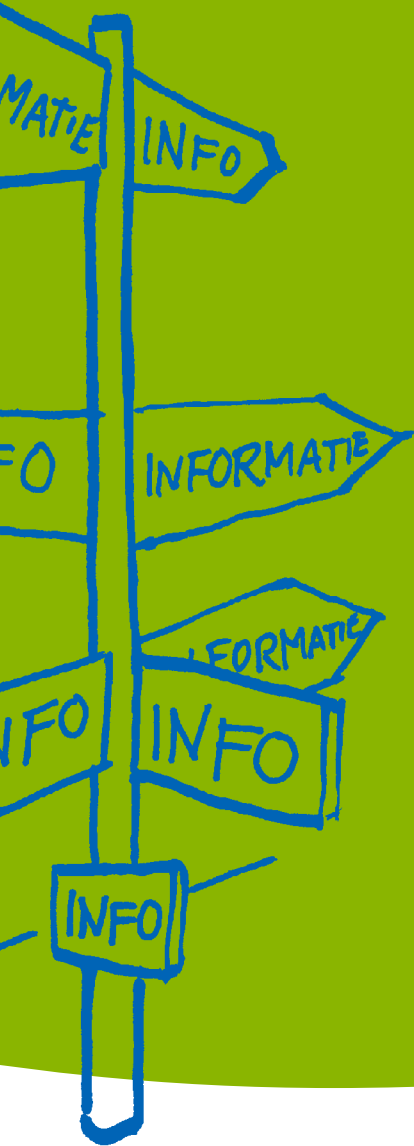
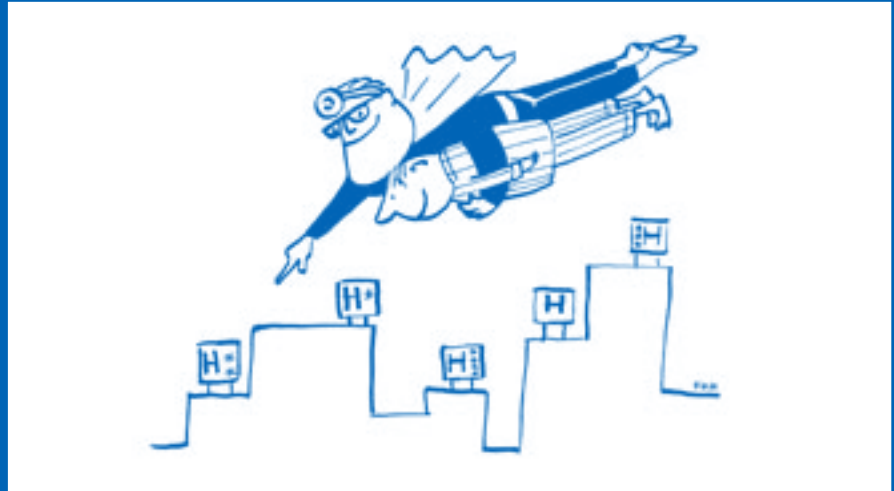


Handleiding indicatorontwikkeling



Drs. N. Beersen

Dr. M. Kallewaard

Drs. J.J. van Croonenborg

Dr. J.J.E. van Everdingen

Ir. T.A. van Barneveld

Handleiding indicatorontwikkeling



Versie 1.0 d.d. 28 maart 2007

Mw. Drs. N. Beersen (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO)

Mw. Dr. M. Kallewaard (Orde van Medisch Specialisten)

Mw. Drs. J.J. van Croonenborg (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO)

Dr. J.J.E. van Everdingen (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO)

Ir. T.A. van Barneveld (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO)

Inhoudsopgave

1	Introductie	4
1.1	Inleiding	4
1.2	Indicatoren als onderdeel van het kwaliteitsbeleid	5
1.3	Wat zijn indicatoren?	6
1.4	Richtlijnen en indicatoren	7
1.5	Gebruik van indicatoren	7
1.6	Appraisal of Indicators, Research and Evaluation (AIRE) instrument	8
1.7	Update van de handleiding	9
2	Methodiek	10
Stap 1	Vaststellen van het algemene doel van de indicatorontwikkeling	10
Stap 2	Projectorganisatie / samenstellen werkgroep	11
Stap 3	Opnieuw vaststellen doel(en) binnen de werkgroep	11
Stap 4	Afbakening	12
Stap 5	Inventarisatie	14
Stap 6	Groslijst potentiële indicatoren	17
Stap 7	Samenvatting potentiële indicatoren	18
Stap 8	Uitwerking indicatoren in factsheets	19
Stap 9	Leeswijzer	20
Stap 10	Toetsen van de specificaties en inschatting van de haalbaarheid	21
Stap 11	Formuleren van generieke specificaties	22
Stap 12	Consultatie van beroepsverenigingen en overige partijen door de werkgroep	23
Stap 13	Aanpassen en vaststellen indicatoren	23
3	Referenties	24
	Bijlagen	26
1:	Taken werkgroep en adviseurs en agendapunten per vergadering	26
2:	Voorbeeld groslijst	29
3:	Mogelijke methodologische eisen ter beoordeling groslijst	32

4:	Samenvattingstabel	33
5:	Factsheet	34
6:	Bijlage 6 variabelenlijst met de specificaties behorende bij cataract	39
7:	Leeswijzer	43
8:	Bepaling indicatoren (voorbeeld cataract)	51
9:	Verwerken commentaar (voorbeeld uit: Kwaliteit van zorg rond staaroperaties in de etalage)	52

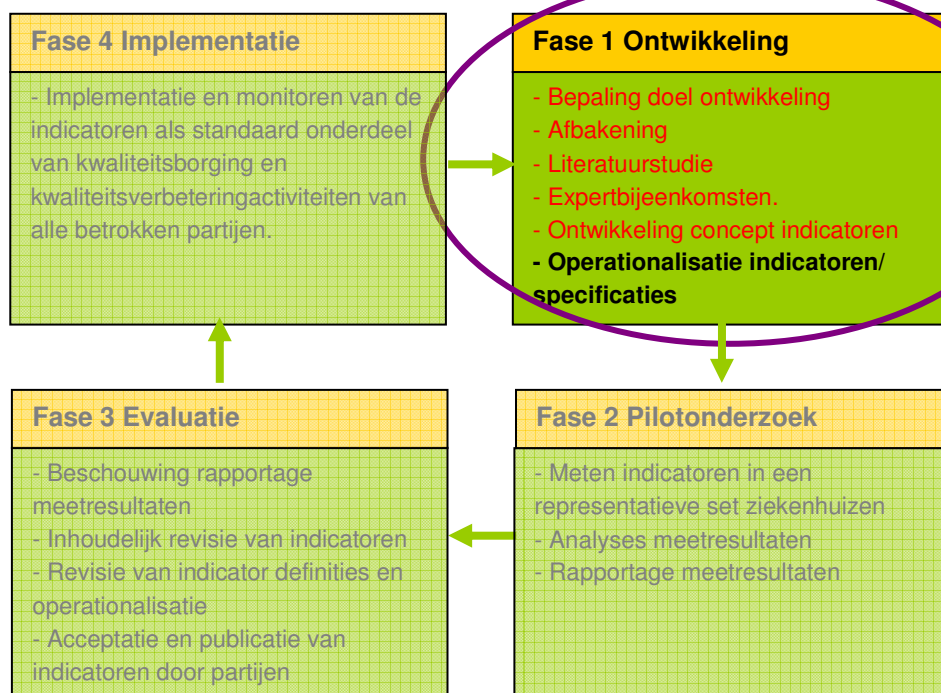
1 Introductie

1.1 Inleiding

Het doel van deze handleiding is een praktische leidraad te geven voor het ontwikkelen van indicatoren in de gezondheidszorg. De handleiding indicatorontwikkeling is geschreven door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (CBO) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS). De structuur van dit document volgt de ontwikkeling van een indicatoren: van het vaststellen van het algemene doel van de indicatorontwikkeling tot het vaststellen van de indicatorenset. Het doel van deze handleiding is werkgroepleden en anderen die zich (gaan) bezighouden met indicatorenontwikkeling in de zorgsector (clinici, onderzoekers, beleidsmedewerkers, kwaliteitsfunctionarissen etc.) van een stappenplan en voorbeelden te faciliteren bij hun activiteiten voor de indicatorontwikkeling. Het CBO staat open voor commentaar op deze handleiding en voor suggesties en verbeteringen.

De handleiding is tot stand gekomen in het kader van het projecten “Kwaliteit van Zorg in de Etalage” en “De praktijktest Ziekenhuistransparantie”. Deze projecten waren gericht op het ontwikkelen en testen op haalbaarheid van zogeheten externe indicatoren, met betrekking tot effectiviteit en veiligheid rond een tiental Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

De ontwikkelstappen in deze handleiding zijn echter ook te gebruiken bij indicatorontwikkeling ten behoeve van andere doeleinden, bijv. kwaliteitsvisitaties of verbeteracties binnen een afdeling, maatschap, vakgroep of wetenschappelijke vereniging (zie verder paragraaf 1.2).



Figuur 1: Verschillende fasen van indicator ontwikkeling

Figuur 1 laat alle fasen zien die doorlopen moeten worden voordat een set indicatoren optimaal gebruikt kan worden. De huidige handleiding indicatorontwikkeling (versie 1.0) beschrijft alleen fase 1.

1.2 Indicatoren als onderdeel van het kwaliteitsbeleid

Voor een oordeel over de kwaliteit van zorg is informatie nodig. Door te meten kunnen gegevens verzameld worden die informatie over de kwaliteit van zorg verschaffen. Dit kan onder meer door de toepassing van indicatoren.

Het belang van indicatoren voor het management van instellingen en de professionele praktijkvoering kan groot zijn. Zo kunnen managers indicatoren gebruiken om sturingsinformatie (o.a. financiële gegevens en gegevens over medewerkers- en klanttevredenheid) te genereren aan de hand waarvan het primaire proces gevolgd en zonodig bijgestuurd kan worden. Professionals kunnen indicatoren gebruiken om gegevens te verzamelen over de uitkomsten van de zorgprocessen waar zij (direct) bij betrokken zijn (spiegelinformatie). Deze informatie kan vervolgens weer gebruikt worden om vergelijkingen te maken met de prestaties van zorgverleners in andere instellingen (benchmark informatie). Ook kan de informatie die indicatoren opleveren gebruikt worden om richting te geven aan wetenschappelijk onderzoek, daar inzicht wordt geboden in de gebieden waarvoor meer bewijs voor gepast medisch handelen moet komen.

