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.
- De gegevens van de teller en de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage D). De bronnen die het meest genoemd worden, zijn DBC-registratie en LIMS (voor de teller) of verrichtingenregistratie (voor de noemer).

2.7.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen voor deze indicator.

2.7.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator.

2.8. Indicator 3b – Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is

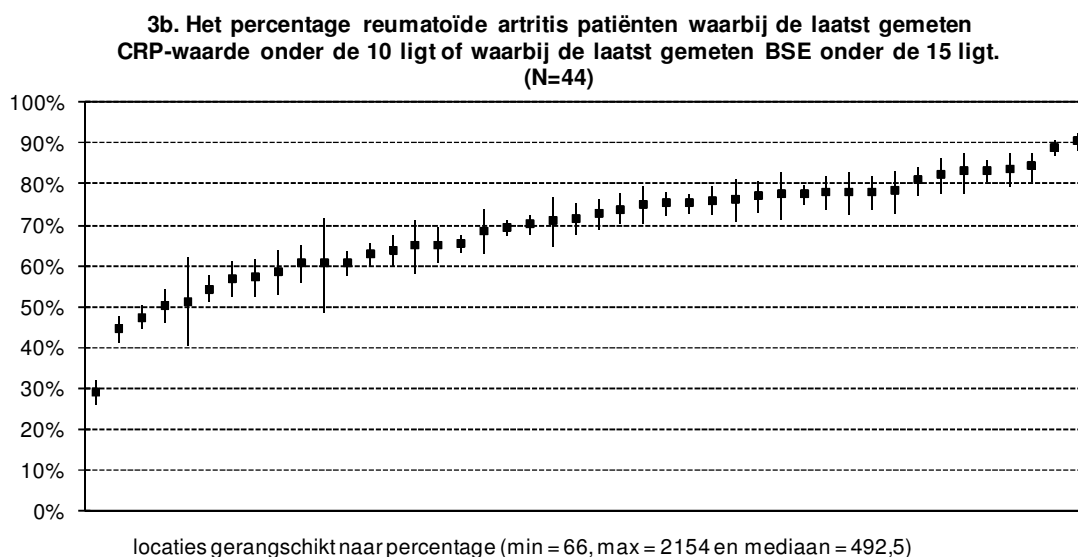
Operationalisatie: Het percentage reumatoïde artritis patiënten waarbij de laatst gemeten CRP-waarde onder de 10 ligt of waarbij de laatst gemeten BSE onder de 15 ligt.

Teller: Alle RA-patiënten waarbij de laatst gemeten CRP < 10 is of waarbij de bezinking onder de 15 is en waarbij in het verslagjaar de DBC is afgesloten.

Noemer: Alle RA-patiënten waarbij de CRP of de bezinking is gemeten en waarbij in het verslagjaar de DBC is afgesloten.

2.8.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores in redelijke mate variëren.
- Het totaal aantal RA-patiënten waarbij de CRP of de bezinking gemeten is voor deze 44 locaties is 27.855 (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten per locatie in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal RA-patiënten waarbij de laatst gemeten CRP < 10 is of waarbij de bezinking onder de 15 is, is 18.861 (som van alle tellers).
- De gemiddelde indicatorwaarde over alle 44 locaties 68% is.

2.8.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.8. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 3b					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	groen	groen	groen	rood
Rood		0%	0%	0%	
Oranje		22%	13%	9%	
Groen		78%	87%	91%	

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 3b – ‘Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is’ 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 **betrouwbaarheid van het registratieproces** krijgt zowel voor teller als noemer een groene overall signaalvlag. Dit betekent dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. In de bepaling van deze signaalvlag wegen het baseren van de gegevens op een volledige telling en schriftelijke autorisatie door een medisch specialist beiden het zwaarst mee (zie bijlage B). Van alle locaties antwoordt 82% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld en 89% van de locaties heeft de gegevens van de noemer gebaseerd op een volledige telling (zie bijlage C). 98% van de locaties heeft de gegevens laten autoriseren door een medisch specialist.
- De **statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid** van deze indicator heeft een groene signaalvlag. Bij de waargenomen gemiddelde indicatorwaarde, die tussen 5 en 95% ligt, is de eis voor een groene vlag voor statistisch betrouwbare vergelijkbaarheid dat de noemers uit ten minste 200 patiënten bestaan. Met dit aantal kunnen afwijkende waarden met een odds ratio (relatieve maat voor het verschil tussen de indicatorwaarde van een ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen) van ongeveer 2 en groter betrouwbaar worden gedetecteerd. Dit geldt voor 91% van de locaties. Alleen voor deze locaties wordt aan de eisen voldaan om de indicatorwaarden per ziekenhuislocatie en de gemiddelde indicatorwaarde over alle ziekenhuizen op basis van deze indicator met elkaar te vergelijken.
- De rode vlag voor **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er factoren zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden maar die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator (bijvoorbeeld patiëntkenmerken zoals leeftijd, comorbiditeit, pijn). 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 en LIMS.

2.8.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

De CRP-waarde van < 10 mg/dl is gewijzigd in < 10 mg/l.

2.8.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

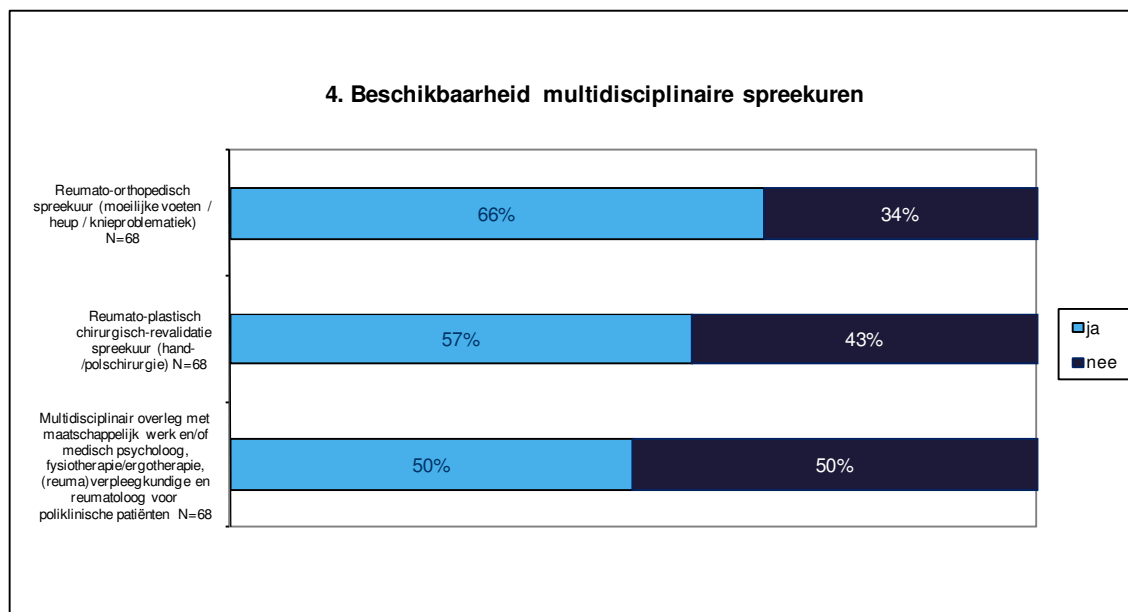
De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator. De werkgroep merkt op dat er factoren zijn die van invloed zijn op de indicatorwaarden, maar die niet door een ziekenhuislocatie kunnen worden beïnvloed (bijvoorbeeld leeftijd van de patiënt of patiënten met een comorbiditeit). Hierdoor heeft deze indicator een rode vlag voor populatie vergelijkbaarheid en kunnen de ziekenhuislocaties voor deze indicator niet met elkaar worden vergeleken.

2.9. Indicator 4 – Beschikbaarheid multidisciplinaire spreekuren

Operationalisatie: Welk van de onderstaande multidisciplinaire spreekuren/overleggen zijn binnen uw ziekenhuis aanwezig?

2.9.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat in de helft tot tweederde van alle 68 locaties er beschikbaarheid is van de verschillende genoemde vormen van multidisciplinair spreekuur.

2.9.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.9. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 4					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen				groen

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 4 – ‘Beschikbaarheid multidisciplinaire spreekuren’ 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 onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.

2.9.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen voor deze indicator.

2.9.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

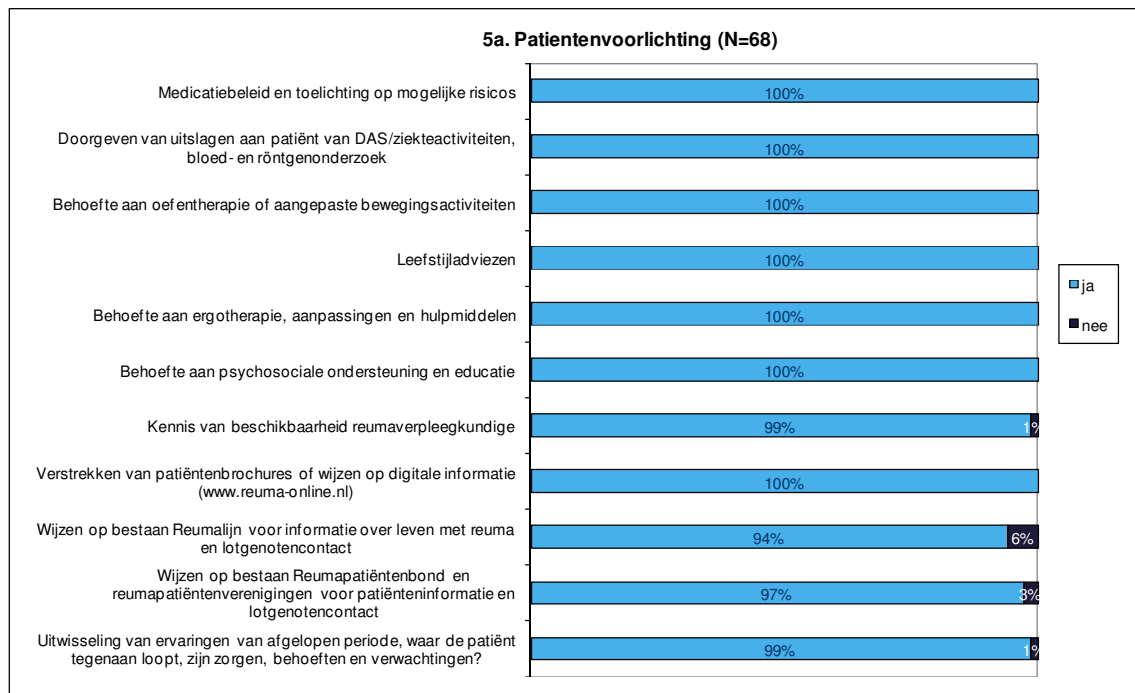
De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator.