Naast het gebruik van indicatoren voor de eigen organisatie / praktijkvoering krijgt het gebruik van indicatoren ten behoeve van het afleggen van verantwoording aan derden steeds meer nadruk. Medisch specialisten en ziekenhuizen worden geacht rekenschap af te leggen over hun werkzaamheden.

Verzekeraars zijn als inkopers en financiers van zorg geïnteresseerd in informatie over kwaliteit, kosteneffectiviteit en onnodig gebruik van zorgvoorzieningen. Patiënten- en cliëntenorganisaties hebben behoefte aan informatie over de beschikbaarheid van zorg, de kwaliteit van het zorgaanbod en de bejegening. Dergelijke informatie biedt hun de mogelijkheid keuzes te maken met betrekking tot hun behandeling. Beleidsmakers en overheden willen informatie over de toegankelijkheid van de zorg en de bijdrage van de verschillende zorgvoorzieningen aan de volksgezondheid. De IGZ is in haar rol van toezichthouder op zoek naar informatie over het realiseren van minimale kwaliteit van zorg.

Indicatoren zijn idealiter onderdeel van een geïntegreerd professioneel kwaliteitsbeleid, waarin deze samen met andere kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen, visitatie, accreditatie, nascholing, medical audits, patiëntvoorlichting, complicatieregistratie een samenhangend geheel vormen.

1.3 Wat zijn indicatoren?

Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de mate van kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie: het is geen directe maat voor kwaliteit maar wijst op een bepaald aspect van presteren en kan aanleiding zijn tot nader onderzoek. Een bruikbare indeling van indicatoren is die in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

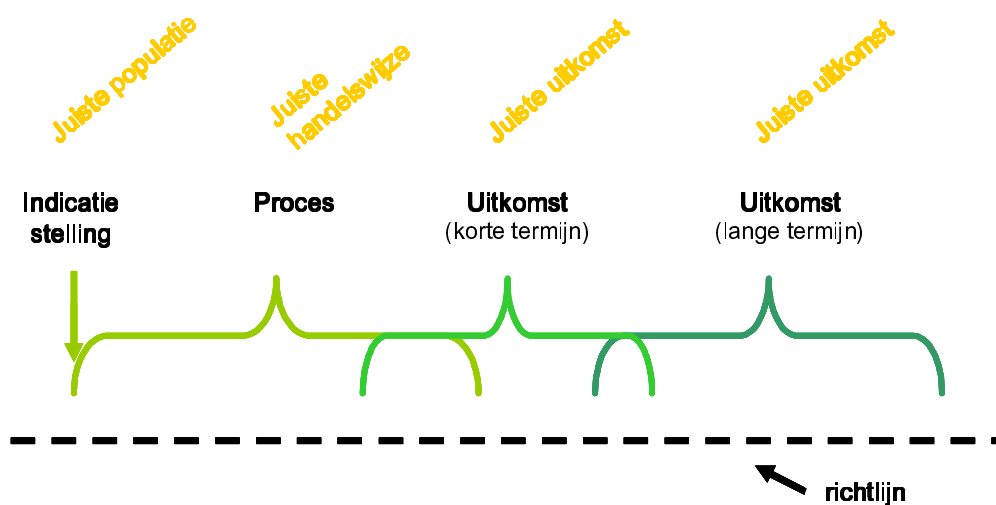
Structuurindicatoren geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen zorg wordt geleverd. Een voorbeeld van een structuurindicator is het 'Percentage diabetesteams met een podotherapeut' of 'aanwezigheid van een stroke unit'.

Procesindicatoren geven informatie over de handelingen die binnen een zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Het kenmerk van procesindicatoren is dat ze direct beïnvloedbaar zijn: ze meten hoe (vaak) iets is gedaan. Een voorbeeld van een procesindicator is 'het percentage patiënten met diabetes dat jaarlijks een oogheelkundig onderzoek krijgt'.

Indicatoren die betrekking hebben op de indicatiestelling zijn een speciaal soort procesindicatoren. Deze indicatoren geven informatie of de juiste groep patiënten de juiste behandeling krijgt.

Uitkomstindicatoren geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen gemeten op patiëntniveau. Uitkomstindicatoren zijn van vele factoren afhankelijk en daardoor vaak moeilijk te herleiden tot directe patiëntenzorg. Een voorbeeld van een uitkomstindicator is 'Het percentage patiënten met ernstige pijn 36 uur na een electieve ingreep'.

In figuur 2 staan de verschillende type indicatoren weergegeven die direct betrekking hebben op het behandeltraject dat een patiënt doorloopt. Beginnend met de indicatiestelling, de volgende stappen in het behandelproces, en uiteindelijk een behandeluitkomst. Idealiter worden indicatoren gebaseerd op een richtlijn (zie verder paragraaf 1.4).



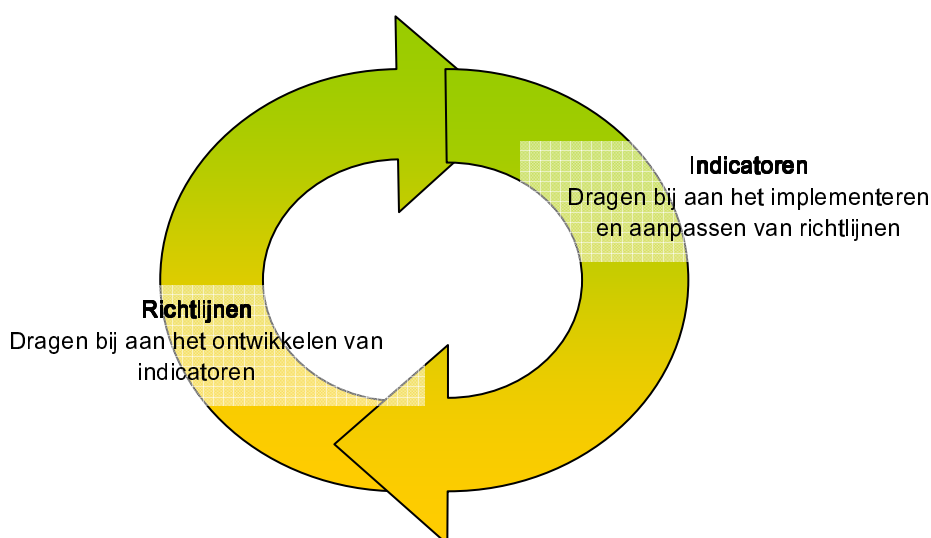
Figuur 2: Proces en uitkomst indicatoren

Ontwikkelaars van indicatoren dienen vroegtijdig afspraken te maken over het gebruiksdoel. In het kwaliteitsbeleid van de gezondheidszorg hebben indicatoren vele functies en doelen. Het gebruiksdoel dient dan ook leidend te zijn in de ontwikkeling van indicatoren. Methodologische vereisten kunnen uit het gebruiksdoel worden afgeleid.

Vaak zijn er hoge verwachtingen van het gebruik van indicatoren. Het gevaar bestaat dat als het gebruiksdoel niet helder is geformuleerd dat de ontwikkeling en gebruik van indicatoren als zeer teleurstellend ervaren wordt.

1.4 Richtlijnen en indicatoren

Een gefundeerde uitspraak over kwaliteit van een bepaald zorgproces is pas mogelijk als op een valide wijze (aan de hand van indicatoren) kan worden gemeten of wordt voldaan aan de kwaliteitscriteria zoals beschreven in een (multidisciplinaire) evidence-based richtlijn die door de wetenschappelijke verenigingen is geautoriseerd. Idealiter worden indicatoren gebaseerd op een richtlijn. Een goede evidence-based richtlijn is niet altijd beschikbaar. In die gevallen worden indicatoren gebaseerd op het best beschikbare bewijs dat over de kwaliteit van zorg voorhanden is. Indicatoren kunnen startpunt vormen voor een nog te formuleren richtlijn. Daarnaast kunnen de gegevens die met een meting zijn verzameld een aanzet geven tot het aanpassen of actualiseren van de richtlijn.



Figuur 3: Samenhang tussen richtlijnen en indicatoren

1.5 Gebruik van indicatoren

Traditioneel worden indicatoren onderscheiden in “interne” en “externe” indicatoren. Doel van *interne* indicatoren is vooral het bewaken en verbeteren van de zorgprocessen of beroepsuitoefening binnen de eigen instelling. Door het continu meten van prestaties kan de zorgverlening kritisch onder de loep worden genomen of kunnen ontwikkelingen (b.v. het invoeren van een protocol) worden gevolgd.

Externe indicatoren zijn bedoeld voor het afleggen van verantwoording over de kwaliteit van zorg aan bijvoorbeeld overheidsinstellingen, zorgverzekeraars of patiënten.

Deze onderverdeling is echter niet altijd sluitend. “Beroepsgroep eigen” indicatoren die een onderdeel vormen van de kwaliteitsvisite, waaraan de herregistratie van maatschappen en vakgroepen is verbonden, zijn bijvoorbeeld ook bedoeld voor het afleggen van verantwoording. Voor de verbetering van de eigen praktijkvoering kunnen interne én externe indicatoren (bijv. ten behoeve DBC-onderhandelingen) gebruikt worden. Voor de beantwoording van maatschappelijke informatievragen (veelal externe indicatoren), kunnen eventueel indicatoren worden benut die aanvankelijk voor (interne) kwaliteitsverbetering waren bedoeld.

Inherent aan het doel van “interne verbetering” en “externe verantwoording” is dat er verschillende methodologische eisen worden gesteld aan de indicatoren. Zo maakt het feit dat “externe” indicatoren vaak worden gebruikt voor onderlinge vergelijking (tussen professionals, maatschappen en/of ziekenhuizen) dat zij eenduidig gedefinieerd en voldoende gevalideerd dienen te zijn. Vergelijkingen tussen zorgaanbieders moeten immers reëel zijn en mogen niet veroorzaakt worden door verschillen in populatie of de manier van meten tussen ziekenhuizen. De aanwezigheid van een uitgebreide set interne indicatoren kan van waarde zijn voor de validering van externe indicatoren. Afwijkingen in het zorgproces of zorguitkomsten die door externe indicatoren worden gesignaleerd, kunnen immers verder onderzocht worden met interne indicatoren.

Voor een interne indicator heeft men minder aandacht te besteden aan de validering dan voor een externe indicator. Het gaat hierbij immers om voor- en nametingen in de eigen situatie waarvan verondersteld kan worden dat veel “versturende” variabelen constant blijven. Echter zodra gegevens samengevoegd worden in een benchmark en daarmee onderlinge vergelijking een rol gaat spelen, wordt ook validering van de betreffende indicatoren belangrijk.

Bij externe indicatoren is uitgebreide validering cruciaal. De vergelijkingen moeten immers fair en reëel zijn: relevante verschillen in zorgcontext mogen niet over het hoofd worden gezien. Om geen appels met peren te vergelijken, moet voor alle mogelijk relevante verschillen tussen de zorgcontexten worden gecorrigeerd (case-mix-correctie, risicocorrectie).

Er bestaan verschillende methoden voor case-mix-correctie (correctie voor populatieverschillen) of risicocorrectie. Gegevens kunnen vaak al vergelijkbaar worden gemaakt door die te beperken tot homogene patiëntengroepen of deze te stratificeren. In sommige gevallen bieden risicoscores (“propensity scores”) uitkomst. De meeste geavanceerde wijze voor case-mix-correctie is met behulp van multivariate lineaire/ logistische regressies.

1.6 Appraisal of Indicators, Research and Evaluation (AIRE) instrument

Naarmate aan indicatoren een groter belang wordt toegekend, wordt het des te belangrijker dat de indicatoren zorgvuldig worden ontwikkeld en aan een aantal ontwerpeisen voldoen: Is helder voor

welk doel ze zijn ontwikkeld? Voor welke patiëntengroepen en behandelingen zijn ze ontwikkeld? Wat is de validiteit, de reproduceerbaarheid, het discriminerend vermogen, de registreerbaarheid en de wetenschappelijke onderbouwing? Zijn ze nauwkeurig gedefinieerd?

In opdracht van de Orde van Medisch Specialisten is door de afdeling sociale geneeskunde van het AMC, een methodologisch instrument ontwikkeld dat kan dienen als evaluatie- en toetsingskader voor indicatoren. Dit instrument is vergelijkbaar met het AGREE-instrument (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) voor het beoordelen van richtlijnen.

Te ontwikkelen indicatoren dienen aan de methodologische eisen van dit zogenaamde AIRE – instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation) te voldoen (de Koning, 2007). De 2.0-versie van het AIRE-instrument is sinds januari 2007 als leidraad bij indicatorontwikkeling en – toetsing beschikbaar. Medio 2006 is een (internationale) validatiestudie gestart.. Naar verwachting is een gevalideerde versie van het AIRE-instrument eind 2007 beschikbaar.

Bij het opstellen van de CBO-Orde indicatorhandleiding zijn de criteria uit het AIRE instrument als uitgangspunt genomen.

1.7 Update van de handleiding

Deze CBO-Orde indicatorhandleiding is een 'levende handleiding', dat wil zeggen dat hoofdstukken worden bijgewerkt zodra nieuwe ontwikkelingen daar aanleiding toe geven. Het CBO zal tenminste twee keer per jaar kijken of aanpassing nodig is. Op de website van het CBO (www.cbo.nl) wordt per hoofdstuk zichtbaar gemaakt wanneer deze voor het laatst is aangepast.

Het CBO staat open voor commentaar op deze handleiding en voor suggesties en verbeteringen (indicatoren@cbo.nl).

2 Methodiek

Voor het maken van indicatoren in het project dat tot deze handleiding heeft geleid is uitgegaan van een consensus methodiek (Jones, 1995; Brook, 1986), waarbij in een werkgroep verschillende professionals die direct met de zorg te maken hebben, komen tot overeenstemming over een set indicatoren. Andere methodieken zijn o.a. de RAND-modified Delphi Procedure (Normand, 1998) of bijvoorbeeld concept mapping (Trochim, 1989).

Stappen van indicatorontwikkeling

Figuur 4 laat de stappen zien, die idealiter worden genomen om te komen tot een set indicatoren. De stappen zijn gebaseerd op het AIRE-instrument. Op de volgende pagina's worden de stappen beschreven. Ieder stap wordt afgesloten met een aantal actiepunten.



Figuur 4: Stappen voor de ontwikkeling van indicatoren

Idealiter worden alle stappen die in figuur 4 genoemd zijn doorlopen. Het kan echter per project verschillen of sommige stappen meerdere malen worden genomen of dat stappen in een iets andere volgorde worden genomen. Ook de tijdsduur van de verschillende stappen kan sterk variëren tussen projecten.

Stap 1 Vaststellen van het algemene doel van de indicatorontwikkeling (AIRE 2.1, 2.3)

Indicatoren kunnen verschillende gebruiksdoelen hebben. Alvorens men een traject start om indicatoren te ontwikkelen is het essentieel om vast te stellen 'waarvoor de indicator' gebruikt zal worden en 'wie hem gaat gebruiken' kwaliteitsverbetering, voor het afleggen van verantwoording (bijv.

aan de inspectie), voor de zorginkoop door zorgverzekeraars, voor keuze door patiënten etc. etc.. Niet elke indicator is voor elk doel te gebruiken.

Daarnaast is het belangrijk voor 'wie' de indicator gebruikt gaat worden (het organisatorisch verband): gaat het om de bijv. de kwaliteit van zorg geleverd door de individuele professional, de maatschap/vakgroep, het ziekenhuis, de keten, het zorgsysteem etc.

Acties stap 1:

- ☞ het algemene doel van de indicatorenset vaststellen;
- ☞ vaststellen van het organisatorisch verband.

Stap 2 Projectorganisatie / samenstellen werkgroep (AIRE 3.6, 3.7)

Als de aanvraag voor het ontwikkelen van een set indicatoren is goedgekeurd, is het formeren van een indicatorenwerkgroep de eerste stap. De indicatorenwerkgroep bestaat idealiter uit vertegenwoordigers van beroeps- en/of patiëntenorganisaties van alle disciplines die met het onderwerp van de set indicatoren te maken hebben. Hierbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met een evenredige verdeling qua 'scholen', geografie en academische versus niet-academische setting. Als het indicatoren zijn voor externe verantwoording is het van belang om zorgverzekeraars, patiënten, inspectie en dergelijke van meet af aan te betrekken. De initiatoren van de indicatorontwikkeling stellen een voorzitter voor. In het geval een wetenschappelijke vereniging de indicatorontwikkeling initieert, zal de voorzitter vaak een medisch specialist zijn.

De voorzitter van de werkgroep is meestal vertegenwoordiger van de vereniging van een specialisme dat het grootste deel van de zorg levert voor de patiëntencategorie waarop de indicatorenset betrekking heeft.

In bijlage 1 staan de taken en verantwoordelijkheden weergegeven, zoals in het project "Kwaliteit van Zorg in de Etalage" afgesproken. Per werkgroep kunnen hier afspraken over worden gemaakt.

Acties stap 2:

- ☞ benaderen van partijen ((wetenschappelijke) verenigingen e/o, beroepsorganisaties e/o, maatschappen e/o patiëntenorganisaties e/o verzekeraars etc.) om vertegenwoordigers af te vaardigen voor de indicatorenwerkgroep;
- ☞ aanwijzen voorzitter van de werkgroep;
- ☞ maken van afspraken over taken en verantwoordelijkheden werkgroepleden en adviseur(s);
- ☞ maken van afspraken over penvoerderschap van de indicatorenset.

Stap 3 Opnieuw vaststellen doel(en) binnen de werkgroep (AIRE 2.1, 2.3)

Hoewel het doel van de indicatorontwikkeling in stap 1 reeds werd bepaald is het van nodig dit nogmaals te doen nadat de werkgroep is samengesteld. Het is van groot belang het doel zo specifiek mogelijk vast te leggen. Bij de interpretatie van de resultaten wordt hier namelijk veelal op

teruggerepen. In sommige gevallen is het denkbaar dat deelnemers in werkgroepen de indicatorenset voor meerdere doelen wensen te gebruiken. Het is dan belangrijk een onderscheid te maken in primaire en secundaire doelen. De voorzitter van de werkgroep kan hier dan rekening mee houden bij het aansturen van de werkgroep.

Ook is het van belang dat om het reeds eerder genoemde organisatorisch verband (individuele specialist, maatschap, ziekenhuis, keten etc.) waarop de te ontwikkelen indicatoren betrekking hebben in werkgroepverband nogmaals expliciet wordt vastgelegd.

Acties stap 3:

- ☞ doel(en) van de indicatorenset vaststellen met alle betrokkenen;
- ☞ herbevestigen van het organisatorisch verband.

Stap 4 Afbakening (AIRE 2.4, 2.5, 5.13)

Patiëntengroepen en verrichtingen:

Het is van belang om helder te omschrijven voor welke patiëntengroepen en verrichtingen indicatoren worden ontwikkeld. Er wordt gestreefd naar homogene patiëntengroepen.

De te includeren en excluderen patiëntengroepen en verrichtingen dienen zoveel mogelijk omschreven te worden in de vorm van bestaande omschrijvingen dan wel definities (DBC-codes, CTG-codes, ICD10 codes, terminologie gebruikt in richtlijnen e.d.). Hierdoor kunnen veel oneigenlijke discussies over case-mix en onvergelykbaarheid in het verdere traject worden voorkomen.

Voorbeeld: Afbakening patiëntengroep project "kwaliteit van zorg in de etalage".

Voor de ontwikkeling van indicatoren voor totale heup- en knie vervanging, betrof het de DBC-codes:

5 11 1701 223	(Reguliere zorg.arthrosis bekken/ heup/ bovenbeen.operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese)
5 11 1801 223	(Reguliere zorg.arthrosis knie.operatief met klinische episode(n) met gewrichtsprothese).

In verband met onvoldoende homogeniteit van de patiëntengroep waarop genoemde DBC's betrekking hadden was een verdere afbakening nodig.

Voorgesteld werd om het ontwikkelen van indicatoren met betrekking tot totale heupvervanging vanwege artrose te beperken tot mannen en vrouwen jonger dan 80 jaar die voor het eerst een gewrichtsprothese krijgen. Bij patiënten ouder dan 80 jaar zijn de resultaten van totale heup- of knie vervanging beduidend slechter, terwijl bij patiënten die een revisieoperatie ondergaan zich aanzienlijk meer complicaties voordoen.

Fasen van behandeltraject:

Naast de patiëntengroepen en verrichtingen moet ook duidelijk zijn welke fasen van het behandeltraject (indicatiestelling, therapie (indien van toepassing pre-, per-, postoperatief, nazorg) worden meegenomen. De uitkomst van een behandeling/ verrichting is meestal een resultante van het

gehele traject. Het behandeltraject dient dan te worden doorgenomen en die elementen die een relatie hebben met de uitkomst dienen te worden benoemd. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de indicatiestelling een duidelijke relatie heeft met de uitkomst. Er kan dan gekozen worden voor de indicatiestelling een (proces)indicator op te nemen (zie ook figuur 2).