2.10. Indicator 5a – Patiëntenvoorlichting

Operationalisatie: Komen in het gesprek met de reumatoloog of reumaverpleegkundige aan RA-patiënten de volgende aspecten aan bod?

2.10.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.



Bovenstaande figuur laat zien dat op alle locaties over veruit de meeste aspecten zoals genoemd bij indicator 5a wordt gesproken in het gesprek met de reumatoloog of reumaverpleegkundige. Slechts vier aspecten komen op één of enkele locaties niet aan bod.

2.10.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.10. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 5a					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen				groen

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 5a – ‘Patiëntenvoorlichting’ 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 onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken

2.10.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Er zijn geen opmerkingen voor deze indicator.

2.10.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator.

2.11. Indicator 5b – Patiëntenvoorlichting

Operationalisatie: Het percentage patiënten dat binnen één jaar na diagnose een gesprek heeft gehad met de reumaverpleegkundige.

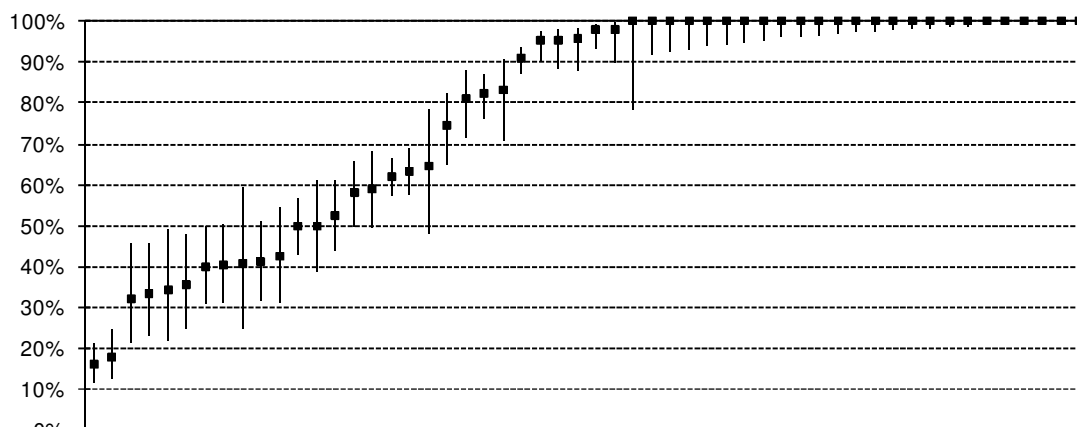
Teller: Alle RA-patiënten die in het eerste jaar na diagnose een gesprek met de reumaverpleegkundige hebben gehad en waarbij in het verslagjaar de DBC is afgesloten.

Noemer: De populatie patiënten die één jaar gediagnosticeerd is voor RA en waarbij in het verslagjaar de DBC is afgesloten.

2.11.1. Waarden

In onderstaande figuur worden de scores op deze indicator weergegeven.

5b. Het percentage patiënten dat binnen één jaar na diagnose een gesprek heeft gehad met de reumaverpleegkundige (N=54)



locaties gerangschikt naar percentage (min = 14, max = 1027 en mediaan = 99,5)

Bovenstaande figuur laat zien dat:

- De indicatorscores in redelijke mate variëren.
- In 46% (25/54) van de locaties alle patiënten in het eerste jaar na diagnose een gesprek met de reumaverpleegkundige hebben gehad (overeenkomend met een indicatorwaarde van 100%).
- Het totaal aantal patiënten die één jaar gediagnosticeerd is voor RA en waarbij in het verslagjaar de DBC is afgesloten is voor deze 54 locaties 9.890 is (som van alle noemers). Het minimum en maximum aantal patiënten per locatie in de noemer ligt ver uit elkaar. Het aantal patiënten die in het eerste jaar na diagnose een gesprek hebben gehad met de reumaverpleegkundige is 8.493 (som van alle tellers).
- De gemiddelde indicatorwaarde over alle 54 locaties 86% is.

2.11.2. Zeggingskracht van de aangeleverde data

Onderstaande tabel bevat de signaalvlaggen voor deze indicator.

Tabel 2.11. Totaalbeeld signaalvlaggen op indicatorniveau

Zorginhoudelijke indicator 5b					
	Validiteit	Registratie betrouwbaarheid		Vergelijkbaarheid	
		Teller	Noemer	Statistisch betrouwbaar	Populatie
	groen	oranje	groen	oranje	groen
Rood		6%	2%	4%	
Oranje		30%	9%	69%	
Groen		65%	89%	28%	

Bovenstaande tabel laat zien:

- In de indicatorwerkgroep is vastgesteld dat indicator 5b – ‘Patiëntenvoorlichting’ 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 65% voor de teller en 89% voor de noemer; hiermee krijgt de teller een oranje overall signaalvlag en de noemer een groene overall signaalvlag voor deze dimensie. Dit betekent voor de noemer dat het registratieproces voldoet aan (bijna) alle belangrijke

voorwaarden voor een betrouwbare inrichting van dit proces. Voor de teller wordt slechts ten dele aan deze belangrijke voorwaarden voldaan. In de bepaling van deze signaalvlag wegen het baseren van de gegevens op een volledige telling en schriftelijke autorisatie door een medisch specialist beiden het zwaarst mee (zie bijlage B). De gegevens van de noemer zijn bij 91% van de locaties gebaseerd op een volledige telling; van alle locaties antwoordt slechts 67% dat de gegevens van de teller op basis van een volledige telling zijn vastgesteld (zie bijlage C). Van de locaties heeft 98% 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 28% 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 groene vlag onder **populatie vergelijkbaarheid** betekent dat de indicatorwerkgroep heeft aangegeven dat er op voorhand geen factoren bekend zijn die een ziekenhuis niet kan beïnvloeden en die wel van invloed zijn op de waarde van de indicator. Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen niet verklaard worden door bijvoorbeeld patiëntkenmerken.
- De gegevens van de teller en de noemer zijn grotendeels afkomstig uit digitale bronnen (bijlage D). De bronnen die het meest genoemd worden, zijn DBC-registratie en verrichtingenadministratie. Voor de teller wordt ook heel vaak een andere bron opgevoerd dan opgenomen in de standaardlijst.

2.11.3. Praktische toepasbaarheid van de indicator

Het was voor enkele ziekenhuizen niet duidelijk of de datum van diagnose of de datum van opening DBC gehanteerd moet worden bij het bepalen van de termijn van één jaar. Dit kan een impact hebben op de betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens. Voor de uitvraag in 2011 is de indicator aangescherpt.

2.11.4. Opmerkingen vanuit de indicatorwerkgroep

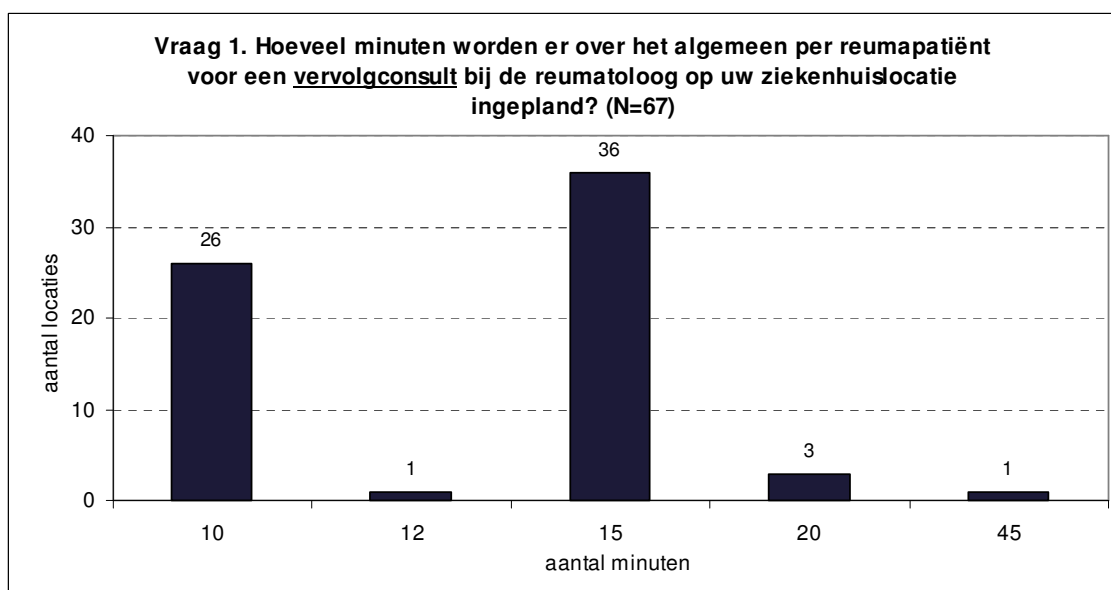
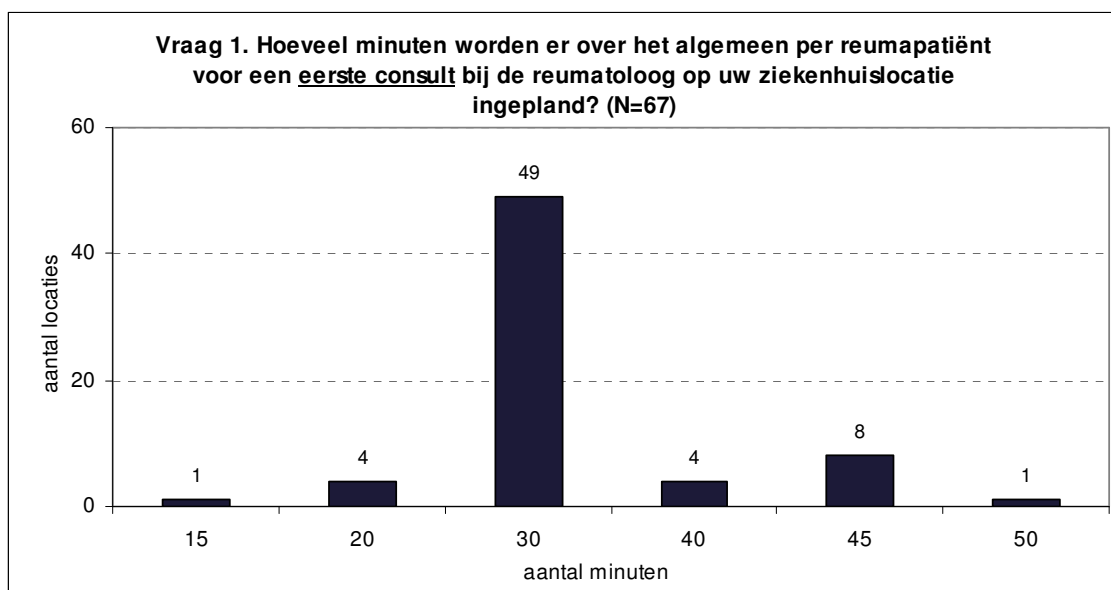
De indicatorwerkgroep ziet geen zwaarwegende bezwaren tegen openbaarmaking van deze indicator.

3. Klantpreferentievragen

3.1. Klantpreferentievraag 1

Operationalisatie: Hoeveel minuten worden er over het algemeen per reumapatiënt voor een eerste consult en voor een vervolgsconsult bij de reumatoloog op uw ziekenhuislocatie ingepland?

Onderstaande figuren laten zien dat voor het eerste consult in veruit de meeste gevallen 30 minuten wordt uitgetrokken en voor het vervolgsconsult 10 of 15 minuten. De in de beide figuren aangegeven waarden op de horizontale as zijn de enige opgegeven waarden; er zijn geen tussenliggende tijdsduren genoemd.

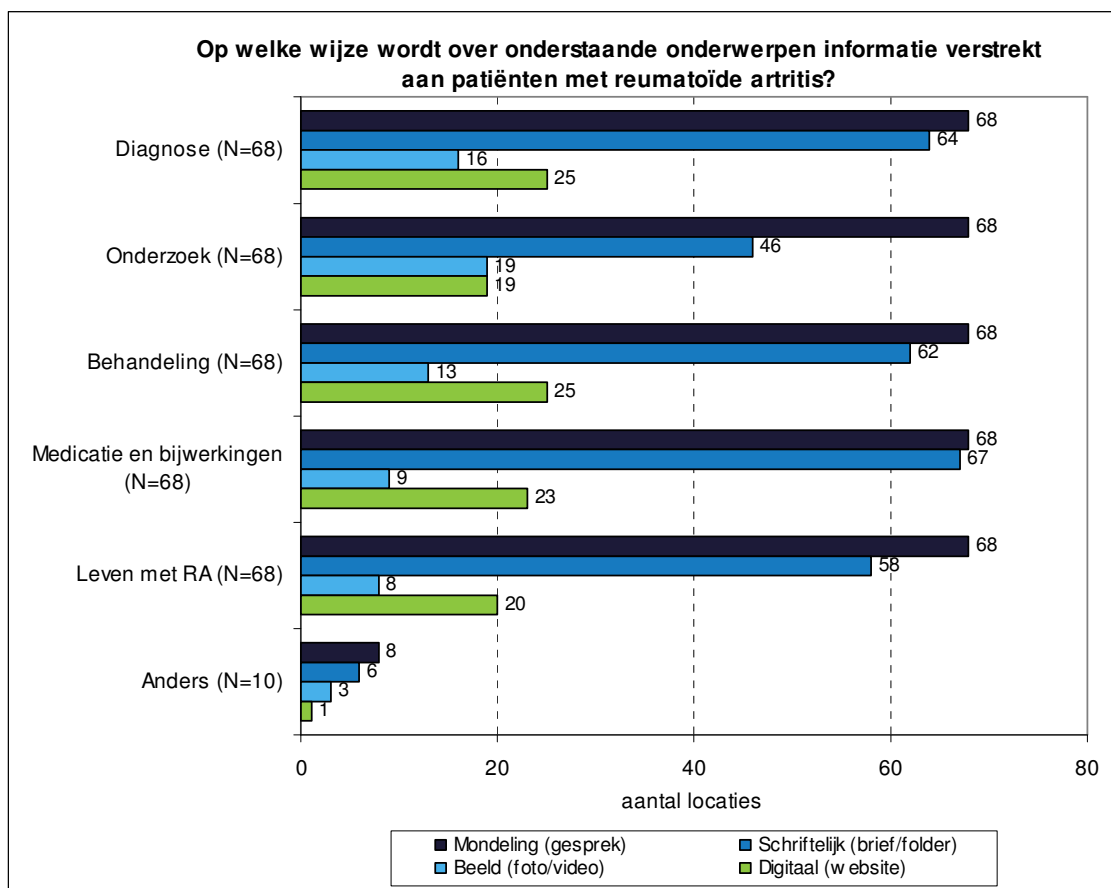


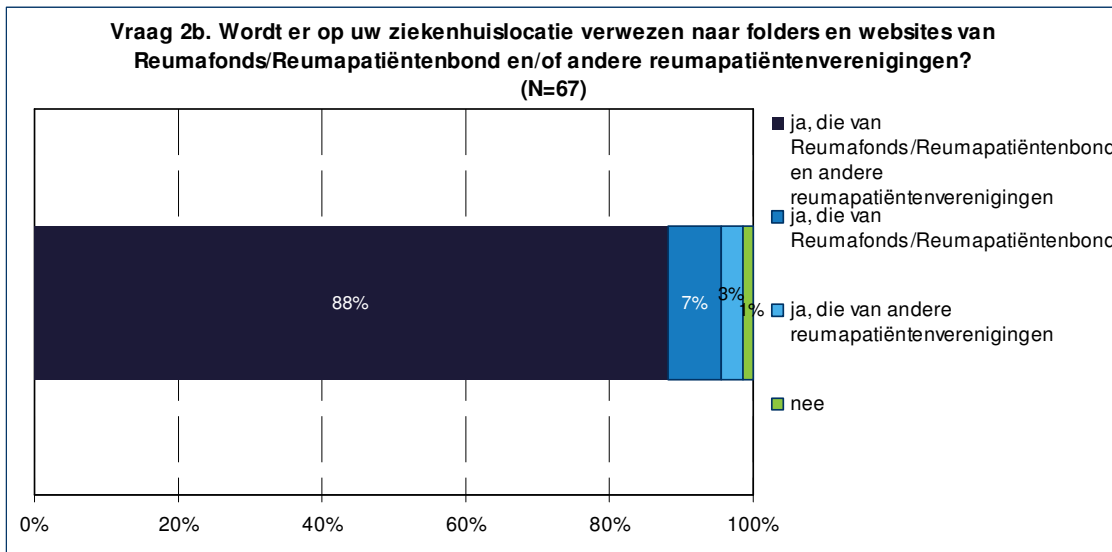
3.2. Klantpreferentievraag 2

Operationalisatie:

- A. Op welke wijze wordt over onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met reumatoïde artritis?
- B. Wordt er op uw ziekenhuislocatie verwezen naar folders en websites van Reumafonds/Reumapatiëntenbond en/of andere reumapatiëntenverenigingen?

Onderstaande figuren laten zien dat er over de verschillende in de figuur genoemde onderwerpen altijd mondeling en in veruit de meeste gevallen ook schriftelijk (brief/folder) informatie wordt verstrekt aan patiënten met reumatoïde artritis. Via beeld (foto/video) of digitaal (website) komt beduidend minder vaak voor. In bijna alle gevallen wordt verwezen naar folders en websites van Reumafonds/Reumapatiëntenbond en/of andere reumapatiëntenverenigingen.



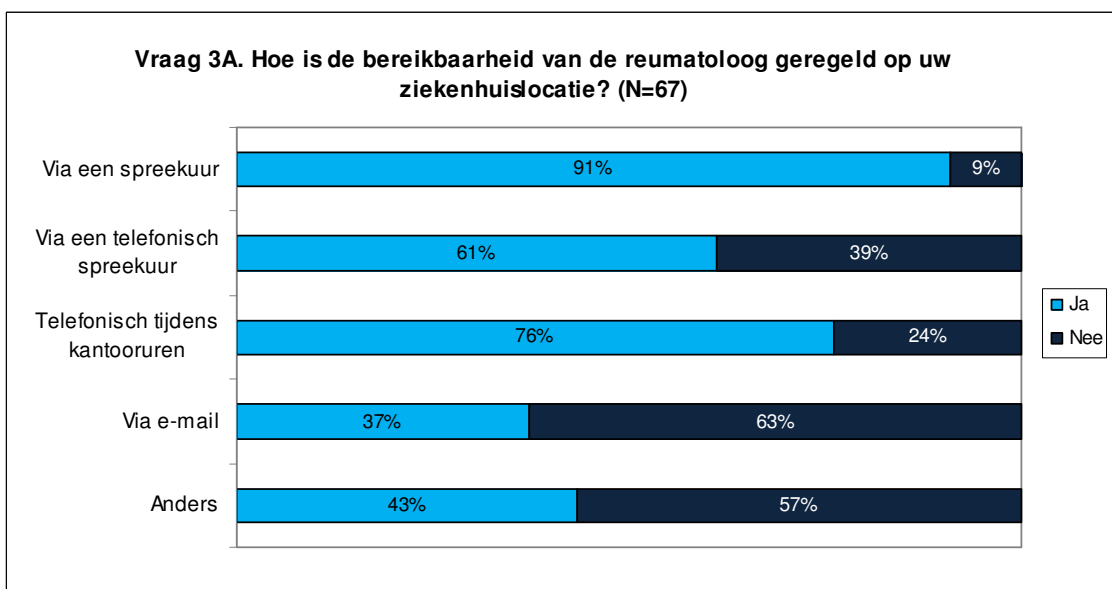


3.3. Klantpreferentievraag 3

Operationalisatie:

- Hoe is de bereikbaarheid van de reumatoloog geregeld op uw ziekenhuislocatie?
- Hoe is de bereikbaarheid van de (reuma)verpleegkundige geregeld op uw ziekenhuislocatie?