Kwaliteitsdomeinen:

Nadat de patiëntengroepen en verrichtingen zijn afgebakend, wordt aanbevolen om vast te stellen op welke kwaliteitsdomeinen de indicatoren met name betrekking hebben. Kwaliteit van zorg kan worden onderverdeeld in zes domeinen: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, doelmatigheid en gelijkheid.

Veiligheid:	het vermijden van veiligheidsrisico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en medewerkers.
Effectiviteit:	het leveren van nauwkeurige en juiste - gebaseerd op wetenschappelijke kennis - zorg.
Patiëntgerichtheid:	het respecteren van de unieke noden, wensen en waarden van de patiënt.
Tijdigheid:	het leveren van zorg op de juiste tijd, verhinderen van wachttijden voor patiënten en medewerkers.
Doelmatigheid:	het vermijden van zorg die niet bijdraagt aan de vraagstelling van de patiënt en die niet redelijkerwijs kosteneffectief is, vermijden van verspilling.
Gelijkheid:	het leveren van gelijke zorg voor alle patiëntengroepen, ongeacht sekse, etniciteit, geografische afkomst en sociaal-economische status

In sommige werkgroepen zal bijvoorbeeld specifiek gekozen worden indicatoren te ontwikkelen voor een bepaald domein. Deze afbakening is echter niet limitatief. Ingeval er bijvoorbeeld geen discriminerende effectiviteits- en veiligheidsindicatoren voorhanden zijn, kunnen indicatoren over andere dimensies informatief zijn over de geleverde kwaliteit van zorg (b.v. patiëntgerichtheid). In dat geval zijn daarnaast indicatoren betreffende doelmatigheid, tijdigheid en gelijkheid te overwegen als balansmaten ter voorkoming van ongewenste effecten.

Voorbeeld: Gebruik van balansmaten ter voorkoming van ongewenste effecten

Beademing is voor de patiënt een potentieel bedreigende interventie; hoe langer de patiënt aan de beademing ligt, hoe groter de kans op complicaties zoals een longontsteking. Bovendien zorgt reductie van de beademingsduur ook voor winst met betrekking tot de capaciteit van de IC: hoe eerder patiënten van de beademing af kunnen, hoe sneller zij van de IC kunnen worden ontslagen. In het Doorbraak project IC hebben in totaal zeven IC-teams gewerkt aan het verkorten van de beademingsduur. De teams maakten gebruik van verschillende nieuwe werkwijzen, zoals het opstellen van protocollen en het verbeteren van voedingstoestand en lighouding. Als echter het doel is de beademingsduur te bekorten, dan dreigt het gevaar dat men te vroeg detubeerd, met alle gevolgen van dien. Om eventuele ongewenste effecten op te kunnen sporen werd als balansmaat gekozen voor het aantal keren dat een patiënt opnieuw geïntubeerd wordt. Registraties lieten zien dat het aantal intubaties niet toenam na invoering van de nieuwe werkwijze.

Acties stap 3:

- ☞ de afbakening van patiëntengroepen, verrichtingen, fasen van behandeling en kwaliteitsdomeinen.

Stap 5 Inventarisatie (AIRE 4.9, 4.10, 4.11)

Nadat is vastgesteld met welk doel en voor welke patiëntengroepen, verrichtingen, behandelingsfasen en kwaliteitsdomeinen indicatoren worden ontwikkeld, wordt geïnventariseerd welke indicatoren potentieel (internationaal) beschikbaar zijn of door leden van de werkgroep relevant worden geacht.

A. Inventarisatie indicatoren in Nederlandse evidence based richtlijnen

Indien aanwezig en actueel (< 3jaar oud) vormen Nederlandse evidence based richtlijnen dan ook de eerste bron voor indicatoren. Aanbevelingen uit richtlijnen kunnen veelal worden omgezet in (structuur- en proces-) indicatoren. Het is (vooralsnog) moeilijker om uitkomstindicatoren uit richtlijnen te destilleren. Sinds kort wordt standaard bij richtlijnen een interne indicatorenset ontwikkeld. Daarnaast is het ook mogelijk om internationale richtlijnen te gebruiken. Het is dan echter wel verstandig de richtlijn eerst te beoordelen met het AGREE-instrument (instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van richtlijnen) en na te gaan of deze ook voor de Nederlandse situatie kan gelden.

Tabel 1: Internet adressen voor het zoeken naar richtlijnen

Land	Organisatie	Internet adres
Australië	National Health and Medical Research Council	http://www7.health.gov.au/nhmrc/search/index.htm
Duitsland	Wissensnetzwerk der Universität Witten/Herdecke (evidence.de)	http://www.evidence.de/
Internationaal netwerk	Guideline International Network (GIN)	http://www.g-i-n.net
Nederland	Algemene site met veel relevante links	http://www.artsenapotheker.nl/richtlijn
Nieuw Zeeland	New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz
Verenigd Koninkrijk van Groot-Brittannië en Noord-Ierland	E-guidelines: een database voor het zoeken naar richtlijnen	http://www.eguidelines.co.uk
Verenigd Koninkrijk van Groot-	The National Institute for Clinical	http://www.nice.org.uk

Brittannië en Noord-Ierland	Excellence - a Special Health Authority for England and Wales (NICE)	
Verenigd Koninkrijk van Groot-Brittannië en Noord-Ierland	The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk/guidelines/
Verenigde Staten	The National Guideline Clearinghouse™ (NGC™)	http://www.guideline.gov/

B. Internationale publicaties van indicatoren

Daar waar geen recente (zie eerdere opmerking) Nederlandse evidence based richtlijn beschikbaar is kan een literatuurstudie plaatsvinden om uitkomstindicatoren te identificeren. Vastgelegd moet worden tot welk taalgebied en tot welke tijdsperiode de literatuurstudie beperkt is. Gangbaar is de literatuurstudie te beperken tot de Engelstalige, Franstalige en Duitstalige literatuur en niet verder terug te gaan dan 5 jaar.

Om literatuur te identificeren waarin de relatie tussen uitkomsten van zorg enerzijds en proces- en structuurfactoren anderzijds wordt beschreven, kan gezocht worden met behulp van MeSH-termen voor de gedefinieerde verrichtingen en/of patiëntengroepen in combinatie met MeSH-termen 'morbidity', 'mortality', 'outcome and process assessment', 'health outcome' en/of 'quality of care'. De zoekresultaten worden beperkt tot 'meta-analyses', 'literature reviews', 'randomised controlled clinical trials' en 'observational studies, including multicenter-studies'. Om andere observationele studies te includeren kunnen de MeSH-termen 'case-control studies' en 'retrospective studies' worden toegevoegd.

Hierbij gaat het om artikelen die een potentiële indicator beschrijven of een relatie beschrijven tussen structuur- en/of proceskenmerken in de zorg en daaraan gerelateerde zorguitkomsten. In veel gevallen richten studies zich op relaties tussen zorgprocessen en daaraan gekoppelde gezondheidswinst. Echter, deze studies geven nog niet aan of deze aantoonbare relaties gebruikt kunnen of moeten worden voor kwaliteitsindicatoren. Hierbij worden alleen relaties en niet de indicatoren beschreven.

C. Identificatie van indicatoren uit databases van organisaties gespecialiseerd op het terrein van kwaliteitsindicatoren.

Omdat indicatoren over het algemeen niet vermeld staan in traditionele wetenschappelijke databases, is het van belang dat zoekacties plaatsvinden in databases van belangrijke internationale organisaties op het gebied van indicatoren, zoals AHRQ, BQS-outcome en ACHS (zie tabel 2).

Tabel 2: Internet adressen voor het zoeken naar indicatoren

Land	organisatie	Internet adres
Nederland	RIVM	www.igz.nl https://hypocrates.rivm.nl/deverbetermeter/
Duitsland	BQS	http://www.bqs-outcome.de/2003/ergebnisse/leistungsbereiche http://www.aeqz.de/ http://www.bqs-online.de/ (bsq outcome – ubersicht aanklikken)
Verenigde staten	AHRQ	http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/ http://www.cms.hhs.gov/quality/hospital/ http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/3798.html http://www.jcaho.org/ (kijk even bij quality check) http://www.ncqa.org/index.htm http://www.nsqip.org/ http://www.qiproject.org/ http://www.qualityforum.org/
Australië	Australian Council on Healthcare Standards	http://www.achs.org.au/
UK	International Quality Indicator Project (IQIP)	http://www.internationalqip.com/(kilylcr4x0d1dk55mg425k45)/index.aspx
	NHS	http://www.show.scot.nhs.uk/indicators/ http://www.chi.nhs.uk/ratings/ http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk http://www.drfooster.co.uk/
Denemarken		http://www.nip.dk/
Canada		http://www.oha.com/oha/reprt5.nsf http://www.ccort.ca/CCORTCCSAMIHFQualityIndicators.asp
Nieuw Zeeland		http://www.qualityhealth.org.nz/show.asp?Pageid=14
Wereldwijd	WHO	http://www.who.int/en/

Vaak zijn inhoudelijk experts op de hoogte van de meest relevante organisaties of websites. Om aanvullend nog relevante websites te vinden kan gezocht worden via een zoekmachine (bijvoorbeeld Google) of via Omni. Omni is een catalogus met door specialisten geëvalueerde internetadressen, ondermeer op het gebied van gezondheidszorg en geneeskunde (<http://omni.ac.uk/>).

D. Inventarisatie indicatoren ontwikkeld door andere organisaties

Bij verkenning van potentieel bruikbare indicatoren is het goed om andere organisaties te benaderen, die relevante indicatoren voor de gekozen verrichtingen en patiëntengroepen ontwikkelen. Hierbij kan gedacht worden aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), Nationale Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), categorale patiëntenorganisaties, Consumentenbond, The Centre for Quality of Care Research (KWAZO Nijmegen), Rijksinstituut voor

volksgezondheid en milieu (RIVM), Het Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Faculteit sociale geneeskunde van het AMC.

E. Inventarisatie onder de leden van de werkgroep

Een vijfde bron voor indicatoren wordt gevormd door informatie/meningen van de leden van de werkgroep. Werkgroepleden worden uitgenodigd om aan te geven welke aspecten van de zorg, die een (veronderstelde) relatie met kwaliteit van zorg hebben, zij belangrijk achten. Deze aspecten kunnen dan worden vertaald in een indicator. Nadere onderbouwing volgt dan later in het traject.