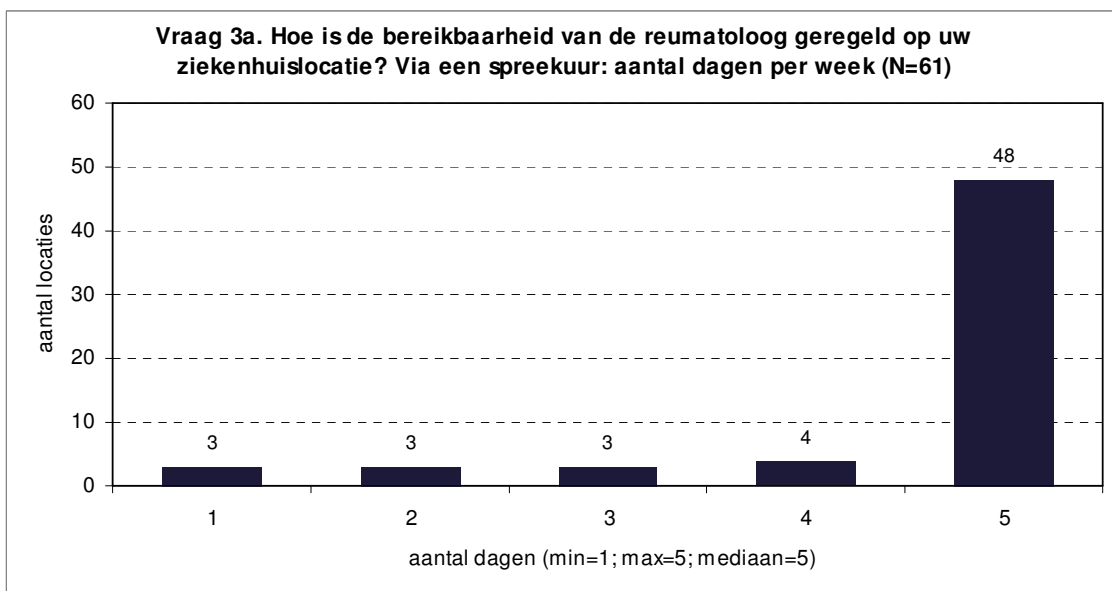
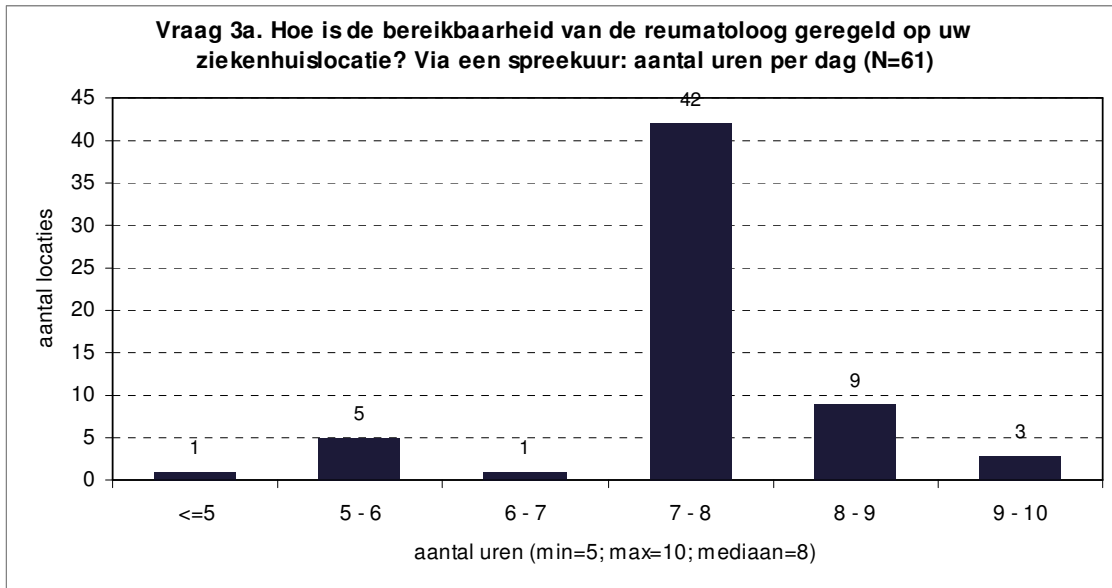
Onderstaande figuren laten zien dat de bereikbaarheid van de reumatoloog niet in alle gevallen via een spreekuur is geregeld. Bereikbaarheid via een telefonisch spreekuur of telefonisch tijdens kantooruren is in 61% respectievelijk 76% van de gevallen geregeld. In 37% van de gevallen is de reumatoloog via e-mail te bereiken en in 43% van de gevallen is de bereikbaarheid nog weer anders geregeld.

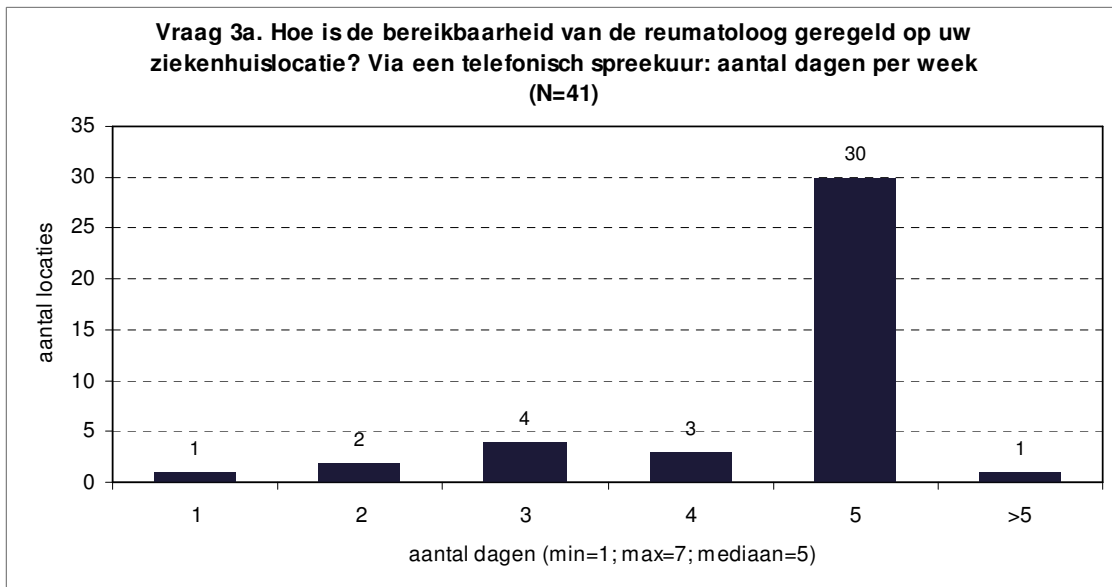
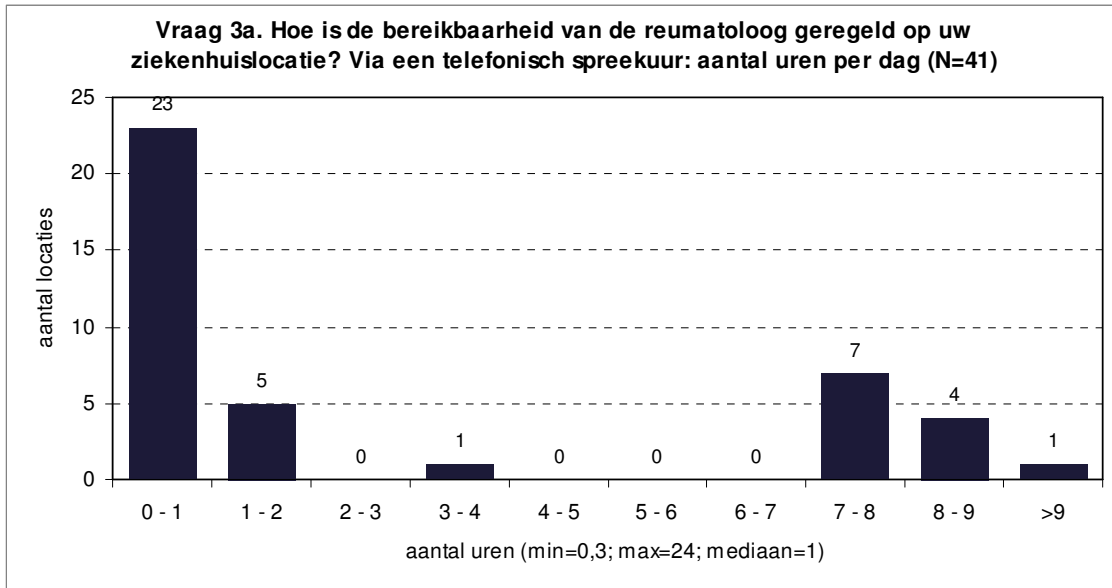


De hieronder volgende figuren laten zien:

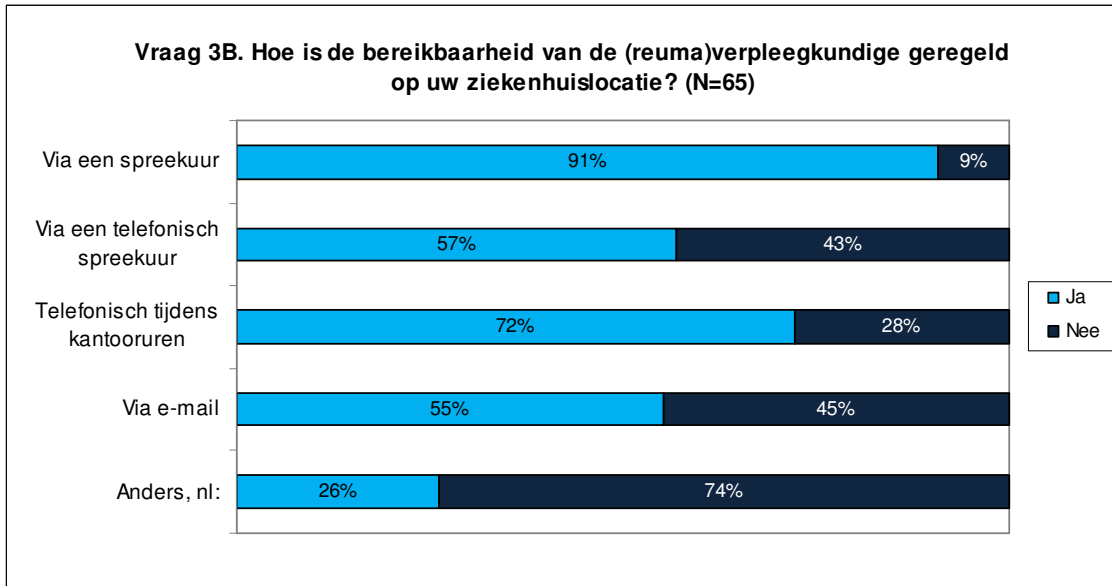
- In geval van een spreekuur met de reumatoloog is die meestal 7 à 8 uren per dag en meestal gedurende 5 dagen per week georganiseerd.

- In geval van telefonisch spreekuur is die meestal gedurende 1 à 2 uur per dag geregeld en meestal gedurende 5 dagen per week.



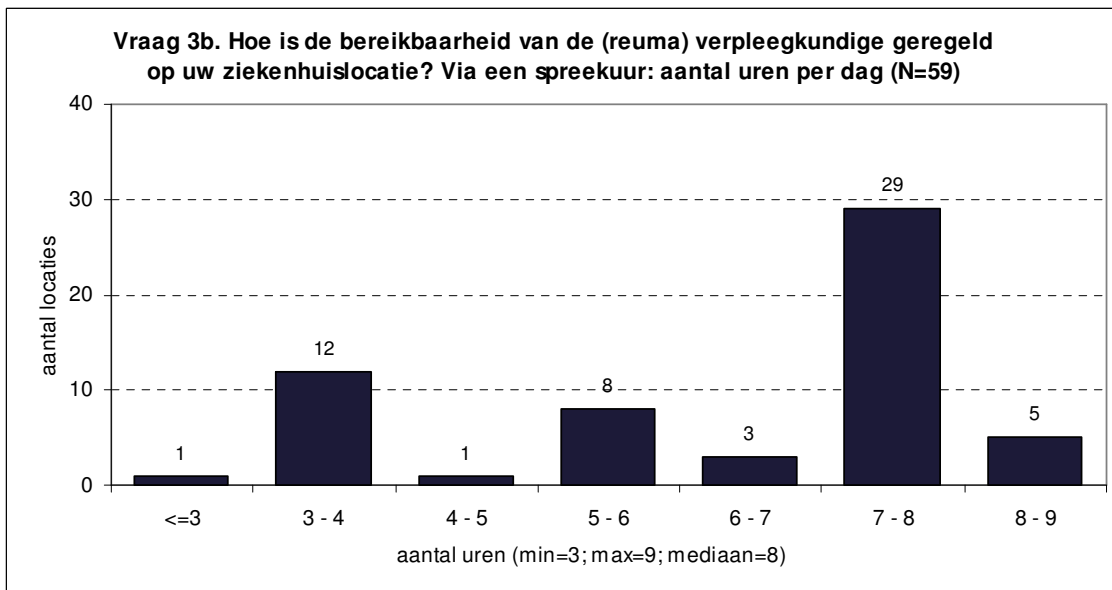


Onderstaande figuren laten zien dat de bereikbaarheid van de reumaverpleegkundige eenzelfde patroon volgt als die voor de bereikbaarheid van de reumatoloog. Niet in alle gevallen is de bereikbaarheid via een spreekuur geregeld. Bereikbaarheid via een telefonisch spreekuur of telefonisch tijdens kantooruren is in 57% respectievelijk 72% van de gevallen geregeld. In 55% van de gevallen is de reumatoloog via e-mail te bereiken en in 26% van de gevallen is de bereikbaarheid nog weer anders geregeld.

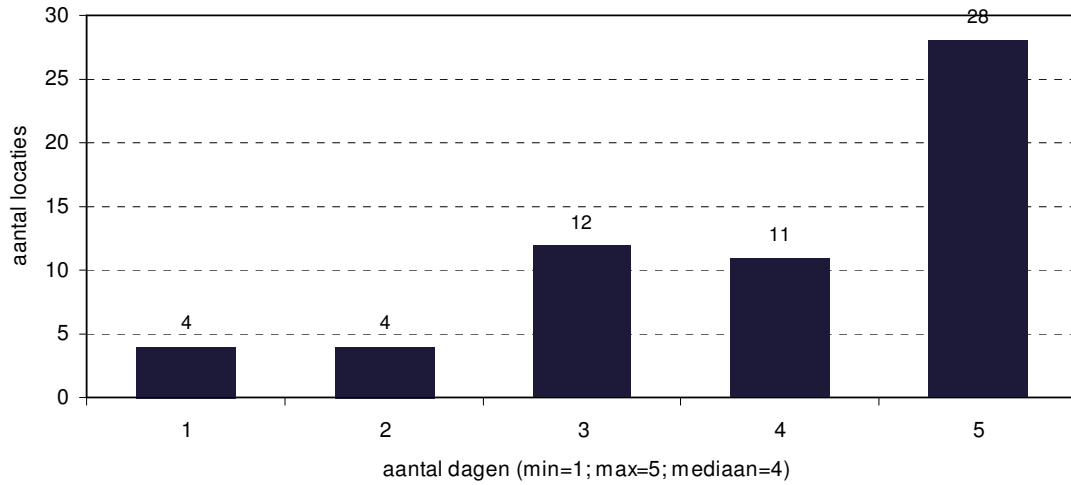


De hieronder volgende figuren laten zien:

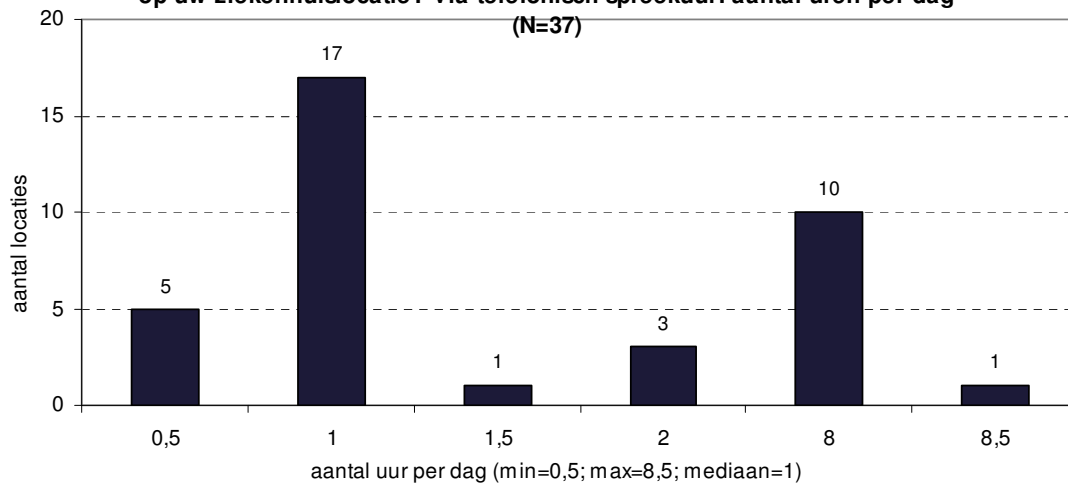
- In geval van een spreekuur met een (reuma)verpleegkundige is die meestal 7 à 8 uren per dag en meestal gedurende 5 dagen per week georganiseerd. Er is echter sprake van beduidend meer spreiding dan bij de bereikbaarheid van de reumatoloog.
- In geval van telefonisch spreekuur is die meestal gedurende 1 uur per dag geregeld en meestal gedurende 5 dagen per week. Ook hier is de spreiding groter vergeleken met de bereikbaarheid van de reumatoloog. (NB. tussenliggende waarden op de horizontale as van de derde grafiek zijn in de beantwoording van de vragen niet genoemd.)

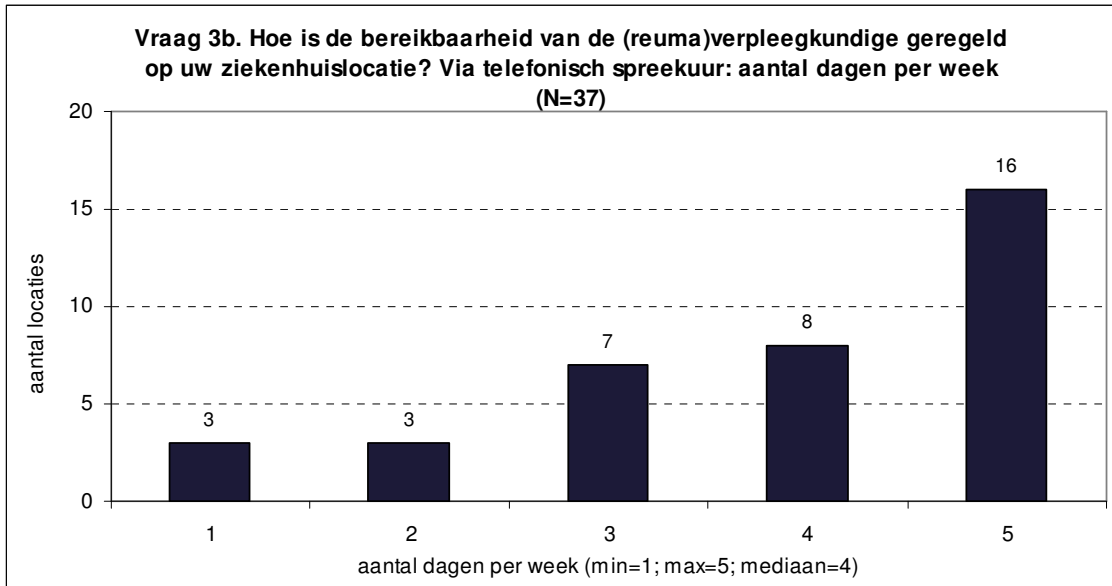


Vraag 3b. Hoe is de bereikbaarheid van de (reuma) verpleegkundige geregeld op uw ziekenhuislocatie? Via een spreekuur: aantal dagen per week (N=59)



Vraag 3b. Hoe is de bereikbaarheid van de (reuma)verpleegkundige geregeld op uw ziekenhuislocatie? Via telefonisch spreekuur: aantal uren per dag (N=37)



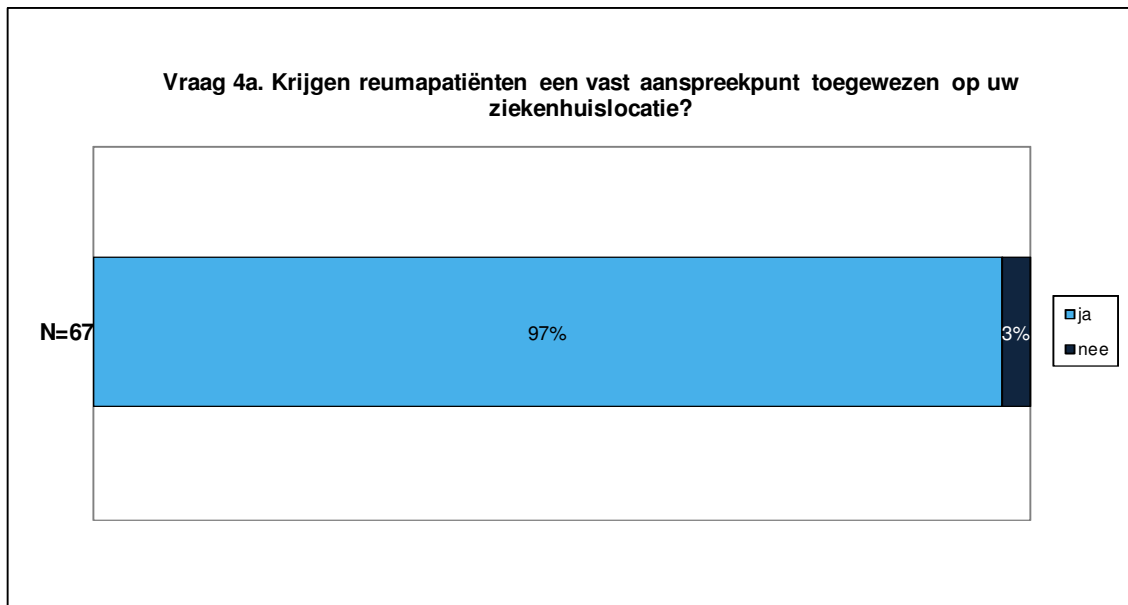


3.4. Klantpreferentievraag 4

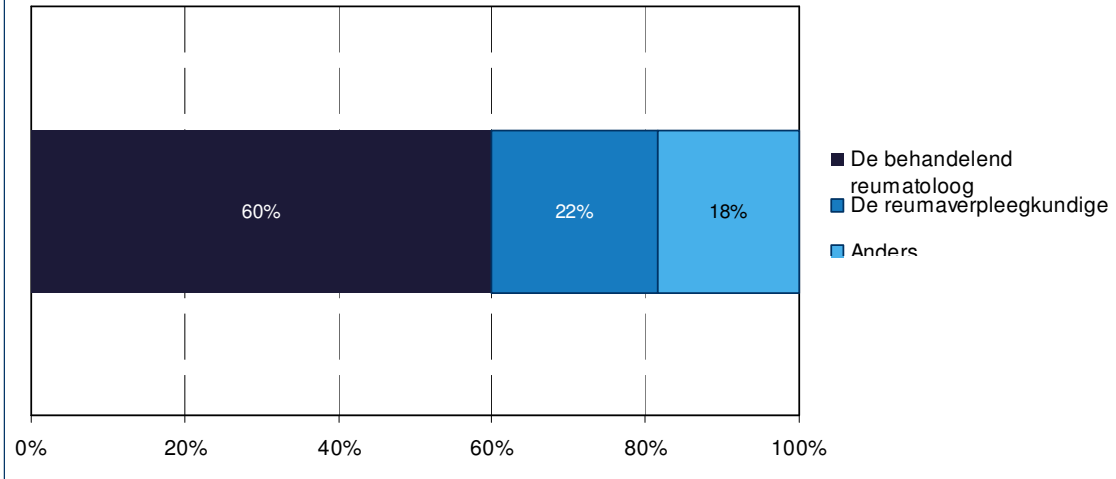
Operationalisatie: Krijgen reumapatiënten een vast aanspreekpunt toegewezen op uw ziekenhuislocatie?