Acties stap 5:

- ☞ relevante richtlijnen bestuderen en indicatoren overnemen of afleiden;
- ☞ internationale publicaties van indicatoren verzamelen;
- ☞ raadplegen van databases van belangrijke internationale organisaties op het gebied van indicatoren;
- ☞ inventariseren van indicatoren ontwikkeld door andere (nationale)organisaties;
- ☞ inventariseren van indicatoren die werkgroepleden relevant vinden.

Stap 6 Groslijst potentiële indicatoren (AIRE 4.11, 2.2, 2.4, 2.5, 5.13.)

Van de resultaten van de inventarisatie kan een overzicht gemaakt worden van potentiële indicatoren (groslijst). Van structuur en procesindicatoren dient aannemelijk te worden gemaakt dat die een relatie hebben met kwaliteit van zorg. De geïdentificeerde potentiële indicatoren, inclusief referenties, worden allereerst gerangschikt naar structuur, proces of uitkomst. Daar waar beschikbaar wordt vermeld op welke patiëntenpopulaties en op welk verrichtingen de gevonden indicatoren betrekking hebben. In bijlage 2 staat een voorbeeld van een opzet voor een groslijst.

De werkgroepleden becommentariëren de groslijst, leveren aanvullingen (literatuur, experts, indicatoren van andere partijen etc) en maken eventueel nog niet benoemde indicatoren kenbaar aan de overige werkgroepleden.

Voorbeeld: Relatie tussen procesindicatoren en uitkomst van de behandeling.

Voorbeeld uit Development of quality indicators for Orthopaedic Care in the Netherlands: A review, RIVM

Een voorbeeld van een procesindicator die duidelijk geassocieerd is met de uitkomst van de behandeling is timing van chirurgie (de tijd tussen opname en operatie tijd) bij patiënten met een heupfractuur. Verscheidene studies laten zien dat vroege operatie (binnen 24-36 uren) na heupfractuur wordt geadviseerd, om complicaties te voorkomen .

Acties stap 6:

- ☞ de groslijst wordt samengesteld;
- ☞ de werkgroepleden becommentariëren de groslijst en leveren aanvullingen.

Stap 7 Samenvatting potentiële indicatoren (AIRE 2.2, 2.4, 4.11, 5.12, 5.14, 5.15, 5.16, 5.17, 5.19)

In deze stap worden de indicatoren van groslijst gereduceerd tot een beperkt aantal indicatoren dat mogelijk in de eindset opgenomen kan worden. Deze beperkte set wordt uitgewerkt in een samenvattingstabel.

De groslijst kan op verschillende manieren worden gereduceerd. Indicatoren kunnen niet beantwoorden aan de specifieke doelen die de werkgroep heeft gesteld of sterk op elkaar lijkende indicatoren kunnen worden vervangen door één indicator. Verder kunnen indicatoren worden verwijderd op basis van methodologische eisen (bv validiteit, discriminerend vermogen en betrouwbaarheid). In bijlage 3 wordt een lijst met mogelijke methodologische eisen gepresenteerd. De argumentatie om potentiële indicatoren te schrappen wordt gedocumenteerd.

Binnen het project "Kwaliteit van Zorg in de Etalage" is gekozen voor onderstaande indeling van de samenvattingstabel.

In de samenvattingstabel (zie bijlage 4) komen het type indicator (proces, structuur, uitkomst) en het kwaliteitsdomein (AIRE 2.4), waarop de indicator betrekking heeft (veiligheid, effectiviteit etc.) aan de orde. In deze samenvattingstabel wordt tevens het bewijs beschreven dat de literatuur oplevert ten aanzien van de variatie in de kwaliteit van zorg (AIRE 2.2). In het verlengde hiervan wordt beschreven of (en zo ja, hoe) er mogelijkheden tot verbetering zijn. Een volgende stap is een voorstel tot operationalisatie (teller, noemer etc.) van de indicator (AIRE 5.12). Voor elke indicator wordt ook beschreven wat bekend is ten aanzien van de validiteit (AIRE 5.15), de betrouwbaarheid (AIRE 5.16), het discriminerend vermogen (AIRE 5.17) en de registreerbaarheid (AIRE 5.19) van de indicatoren. Verder worden oplossingen vermeld voor eventueel geconstateerde beperkingen (bijv. case mix correctie, balansindicatoren etc.) (AIRE 5.14). Op basis van de samenvattingstabel kunnen de leden van de werkgroep komen tot een overall oordeel ten aanzien van de afzonderlijke indicatoren. Dit overall oordeel wordt toegevoegd in de laatste kolom van de samenvattingstabel.

Acties stap 7:

- ☞ bespreken groslijst en eerste selectie potentiële indicatoren;
- ☞ invullen van de samenvattingstabel;
- ☞ de werkgroepleden becommentariëren de samenvattingstabel en vullen de tabel aan;
- ☞ aanwijzen indicatoreigenaar (werkgroeplid) per indicator. Dit kan ook bij stap 5.

Stap 8 Uitwerking indicatoren in factsheets (AIRE 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 5.12, 5.13, 5.14, 5.15, 5.16, 5.17, 5.19)

De samenvattingstabel wordt verder uitgewerkt. Alleen die indicatoren waarvan het overall oordeel goed was blijven behouden in de samenvattingstabel. Eventueel kunnen nog aanvullende literatuursearches worden verricht.

Hierbij gaat het dan om zoekacties die informatie opleveren om bijvoorbeeld de volgende vragen te beantwoorden: meet de indicator daadwerkelijk wat hij beoogt te meten?; Is het mogelijk met deze indicator een onderscheid aan te geven tussen goede, minder goede, en slechte zorg? Ook wordt gezocht naar kenmerken als de nauwkeurigheid van de indicator als meetinstrument, het verbeterpotentieel, en de ervaringen die in het verleden of elders met de indicator zijn opgedaan. Hiervoor wordt voor iedere indicator een systematische review gedaan in bijvoorbeeld MEDLINE, EMBASE, Cochrane Database of Systematic Reviews.

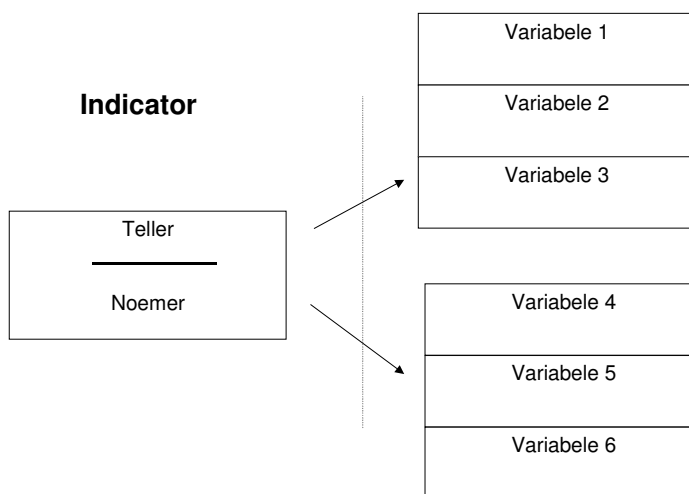
Relevante zoektermen zijn: "Validation Studies"[Publication Type] OR "Evaluation Studies"[Publication Type] in combinatie met trefwoorden voor potentiële indicatoren.

Iedere indicator wordt uitgewerkt in een factsheet (zie bijlage 5). In de factsheets worden per indicator de volgende eigenschappen van de indicator beschreven:

- het doel van de indicator;
- het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft;
- type indicator(proces, structuur, uitkomst);
- het kwaliteitsdomein waarop de indicator betrekking heeft (veiligheid, effectiviteit, etc.);
- bestaande variatie in de kwaliteit van zorg en de mogelijkheden tot verbetering;
- de operationalisatie van de indicator;
- methodologische criteria als validiteit, betrouwbaarheid, discriminerend vermogen;
- registreerbaarheid (administratieve lasten);
- geconstateerde beperkingen (noodzaak voor case-mix correctie, balansindicatoren).

De werkgroepen kunnen ervoor kiezen om de factsheets zelf te vullen en/of hiertoe ondersteuning in te roepen. De ondersteuning kan bestaan uit de vormgeving en het redigeren van teksten tot het schrijven van de factsheets. In deze stap wordt veel werk verwacht van de werkgroepleden.

Onderdeel van het ontwikkelen van indicatoren is ook het formuleren van specificaties. Dit betekent dat de verschillende indicatoren opgeknipt worden in variabelen en dat (voor zover mogelijk) bijbehorende definities (ook voor "niet clinici") en coderingen (bv CTG, DBC of labcoderingen) worden vastgesteld, die behulpzaam kunnen zijn bij het daadwerkelijk verzamelen van gegevens.



Figuur 5: Uitsplitsing van een indicator in afzonderlijke variabelen

In bijlage 6 is een variabelenlijst weergegeven met de specificaties behorende bij cataract

Acties stap 8:

- ☞ aanvullen samenvattingstabel;
- ☞ overall oordeel toevoegen in samenvattingstabel;
- ☞ eventueel aanvullende literatuur zoeken;
- ☞ invullen van een factsheet per indicator.

Stap 9 Leeswijzer

Afhankelijk van het doel van de indicator kan het belangrijk zijn om een leeswijzer op te stellen. In een leeswijzer wordt in voor leken begrijpelijke taal uitgelegd wat het doel en de context van de indicator zijn en hoe de resultaten te interpreteren zijn. Leeswijzers zijn in ieder geval nodig bij die indicatoren die beogen keuzeinformatie aan de patiënt te bieden. Verder kunnen leeswijzers belangrijk zijn bij verantwoordingsinformatie voor een breed (leken)publiek. Een aantal wetenschappelijke verenigingen beschikt inmiddels over leeswijzers bij de indicatoren van de IGZ. In bijlage 7 staat een voorbeeld van een leeswijzer zoals door het CBO ontwikkeld in het project “Kwaliteit van Zorg in de Etalage”. Belangrijk en zeker uitdagend bij het schrijven van leeswijzers, is het schrijven in voor patiënten

begrijpelijke taal. Bij deze stap is het belangrijk om partijen te raadplegen die patiënt en en consumenten vertegenwoordigen (bv consumentenbond, NPCF, patiënten verenigingen) of RIVM (Kiesbeter.nl).

Acties stap 9:

- ☞ inventariseren van reeds bestaande leeswijzers;
- ☞ maken van een opzet voor of schrijven van leeswijzers.

Voorbeeld: Indicatoren als consumenteninformatie: de noodzaak van leeswijzers

De ervaringen na de rapportage van de gegevens van de Basisset 2003 hebben geleerd dat de indicatoren zonder de juiste medisch inhoudelijke informatie over de achtergrond en context moeilijk geïnterpreteerd kunnen worden door het publiek. In het project 'Kwaliteit van zorg in de etalage' werd gebruik gemaakt van zogenaamde leeswijzers bij de indicatoren om het publiek te informeren. Per indicator wordt in de leeswijzer aangegeven waarom het belangrijk is dat juist dit aspect van de zorg gemeten wordt en welke kanttekeningen bij resultaten op de indicatoren geplaatst dienen te worden (voorbeeld bijlage 7).

Stap 10 Toetsen van de specificaties en inschatting van de haalbaarheid (AIRE 5.18)

De "ruwe specificaties" worden in de praktijk getest. Dit gebeurt bij voorkeur op het niveau van het organisatorisch verband waarvoor ze ontwikkeld zijn (het ziekenhuis, de maatschap, de keten o.i.d.). Idealiter wordt getest op meerdere locaties.

Bij de praktijktest wordt in eerste instantie gekeken welke variabelen in de huidige registratiesystemen al worden vastgelegd. De registraties kunnen op papier zijn, maar ook digitaal. Indien indicatoren in verschillende ziekenhuizen verzameld moeten gaan worden, dan is het belangrijk om er rekening mee te houden dat in verschillende ziekenhuizen verschillende (digitale) registratiesystemen worden gebruikt, en dat gegevens ook op verschillende manieren vastgelegd (digitaal of op papier) worden. Indien variabelen inderdaad verzameld worden, dan worden de definities achter de huidige registraties vast gelegd (lokale definities).

Vervolgens kan inzichtelijk worden gemaakt in hoeverre de variabelen ook daadwerkelijk digitaal toegankelijk zijn. Hierbij is de bedoeling om te specificeren welke gegevens wel en welke gegevens niet uit de verschillende systemen te achterhalen zijn. Idealiter zijn alle digitaal geregistreerde gegevens ook benaderbaar bijvoorbeeld via een datawarehouse. Maar het kan ook zo zijn dat bepaalde gegevens wel degelijk (digitaal) worden verzameld, maar niet benaderbaar zijn. Bijvoorbeeld in het geval dat een arts in verband met een bepaalde studie of interesse een specifieke database

heeft aangelegd of een koppeling tussen een datawarehouse en een applicatie niet tot stand is gebracht.

Acties stap 10:

- ☞ onderzoeken welke variabelen in welke registratiesystemen (papier of digitaal) worden vastgelegd;
- ☞ inventariseren van de lokale definities;
- ☞ achterhalen welke digitaal geregistreerde gegevens toegankelijk zijn.

Stap 11 Formuleren van generieke specificaties

Uit stap 10 is duidelijk geworden welke verschillende registratiesystemen zijn gebruikt, wat de lokale definities zijn, hoe de variabelen geregistreerd worden en of ze digitaal benaderbaar waren. Tevens geeft een praktijktest inzicht in de voor- en nadelen van de verschillende manieren van registreren. Op basis van uitkomsten uit de praktijktest kan de werkgroep een voorstel doen ten aanzien van de generieke specificaties. Deze generieke specificaties bestaan idealiter uit:

- een lijst met alle variabelen die voor een indicatorenset verzameld moeten worden;
- beschikbare bronnen;
- afspraken over *hoe* de verzamelde variabelen worden verwerkt tot indicatoren (bijlage 8).

De generieke specificaties worden idealiter beschikbaar gesteld aan diegenen die de indicatoren verzamelen in de praktijk. Een manier om dat te doen is door gebruik te maken van een registratiegids. Een registratiegids kan ondersteuning bieden bij het verzamelen van de benodigde gegevens en het bepalen van de indicatoren. In de registratiegids wordt een stapsgewijze aanpak beschreven, namelijk: verkennen van de indicatoren, verzamelen van de variabelen die nodig zijn voor de indicatoren en de bepaling van de indicatoren.

Acties stap 11:

- ☞ voorstel generieke specificaties (lijst variabelen, bronnen, voorstel voor bepalen indicatoren);
- ☞ handleiding voor registratie indicatoren opstellen, met daarin opgenomen: 1. verkennen van de indicatoren; 2. verzamelen van de variabelen die nodig zijn voor de indicatoren en 3. de bepaling van de indicatoren.

Stap 12 Consultatie van overige partijen en beroepsverenigingen door de Werkgroep (AIRE 3.6, 3.7)

De indicatorenset wordt voorzien van een korte procesbeschrijving, waaruit blijkt hoe de indicatoren tot stand gekomen zijn. Vervolgens wordt de set indicatoren (factsheets en leeswijzer) en de procesbeschrijving, in geval het om externe indicatoren gaat, verstuurd naar de door de werkgroep relevant geachte partijen, zoals bijvoorbeeld ZN, NPCF, NVZ, IGZ, consumentenbond, etc. Deze partijen worden benaderd met de vraag om binnen een gestelde termijn (bv. vier weken) te reageren op de set indicatoren. Parallel aan dit traject worden de conceptindicatoren ook aangeboden aan de beroepsverenigingen die betrokken zijn bij het zorgproces waarop de indicatorenset betrekking heeft. De beroepsvereniging wordt gevraagd de set op de website van de vereniging te plaatsen, opdat de leden hiervan kennis nemen en met de werkgroep hierover in discussie kunnen gaan. Als het gaat om een interne indicatorenset kan bijvoorbeeld gedacht worden om de indicatorenset te versturen aan de raad van bestuur van een ziekenhuis, wetenschappelijke vereniging of maatschappen binnen een ziekenhuis.

Acties stap 12:

- ☞ opstellen van procesbeschrijving;
- ☞ benoemen van relevante partijen voor consultatie;
- ☞ versturen van set indicatoren ter consultatie.

Stap 13 Aanpassen en vaststellen indicatoren (AIRE 3.8)

De werkgroep bestudeert de commentaren van alle partijen en verwerkt de commentaren voor zover deze van belang worden geacht. De commentaren die de werkgroep afwijst voorziet zij van een gemotiveerde reden voor afwijzing (zie bijlage 9).

Nadat de ontvangen commentaren verwerkt zijn, stelt de werkgroep formeel de set indicatoren inclusief factsheets en leeswijzer, vast. Nadat de definitieve set indicatoren is bepaald, kan deze formeel worden aangeboden aan de deelnemende partijen en de opdrachtgever. Tevens kan de set worden geplaatst op de website van de betrokken instanties.

Acties stap 13:

- ☞ verwerken van commentaar;
- ☞ vaststellen van factsheets en leeswijzers;
- ☞ formeel aanbieden aan betrokken partijen en plaatsen op de website.

3 Referenties:

- Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Tech Assess Health Care* 1986;2:53-64.
- Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995; 311:376-80.
- De Koning J., A. Smulders, N.S. Klazinga Appraisal of indicators through Research and Evaluation (AIRE), 2007. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam, afdeling sociale geneeskunde.
- Normand SL, McNeil BJ, Peterson LE, Palmer RH. Eliciting expert opinion using the Delphi technique: Identifying performance indicators for cardiovascular disease. *Int J Qual Health Care* 1998;10:247-60.
- Trochim WM. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Eval Program Plann.* 1989;12(1):1–16.

Achtergrond literatuur:

- Ontwikkeling van indicatoren op basis van evidence-based richtlijnen. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2002. Alpen aan den Rijn: Van Zuiden Communications BV, 2004.
- Berg M. Schellekens WMLCM. Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren. *Medisch Contact* 2002; 57:1203-5
- Braspenning J, Campbell S, Grol R. measuring changes in patient care: development and use of indicators. In: improving patient care. The implementation of change in clinical practices. Grol, Wensing M, Eccles M. Elsevier. Edinburgh, 2005;222-34
- Campbell S.M, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M N. Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003;326:816-9

- Geraedts M, Selbmann H, Ollenschlaeger G. Critical appraisal of clinical performance measures in Germany. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 15, Number 1, February 2003, pp. 79-85
- Have P ten. *Indicatoren verbeterprojecten, 2004 Alpen aan den Rijn*: Van Zuiden Communications BV.
- Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; Volume 15, Number 6: pp. 523–530
- Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Braspenning J, Ouwens M, Schouten J, Marres H, Dijkstra R, Grol R. Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine*, jan 2007; 65 (1): 15-22.

Bijlage 1: Taken werkgroep en adviseurs en agenda punten per vergadering

(Uitwerking zoals gehanteerd in project Kwaliteit van Zorg in de Etalage)

Vergadering	Taken werkgroep voorafgaande aan vergadering:	Taken adviseurs voorafgaande aan vergadering:	Agenda punten
<p>Vorbereiding 1^o vergadering</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Orde benadert wetenschappelijke vereniging met verzoek deel te nemen aan traject. ☞ CBO benadert relevante partijen ☞ Vraagt voorstel voor een voorzitter ☞ Oriënterende gesprekken met werkgroepleden, ZN, patiëntenvertegenwoordigers ☞ Uitwerken taken en verantwoordelijkheden 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ De afzonderlijke en gemeenschappelijke doelen zijn onderwerp van gesprek tijdens besprekingen tussen projectleiders en vertegenwoordigers van patiënten/ consumentenorganisaties, verzekeraars en inspectie voor de gezondheidszorg. ☞ In de eerste gesprekken tussen de adviseurs, de voorzitters van de werkgroepen, afgevaardigden in de werkgroepen namens patiënten/consumenten, verzekeraars en (indien van toepassing) de inspectie voor de gezondheidszorg worden de voorgestelde doelen vastgelegd. Uit de gestelde doelen volgt op welk organisatorisch verband de indicatoren betrekking hebben. ☞ De adviseur werkt met de voorzitter (of de daartoe afgevaardigde expert(s)) van de werkgroep een voorstel uit ten aanzien van te includeren en excluderen patiëntengroepen en verrichtingen binnen deze clustering van DBC's waarvoor indicatoren worden ontwikkeld. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aanleiding project - Uitleg methodiek indicatorenontwikkeling - Volledigheid werkgroep - Vaststellen doelen - Afbakening organisatorische verband - Afbakening patiëntengroepen en verrichtingen - Afbakening fasen van behandeling - Afbakening kwaliteitsdomein - Bespreking van de planning - Eerste inventarisatie indicatoren wordt meegegeven/toegestuurd
<p>1^{ste}</p>			