Zo ja, wie is dit vaste aanspreekpunt?

Uit onderstaande grafiek wordt duidelijk dat in veruit de meeste gevallen de reumapatiënten een vast aanspreekpunt toegewezen krijgen op de ziekenhuislocatie. In meer dan de helft van de gevallen is dit vaste aanspreekpunt de reumatoloog.



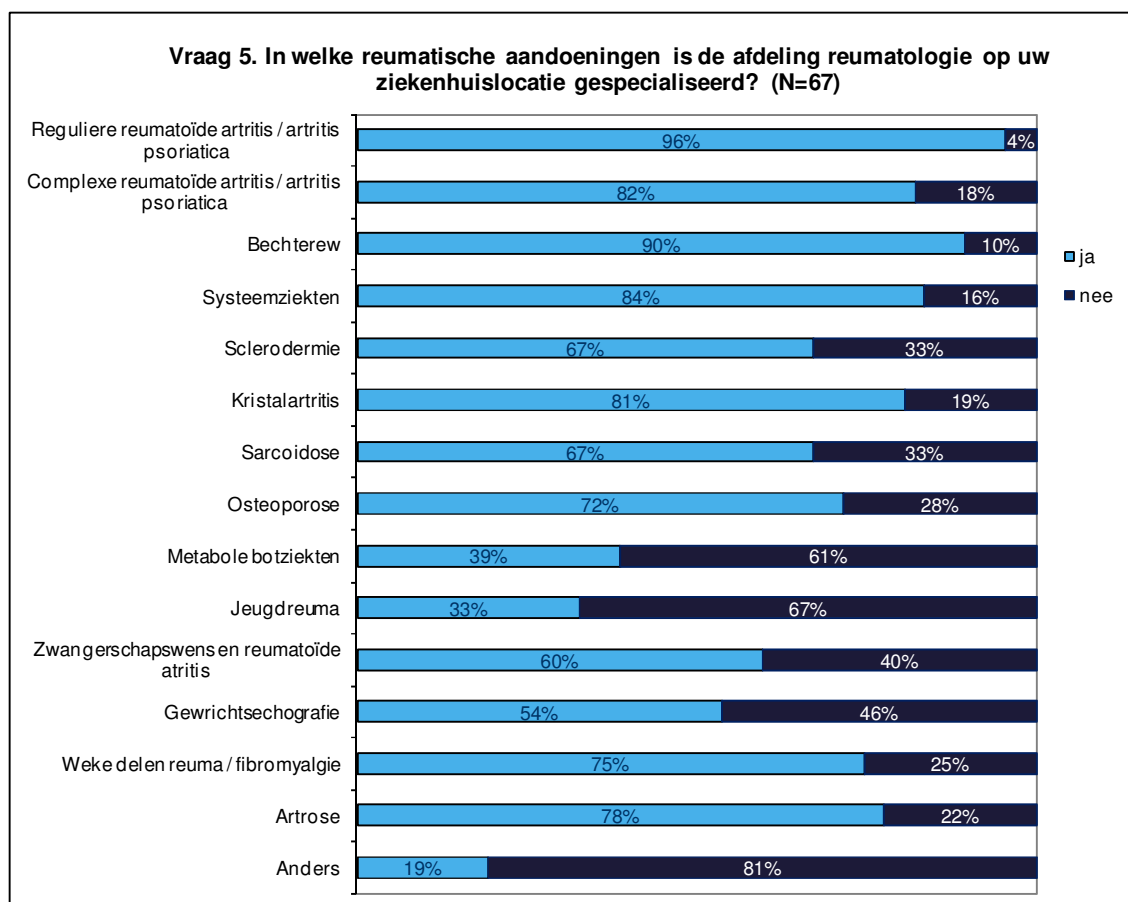
Vervolgvraag 4. Zoja, wie is dit vaste aanspreekpunt? (N=65)



3.5. Klantpreferentievraag 5

Operationalisatie: In welke reumatische aandoeningen is de afdeling reumatologie op uw ziekenhuislocatie gespecialiseerd?

Onderstaande figuur laat zien dat geen enkele locatie op alle genoemde reumatische aandoeningen gespecialiseerd is. Bijna alle locaties zijn gespecialiseerd in Reguliere reumatoïde artritis / artritis psoriatica (96%) en/of Bechterew (90%). De reumatische aandoeningen waarin het minst aantal afdelingen reumatologie in gespecialiseerd zijn, zijn Jeugdreuma (33%) en Metabole botziekten (39%).



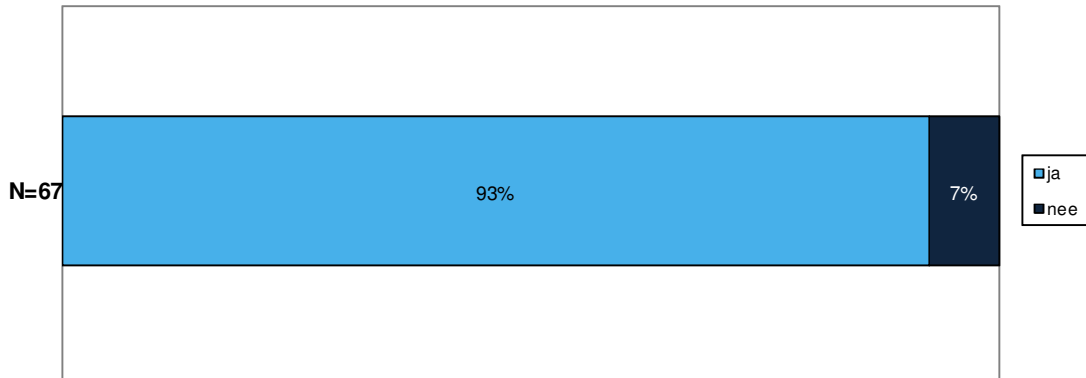
3.6. Klantpreferentievraag 6

Operationalisatie:

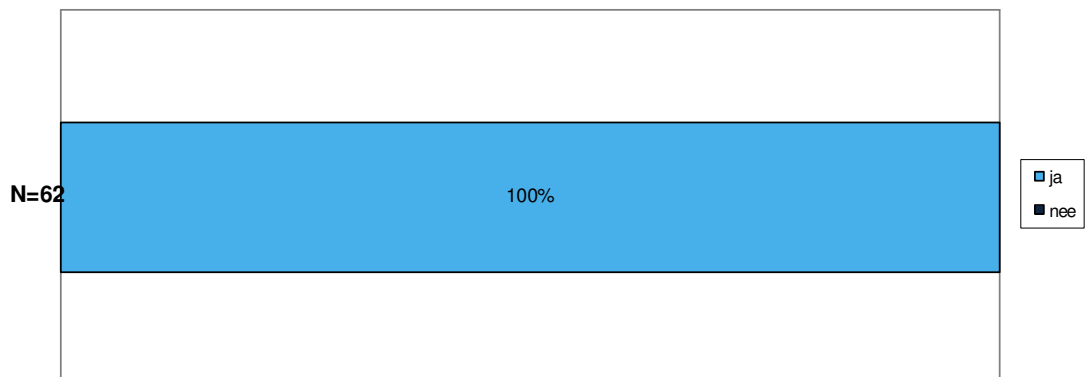
- A. Wordt er standaard minimaal één keer per jaar het effect van de behandeling bij reumatoïde artritis gemeten?
Indien ja, wordt het effect van de behandeling dan geregistreerd?
- B. Kunt u in de onderstaande tabel aangeven op welke manier de onderzoeksuitslagen naar de patiënt worden teruggekoppeld?

Onderstaande figuren laten zien dat in veruit de meeste gevallen (93%) standaard minimaal één keer per jaar het effect van de behandeling bij reumatoïde artritis wordt gemeten en in alle gevallen wordt geregistreerd. De onderzoeksuitslagen worden vooral mondeling op het spreekuur of telefonisch teruggekoppeld. In ongeveer een kwart van de gevallen vindt (ook) terugkoppeling via de huisarts plaats.