		<p>De adviseur gaat samen met de voorzitter (of de daartoe afgevaardigde expert) na of er ten aanzien van de veiligheid en effectiviteit van een specifieke DBC sprake is van variatie in de kwaliteit van de geleverde zorg en of er mogelijkheden voor verbeteringen in zorg zijn. De conclusies uit dit gesprek worden nader onderzocht tijdens het literatuur onderzoek, daar waar praktisch haalbaar, voorafgaande aan de eerste vergadering (zie verder Stap 5).</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Eerste inventarisatie ☞ Voorstel geschreven 	
2 ^e	<p>Groslijst commentariëren (o.a. op basis van criteria AIRE) en aanvullen. Per e-mail toezenden (binnen korte periode)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Eventuele nog niet benoemde indicatoren kenbaar maken naar de overige werkgroepleden en de adviseurs ☞ Input tav verfijning indicatoren op de groslijst ☞ Input tav onderbouwing relevantie indicatoren op de groslijst (o.a. literatuurreferenties) <p>De resultaten naar@cbo.nl. voor dd...</p>	<p>Groslijst aanvullen (literatuur, experts, indicatoren van andere partijen etc)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Voorafgaand aan de 2^e vergadering ontvangen de werkgroepleden de aangevulde groslijst. ☞ Een scoringslijst met een beperkt aantal selectie criteria (bijlage 4) wordt als hulpmiddel aangeboden aan de werkgroepleden voor een eerste selectie van potentieel relevante indicatoren uit de groslijst. ☞ Voorgesprek met vertegenwoordiger consumentenbond/NPCF en ZN of eventueel later betrokken partijen 	<ul style="list-style-type: none"> - Introductie vertegenwoordiger consumenten/NPCF en ZN. - Bespreken indicatoren op de groslijst (aanvullen en wegstrepen)
3 ^e	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Input tav verfijning indicatoren ☞ Input tav onderbouwing 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Documentatie afgevallen indicatoren ☞ Samenstellen samenvattingstabel 	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreken samenvattingstabel, selectie indicatoren - Beoordelen van de indicatoren in de

	<p>relevantie indicatoren (o.a. literatuurreferenties)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Co-redactie samenvattingstabel <p>De resultaten naar@cbo.nl. voor dd...</p>		<p>samenvattingstabel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uitwerking indicator(en) op basis van bewijs en AIRE-instrument
3 ^e en 4 ^e	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Input tav verfijning indicatoren ☞ Input tav onderbouwing relevantie indicatoren (o.a. literatuurreferenties) ☞ Co-redactie samenvattingstabel ☞ Indicatorreigenaar levert inhoudelijk en tekstueel commentaar 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Eventueel verrichten aanvullende literatuursearaches ☞ Verdere uitwerking, aanpassing samenvattingstabel ☞ In vullen factsheet per indicator ☞ Argumentatie voor afwijzing vastleggen op "lijst afgevallen indicatoren" ☞ Maken leeswijzer voor gekozen indicator - 	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreken samenvattingstabel - Uitwerking indicator(en) op basis van bewijs en AIRE-instrument - Aanwijzen indicator eigenaar (werkgroep lid/ leden) per indicator - Factsheets per indicator bespreken - Lijst afgevallen indicatoren bespreken - Leeswijzer
5 ^e en 6 ^e	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Indicatorreigenaar levert inhoudelijk en tekstueel commentaar op factsheet en leeswijzer ☞ Alle werkgroepleden feedback conceptteksten factsheets en leeswijzers 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Aanpassen factsheets en leeswijzers ☞ Eindredactie 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussie conceptteksten rapportage / factsheets - Discussie leeswijzers - Vaststellen concept set indicatoren - Benoemen te consulteren partijen
<p>Commentaaronde indicatorenset</p>			
7 ^e	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Zorgen voor goed verspreiding naar de achterban 	<ul style="list-style-type: none"> - Verwerken commentaar Wetschappelijke vereniging en overige partijen 	<p>Vaststellen definitief rapport / indicatorenset</p>

Bijlage 2: Voorbeeld groslijst

Indicator	Type indicator (Structuur/ proces/ uitkomst)	kwaliteitsdomein	bron	betroikbaarheid	validiteit	discriminerend vermogen	opmerkingen

Voorbeeld: een deel van de groslijst voor de aandoening liesbreuk

Structuur Indicator	Proces indicator	Uitkomst indicator	Type indicator	Referentie	Populatie	Onderbouw g en bewijskracht	Voorlopige opmerkingen vanuit CBO
	Adequate indicatiestelling? Symptomatische breuk Wanneer bij asymptomatische breuk? (het is onzeker of het electief opereren van asymptomatische liesbreuken, met name bij oudere patiënten, enig voordeel biedt)		Proces	Richtlijn, blz 13, 15		Niveau 2B	Er is geen reden om aan te nemen dat er in Nederland veel over- en onderbehandeling plaatsvindt.
	Pre-operatieve beoordeling van belang		Proces	Ref 151 richtlijn			Algemene indicator, eventueel bruikbaar als er geen specifieke indicatoren overblijven

	voor dagbehandeling									
	Gebruik Mesh-techniek	Recidiefpercentage	Proces	Richtlijn, blz 12	> 18 jaar (volwassenen)	Niveau 1A	LIJKT EEN POTENTIEEL NUTTIGE INDICATOR.			
	Gebruik van open Mesh-techniek (eerste keus Lichtenstein), bij enkelzijdige primaire liesbreuk bij leeftijd > 18/25 jaar	Maten voor veiligheid, kosten	Proces	Richtlijn, blz 14	Volwassenen, primaire ongecompliceerde symptomatische liesbreuk	Niveau 4	Onvoldoende hard onderbouwd en moeilijk om subgroep te destilleren uit totale patiëntengroep.			
		Heroperaties	Uitkomst	IGZ 2005, BQS 2005	IGZ: leeftijd > 16 jaar	Heroperatie moet worden verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft gehad.	Het registreren van heroperaties geeft op zich veel inzicht in de kwaliteit van zorg maar stuit in de praktijk op bezwaren: <ol style="list-style-type: none"> 1) veel mensen met een recidief komen niet terug 2) mensen die terug komen, gaan vaak niet terug naar hun operateur (om diverse redenen, waarvan onvoldoende kwaliteit er één kan zijn) 3) als een heroperatie als zodanig is geregistreerd, zou de verzekeraar de meest aangewezen instantie zijn om de gegevens te verschaffen; ervan uitgaande dat patiënten niet switchen van verzekeraar. 4) deze indicator heeft alleen zin als men 			

								het eens is over de definitie van een recidief en het tijdsbestek waarin het recidief valt.
Aantal endoscopische operaties per operateur (>50/jaar)			Structuur	Richtlijn blz 36 Zorgverzekeraars Nederland, 2005	Niveau 2B			Wordt geen onderbouwing aan gegeven, maar endoscopische liesbreukchirurgie heeft lange leercurve met hierin potentieel ernstige maar zeldzame complicaties
Polikli. complicat. registratie	Hoe en hoe vaak worden complicaties besproken?	Maatregelen op basis van complicatieregistratie						Te algemeen; wel nuttig, maar moeilijk te operationaliseren in een indicator
		Postoperatieve wondinfecties		BQS 2004				

F. Referenties

1. Richtlijn Behandeling van de liesbreuk. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde NVvH, 2003 (www.heelkunde.nl)
2. Kwaliteitsindicatoren segment B. Kenniscentrum DBC - Zorgverzekeraars Nederland, 2005
3. BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2004. Modul 03/1 : Leistenhernie. Qualitätsindikatoren.
4. IGZ (2005) Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2004, Den Haag
5. Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2006. Zorgverzekeraars Nederland/Kenniscentrum DBC, 2005

Bijlage 3: Mogelijke methodologische eisen ter beoordeling groslijst

Begripsvaliditeit (AIRE 5.15):

Kan de indicator problemen met kwaliteit van zorg identificeren?

Deskundigenvaliditeit (AIRE 5.15):

Omvat de indicator een aspect van kwaliteit dat algemeen als belangrijk beschouwd wordt en is het door zorgverleners te beïnvloeden?

Precisie (betrouwbaarheid (AIRE 5.16), discriminerend vermogen AIRE 5.17):

Is er een aanzienlijke variatie tussen zorgverleners dat niet is toe te wijzen aan toevallige variatie?

Mogelijkheden tot verbetering :

Kunnen verbeteringen van de zorgprestaties daadwerkelijk door de professionals zelf bewerkstelligd worden?

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix (AIRE 5.14):

Is er weinig effect van variatie in ernst van de ziekte en co-morbiditeit op de indicator, of bestaat de mogelijkheid tot risico correctie en statistische methoden om voor (bijna) alle bias te corrigeren?

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering (AIRE 5.19):

Bijlage 4: Samenvattingstabel indicatoren

Indicator	Type*	Doel #	Variatie in Kwaliteit van zorg	Mogelijkheden tot verbetering	Operationalisatie indicator	Validiteit	Betrouwbaarheid	Discriminerend vermogen	Registreerbaarheid	Oplossingen	Overall oordeel

* Proces, structuur, uitkomst

Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, doelmatigheid, tijdigheid, gelijkheid

Voorbeeld samenvattingstabel indicatoren heup/ knie:

Indicator	Type*	Doel #	Variatie in Kwaliteit van zorg	Mogelijkheden tot verbetering	Operationalisatie indicator	Validiteit	Betrouwbaarheid	Discriminerend vermogen	Registreerbaarheid	Oplossen	Overall oordeel
Sterfte tijdens opname	Uitkomst indicator	Effektiviteit en veiligheid	Cijfers NL niet bekend?!	In de literatuur worden sterftecijfers gevonden variërend van 0,18% tot 1,80%. Zou o.m. samenhangen met anesthesiologiemanagement en operatievolume.	N patiënten die zijn overleden en een totale heupoperatie hebben ondergaan / N patiënten die een totale heupoperatie hebben ondergaan	- (zeer afhankelijk van casemix (leeftijd, co-morbiditeit)	+/-	+/-	+	-	-

Bijlage 5: Format factsheet

Instructie: De cursief gedrukte teksten zijn bedoeld als hulpmiddel/ uitleg. Na het invullen van onderstaand format moeten alle cursief gedrukte teksten worden verwijderd.

<<Indicator naam>>:	
Relatie tot kwaliteit	Korte samenvatting van het belang van deze indicator in relatie tot kwaliteit van zorg
Definitie (s) (AIRE 5.12)	
Teller (AIRE 5.12)	
Noemer (AIRE 5.12)	Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing
In/ exclusiecriteria (AIRE 5.13)	Nauwkeurige beschrijving van de patiëntenpopulatie waar indicator betrekking op heeft Een duidelijke definiëring van de doelgroep vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusie criteria
Type indicator	Structuur/ proces/ uitkomst
Kwaliteitsdomein (AIRE 2.4)	Effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid, tijdigheid, doelmatigheid en gelijkheid

Het doel van de indicator (AIRE 2.1)

Beschrijving van de belangrijkste doel(en) die met de indicator worden nagestreefd, bijv verbeteracties of verantwoordingsinformatie.

Het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft (AIRE 2.3):

Beschrijving van organisatorisch verband waar de indicatoren betrekking op hebben. Bijvoorbeeld maatschap/vakgroep van specialisten of ziekenhuis als geheel.

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg (AIRE 2.2):

Beschrijving van de belangrijkste achtergrondinformatie en de bekende variatie in zorg.

Mogelijkheden tot verbetering

Kunnen verbeteringen van de zorgprestaties daadwerkelijk door de professionals zelf worden bewerkstelligd?

Validiteit (AIRE 5.15):

Kan de indicator verschillen in kwaliteit van zorg identificeren (zoals beschreven in literatuur of richtlijn)?

Beschrijving van de argumentatie dat de indicator een aspect van kwaliteit meet, dat algemeen als belangrijk beschouwd wordt en is het door zorgverleners te beïnvloeden?

Betrouwbaarheid (AIRE 5.16)

Een graadmeter voor de kwaliteit van de indicator vormt de mate van overeenstemming tussen de resultaten die verkregen worden wanneer een meting meerdere malen wordt uitgevoerd door dezelfde of verschillende personen. Wanneer de meetcondities gelijk blijven mag worden verwacht dat bij herhaling van de meting de resultaten gelijk blijven.

Discriminerend vermogen (AIRE 5.17):

Beschrijving van de wijze waarop de indicator in staat is de variatie tussen zorgverleners/ ziekenhuizen dat niet is toe te wijzen aan toevallige variatie, te meten

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix (AIRE 5.14):

Controle voor verschillen in patiëntengroepen (case-mix en mogelijk andere co-variabelen) is belangrijk wanneer wij prestaties tussen bijvoorbeeld verzekeraars, zorginstellingen, maatschappen, of andere groepen professionals onderling willen vergelijken. Beschrijving van factoren als leeftijd, geslacht en co-morbiditeit die relevant worden geacht bij de mogelijkheid tot risico correctie en statistische methoden om voor (bijna) alle bias te corrigeren.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering (AIRE 5.19):

Beschrijving van de inschatting die gemaakt is over de toegankelijkheid van bestaande en geautomatiseerde gegevensbronnen. Wanneer additionele systemen voor dataverzameling moeten worden opgezet is het noodzakelijk goed inzicht te verkrijgen in de kosten (in termen van geld en tijd)-opbrengstverhouding.

Bron: Voor het verzamelen van de gegevens kunnen verschillende bronnen gebruikt worden. Bijvoorbeeld DBC-registratie, verrichtingenregistratie, poli(klinische) status, EPD.

Meetfrequentie: De frequentie waarmee de indicatoren gemeten worden. De gegevens die voor de indicatoren nodig zijn worden voor sommige indicatoren continu verzameld. Andere gegevens worden eenmaal per afgesproken periode verzameld.

Meetperiode: De gegevens worden opgevraagd over een zogenaamde meetperiode. Afspraken over deze meetperiode worden landelijk gemaakt. Bijv. 01-01-2005 t/m 31-12-2005.

Rapportagefrequentie: Afspraken over de rapportagefrequentie worden landelijk gemaakt. Bijv 1 keer per jaar.

Ongewenste effecten (optioneel)

Beschrijving van mogelijke ongewenste effecten die door het gebruik van de indicator worden uitgelokt. Het gebruik van een indicator die bijvoorbeeld heroperaties binnen één maand bepaalt kan tot gevolg hebben dat heroperaties worden uitgesteld tot na één maand.

Referenties (AIRE 4.9; 4.10)

Vancouver stijl gebruiken

Voorbeeld uitgewerkte factsheet: Diabetes

4. Oogzorg

Relatie tot kwaliteit	Retinopathie is een veel voorkomende complicatie die tot blindheid kan leiden. De prevalentie van retinopathie is sterk gerelateerd aan de duur van diabetes (American Diabetes Association, 2004). Oogheelkundige screening draagt bij aan het voorkomen van ernstige oogheelkundige complicaties bij mensen met diabetes mellitus (Richtlijnen diabetes CBO/NDF, 1998).
Definitie	Het percentage mensen met diabetes mellitus bij wie de afgelopen 12 maanden een oogonderzoek heeft plaatsgevonden.
Teller	Mensen met diabetes mellitus, bij wie de afgelopen 12 maanden een oogonderzoek is gedaan
Noemer	Totaal aantal mensen met diabetes mellitus
In/ exclusiecriteria	Inclusie : DBC-codes 221, 222 en 223. Diabetes mellitus type 1 en type 2. Exclusie : DBC-code 224
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De hoofdbehandelaar van de cliënt met diabetes is verantwoordelijk voor de screening van de ogen (Richtlijnen diabetes CBO/NDF, 1998). Volgens deze richtlijn is eens per twee jaar een funduscontrole nodig. Bij diabetes die langer dan 10 jaar bestaat, een HbA1c boven de 7, verhoogde bloeddruk, zwangerschap, puberteit, micro- of macroalbuminurie of verminderde nierfunctie dient dit jaarlijks te gebeuren. Uit tweedelijns onderzoek blijkt dat deze taak sterk wisselend wordt ingevuld en dat veel cliënten met diabetes niet het oogonderzoek krijgen waar ze volgens de norm (IGZ, 2005) recht op hebben.

De oorzaak hiervan kan zowel bij de hulpverlener als bij de cliënt liggen.

Uitzondering: funduscontrole type 1 is pas noodzakelijk na 5 jaar na het stellen van de diagnose.

Mogelijkheden tot verbetering

Door bijvoorbeeld bij de jaarcontrole systematisch na te gaan of oogheelkundige onderzoek het laatste jaar heeft plaats gevonden, kan zo nodig tijdig worden verwezen naar een oogarts of fundusfotografie. In het inspectierapport voor de externe prestatie-indicatoren blijkt dat de mate van registratie en van funduscontrole veel verbetering behoeft (IGZ, 2005). Deze indicator kan een goede registratie in de ziekenhuizen bevorderen wat een belangrijke kwaliteitsverbetering tot gevolg zal hebben.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Oogheelkundig onderzoek is de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar van de diabetes. Deze dient dit vast te leggen in het medisch dossier van de mens met diabetes. Vaak is het moeilijk om deze aantekeningen terug te vinden en meestal zal hier geen elektronische registratie van zijn. Dit hoeft geen probleem te zijn als de oogheelkundige controles alleen bij de oogartsen in hetzelfde ziekenhuis plaatsvinden omdat dan door het matchen van de DBC codes diabetes van de mensen met diabetes van de internist te matchen zijn met de poli populatie van de oogarts. Maar mensen met diabetes kunnen natuurlijk ook naar een oogarts gaan die niet aan het ziekenhuis verbonden is, zoals dikwijls het geval is. Verder hoeft het verzoek van de hoofdbehandelaar aan de mens met diabetes niet altijd door hem/haar gevolgd te worden of door de oogarts te worden gehonoreerd door een tijdige afspraak.

Validiteit

Mensen met diabetes horen 1-2 jaarlijks een oogcontrole te ondergaan. Exclusie: nieuwe type 1 mensen met diabetes pas 5 jaar. Dit wordt aanbevolen in de richtlijnen, zoals ze zijn opgesteld onder leiding van het CBO en de NDF (CBO/ NDF, 1998). De organisatie van de oogzorg is een spiegel van de organisatie van de totale zorg voor de mens met diabetes door het team. Door de oogzorg als een belangrijk deel op te nemen in de jaarlijkse controle is het organisatorisch mogelijk om de kwaliteit op korte termijn op een aanvaardbaar niveau te brengen.

Betrouwbaarheid

Fundusinspectie is de gouden standaard voor het screenen op diabetische oogziekte. Bij herhaling van het onderzoek zal dit veelal dezelfde ernst van de retinopathie opleveren. Vastleggen van de fundussituatie via fotografie maakt een objectief oordeel mogelijk. Een kwantitatieve beoordeling in de verschillende stadia van retinopathie is internationaal vastgelegd. Bij grotere studies als de DCCT (DCCT, 1993) is hiermee veel ervaring opgedaan.

Discriminerend vermogen

De hierboven gedefinieerde indicator oogzorg is niet sterk afhankelijk van case mix, mits de groep mensen met recent (< 5 jaar) vastgestelde type 1 diabetes niet te groot is. Hoewel de medewerking van zowel de verwijzend arts, als de cliënt als ook de oogarts nodig is voor een tijdige oogheelkundige screening, ligt de verantwoordelijkheid bij de hoofdbehandelaar. Lage percentages voor oogheelkundige controle zijn dan ook vooral toe te schrijven aan organisatorische beperkingen bij de hoofdbehandelaar. Uit het rapport van de IGZ blijkt bij de ziekenhuizen die getallen kunnen leveren een duidelijke variatie te bestaan in het percentage oogfundus inspecties.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Het betreft hier een proces indicator die niet sterk afhankelijk is van case mix. Al komt bij bepaalde groepen meer retinopathie voor, dan bij anderen, toch heeft dit weinig invloed op deze proces

indicator. Wel is het zo dat mensen met diabetes korter dan 10 jaar, zonder complicaties, een normale bloeddruk en een HbA1c onder de 7 maar 1 keer per twee jaar een funduscontrole nodig hebben, maar deze groep hoeft bij de internist niet groot te zijn. Bij onderzoek in twee ziekenhuizen werd het percentage mensen met diabetes dat jaarlijks controle nodig hebben bepaald op 78 en 85%. Daarbij moet nog geteld worden de helft van de mensen die tweejaarlijks een controle nodig hebben, zodat de percentage op 89 en 92% uitkomen (Storms et al, 2002) Het percentage kan ook lager zijn wanneer de jaarcontrole of fundusfotografie niet precies ieder jaar maar bijvoorbeeld iedere 13 of 14 maanden plaats vindt. In dit geval daalt het percentage mensen jaarlijks oogheelkundig onderzoek heeft ondergaan met ongeveer 10% zonder dat er nu sprake hoeft te zijn van slechte zorg. Dit betekent dat de uitkomst van deze indicator best kan variëren (70 tot 90) zonder slechte kwaliteit aan te geven.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Om te kunnen registreren wie op een bepaald moment fundusonderzoek heeft ondergaan is een geautomatiseerd systeem nodig. Uit het rapport van de IGZ, Het Resultaat Telt, blijkt dat dit in veel ziekenhuizen nog niet beschikbaar is (IGZ, 2005). Een aantal