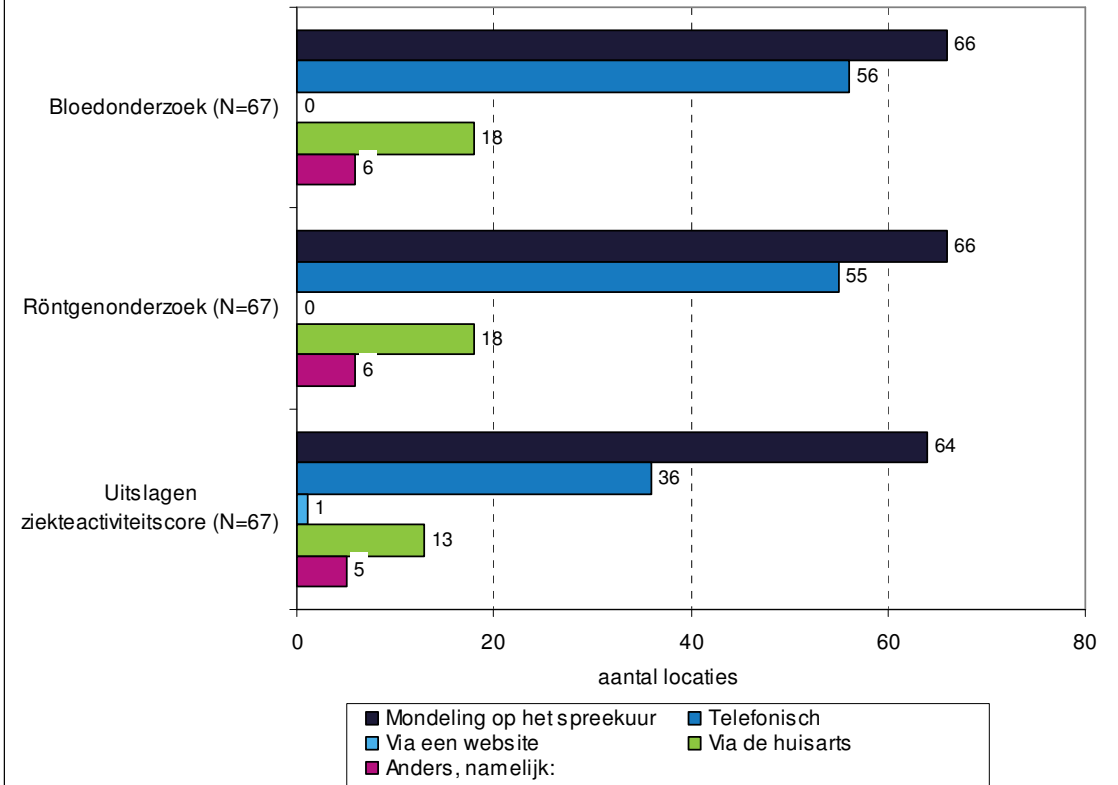
Vraag 6a1. Wordt er standaard minimaal één keer per jaar het effect van de behandeling bij reumatoïde artritis gemeten?



Vraag 6a2. Wordt het effect van de behandeling dan geregistreerd?



Vraag 6B. Kunt u in de onderstaande tabel aangeven op welke manier de onderzoeksuitslagen naar de patiënt worden teruggekoppeld?



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.

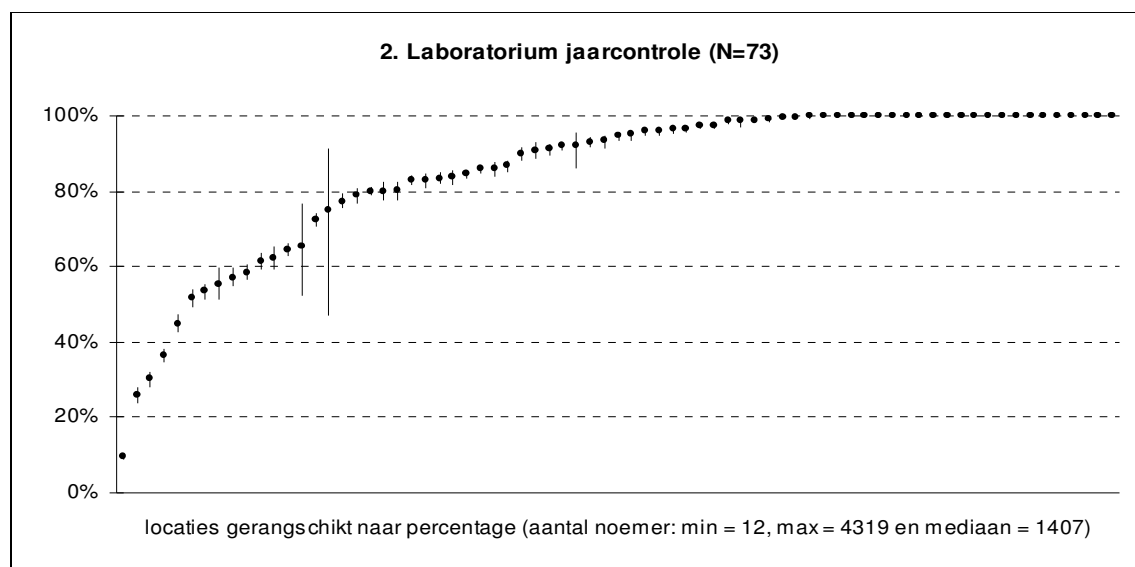
Kwalitatieve zorginhoudelijke indicatoren

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.



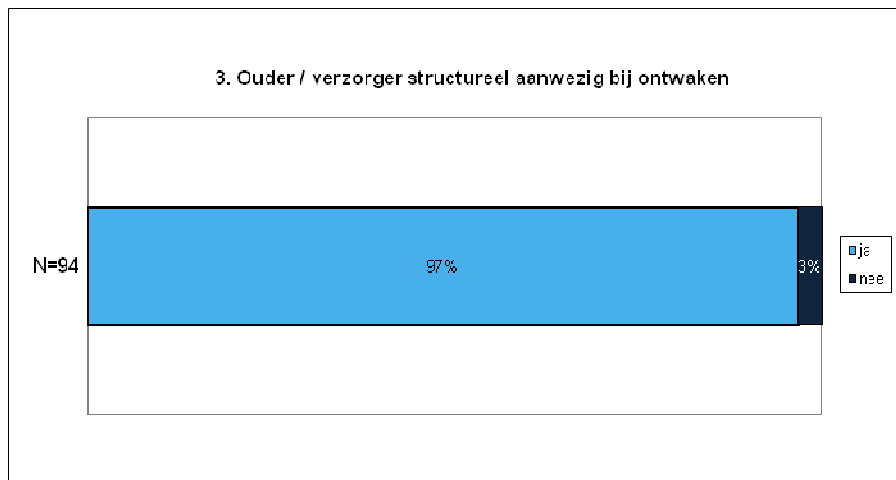
Boven de figuur staat in de titel (die beschrijft welke indicator het betreft) de N tussen haakjes weergegeven; dit is het aantal locaties dat gegevens heeft aangeleverd voor zowel de teller als de noemer.

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.

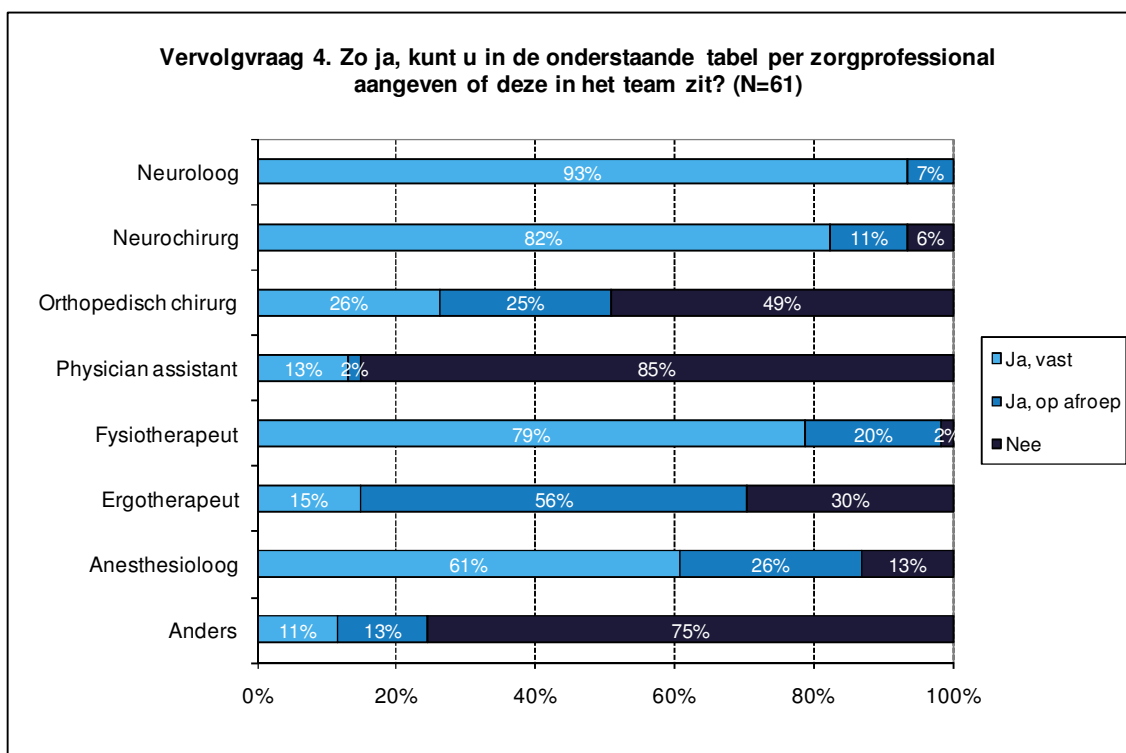
3. Reepplot

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.

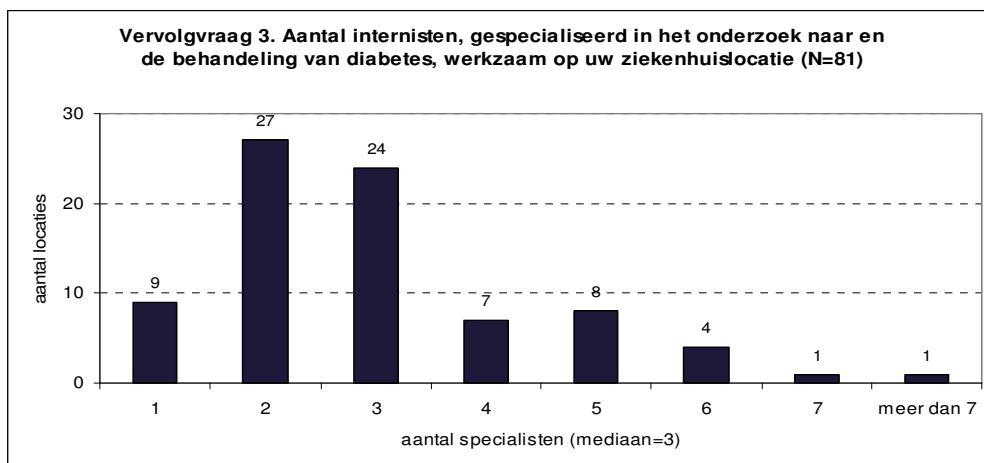


Het percentage geeft (in dit geval) aan in welk deel van de ziekenhuislocaties een bepaalde zorgprofessional in het multidisciplinair team zit (vast of op afroep). Als vanzelfsprekend kunnen meerdere deskundigen op een ziekenhuislocatie in het team zitten.

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.



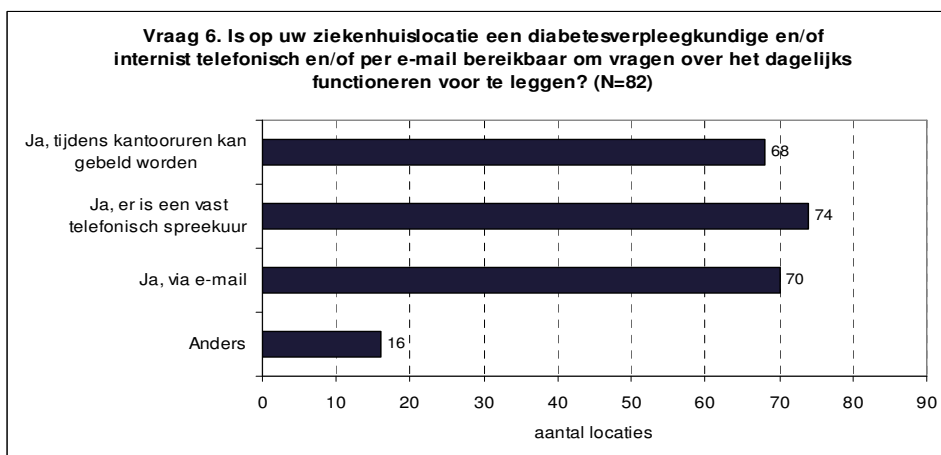
In dit voorbeeld wordt weergegeven op hoeveel locaties er 1, 2, etc. internisten werkzaam zijn, gespecialiseerd in onderzoek naar en behandeling van diabetes.

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 wilt meten
Betrouwbaarheid van het registratieproces Verantwoordelijkheid	Rood	Alle ziekenhuizen bezien, zijn er vraagtekens te zetten bij de inrichting van het registratieproces.
	Oranje	Alle ziekenhuizen bezien, wordt ten dele aan belangrijke

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.

ziekenhuis		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 verstorend 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	66	100%	0%
gegevensgebruik	66	91%	9%
Deelindicator			
gegevensverzameling	66	100%	0%
verslagjaar	66	94%	6%
populatievaststelling	66	98%	2%
indicatorwaarde bepaling	66	94%	6%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee			
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders			
voor alle vragen ■ aantal patienten w waarop de percentages zijn gebaseerd			

1c. verificatietabel			
gegevensgoedkeuring	50	100%	0%
gegevensgebruik	50	84%	16%
Deelindicator			
gegevensverzameling	50	100%	0%
verslagjaar	50	100%	0%
populatievaststelling	50	96%	4%
indicatorwaarde bepaling	50	96%	4%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee			
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders			
voor alle vragen ■ aantal patienten w waarop de percentages zijn gebaseerd			

2b. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	40	98%		3%		
gegevensgebruik	40	88%		13%		
Deelindicator						
		Teller			Noemer	
gegevensverzameling	40	53%	48%	40	88%	13%
verslagjaar	40	98%	3%	40	98%	3%
populatievaststelling	40	90%	10%	40	100%	0%
indicatorwaarde bepaling	40	88%	13%	40	98%	3%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten w waarop de percentages zijn gebaseerd						

2V. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	12	100%			0%	
gegevensgebruik	12	83%			17%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	12	25%	75%	12	42%	58%
verslagjaar	12	92%	8%	12	92%	8%
populatievaststelling	12	92%	8%	12	100%	0%
indicatorwaarde bepaling	12	100%	0%	12	100%	0%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten w aarop de percentages zijn gebaseerd						

3a. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	52	98%			2%	
gegevensgebruik	52	88%			12%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	52	75%	25%	52	92%	8%
verslagjaar	52	100%	0%	52	98%	2%
populatievaststelling	52	98%	2%	52	98%	2%
indicatorwaarde bepaling	52	96%	4%	52	98%	2%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten w aarop de percentages zijn gebaseerd						

3b. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	44	98%			2%	
gegevensgebruik	44	84%			16%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	44	82%	18%	44	89%	11%
verslagjaar	44	100%	0%	44	100%	0%
populatievaststelling	44	98%	2%	44	100%	0%
indicatorwaarde bepaling	44	98%	2%	44	100%	0%
voor alle vragen behalve 'gegevensverzameling': ■ ja ■ nee						
voor 'gegevensverzameling': ■ volledige telling ■ anders						
voor alle vragen ■ aantal patienten w aarop de percentages zijn gebaseerd						

5b. verificatietabel						
gegevensgoedkeuring	54	98%			2%	
gegevensgebruik	54	89%			11%	
Deelindicator	Teller			Noemer		
gegevensverzameling	54	67%	33%	54	91%	9%
verslagjaar	54	98%	2%	54	98%	2%
populatievaststelling	54	93%	7%	54	98%	2%
indicatorwaarde bepaling	54	93%	7%	41	100%	0%
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					
	Bron				
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	Anders
	64	20	5	2	15

1c. Brongegevens					
	Bron				
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	Anders
	47	16	5	1	10

2b. Brongegevens					
Teller / Noemer	Bron				
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	Anders
T	20	11	7	16	20
N	37	17	4	3	4

2V. Brongegevens					
Teller / Noemer	Bron				
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	Anders
T	4	1	3	5	6
N	8	1	3	5	4

3a. Brongegevens						
Teller / Noemer	Bron					
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	LIMS (Laboratorium Informatie Management Systeem)	papieren (poli)klinische status	Anders
T	35	24	6	31	5	8
N	49	20	5	5	2	4

3b. Brongegevens						
Teller / Noemer	Bron					
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	LIMS (Laboratorium Informatie Management Systeem)	papieren (poli)klinische status	Anders
T	30	17	7	33	4	5
N	37	18	6	22	2	3

5b. Brongegevens					
Teller / Noemer	Bron				
	DBC-registratie	verrichtingen registratie	elektronisch (poli)klinische status	papieren (poli)klinische status	Anders
T	34	23	8	9	19
N	51	20	4	2	3

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 258 schoningsvragen gesteld (waarvan er 83 zijn ingetrokken; zie tabel E.1.) aan 69 van de 85 locaties die gegevens hebben aangeleverd. Alle locaties hebben 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 (Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek) door verwarring over de formulering van de vraag versus de presentatie van de indicatorwaarde in de webenquête (zie tabel E.1.; deze vragen zijn later ingetrokken). De meeste schoningsvragen daarna zijn, voor wat betreft de zorginhoudelijke indicatoren, gesteld voor indicator 3a (Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is). De reden hiervoor is dat een groot aantal ziekenhuislocaties een score van 100% heeft. Deze waarde is tijdens de schoning standaard teruggekoppeld aan de ziekenhuizen als opvallende waarde.

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. Beschikbaarheid reumaverpleegkundige binnen de polikliniek								
Indicator 1a	Is een reumaverpleegkundige (verpleegkundig reumaconsulent en/of nurse practitioner) binnen de polikliniek reumatologie aanwezig met een zelfstandig spreekuur?	Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Indicator 1b	Wat is het aantal FTE verpleegkundig reumaconsulent (VRC) binnen de polikliniek dat beschikbaar is op een patiëntenpopulatie van 1.000 patiënten?	Teller/Noemer	58	64	4	58*	teller: 0 noemer: 0; indicatorwaarde: 2*	0
Indicator 1c	Wat is het aantal FTE nurse practitioner (NP) binnen de polikliniek dat beschikbaar op een patiëntenpopulatie van 1.000 patiënten?	Teller/Noemer	14	23	nvt	14*	nvt noemer: 0; indicatorwaarde: 9*	0
2. Monitoring van ziekteactiviteit bij RA-patiënten								
Indicator 2a	Zijn DAS-28 metingen elektronisch vastgelegd en op te vragen?	Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Indicator 2b	Het percentage reumatoïde artritis patiënten waarbij de ziekteactiviteit (DAS-28 score) binnen de afgesloten DBC	Teller/Noemer	22	23	7	0	nvt noemer: 1; indicatorwaarde: 0	15
Vervolgindicator 2	Het percentage RA-patiënten met een lage ziekteactiviteit (DAS-28 < 3,2)	Teller/Noemer	7	7	4	0	3 0	0
3. Het percentage RA-patiënten waarbij de ontstekingsactiviteit onder controle is								
Indicator 3a	Het percentage patiënten met RA waarbij CRP en/ of de BSE is gemeten.	Teller/Noemer	31	32	12	0	2 noemer: 0; indicatorwaarde: 0	18
Indicator 3b	Het percentage reumatoïde artritis patiënten waarbij de laatst gemeten CRP-waarde onder de 10 ligt of waarbij de	Teller/Noemer	24	24	8	0	15 noemer: 0; indicatorwaarde: 1	0
4. Beschikbaarheid multidisciplinaire spreekuren								
Indicator 4	Welk van de onderstaande multidisciplinaire spreekuren/overleggen zijn binnen uw ziekenhuis aanwezig?	Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
5. Patiëntenvoorlichting								
Indicator 5a	Komen in het gesprek met de reumatoloog of reumaverpleegkundige aan RA-patiënten de volgende	Ja/Nee	3	nvt	3	nvt	nvt	nvt
Indicator 5b	Het percentage patiënten dat binnen één jaar na diagnose een gesprek heeft gehad met de reumaverpleegkundige.	Teller/Noemer	27	30	2	0	nvt noemer: 3; indicatorwaarde: 0	25

*) De schoningsvragen 'fake antwoord' bij indicatoren 1b en 1c zijn veroorzaakt door een misverstand over de factor 1000 die in de formulering van deze indicatoren zijn opgenomen en het feit dat in de webenquête reeds rekening was gehouden met deze factor voor de berekening van de waarde van de indicator. De verwarring leidde ertoe dat sommige locaties wel en andere juist niet de factor 1000 toepasten. Naar aanleiding van helpdeskvragen zijn deze schoningsvragen op 19 mei 2010 dan ook ingetrokken. Daarmee vervielen ook de bij deze indicatoren voorkomende schoningsvragen over statistisch afwijkende waarden.

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	Hoeveel minuten worden er over het algemeen per reumapatiënt voor een <u>eerste</u> consult en voor een <u>vervolg</u> consult bij de reumatoloog op uw ziekenhuislocatie ingepland?	Aantal	18	19	nvt	0	nvt	19	nvt
KP2	Op welke wijze wordt over onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met reumatoïde artritis?	4 categorieën	3	3	3	nvt	nvt	nvt	nvt
KP3	A. Hoe is de bereikbaarheid van de reumatoloog geregeld op uw ziekenhuislocatie?	Meerdere antwoorden mogelijk + aantallen	26	33	nvt	nvt	nvt	33	nvt
	B. Hoe is de bereikbaarheid van de (reuma) verpleegkundige geregeld op uw ziekenhuislocatie?		0	0	nvt	0	0	0	0
KP4	Krijgen reumapatiënten een vast aanspreekpunt* toegewezen op uw ziekenhuislocatie?	Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
KP5	In welke reumatische aandoeningen is de afdeling reumatologie op uw ziekenhuislocatie gespecialiseerd?	14 categorieën	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
KP6	A. Wordt er standaard minimaal één keer per jaar het effect van de behandeling bij reumatoïde artritis gemeten*?	Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
	B. Kunt u in de onderstaande tabel aangeven op welke manier de onderzoeksuitlagen naar de patiënt worden teruggekoppeld?	Ja/Nee	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt

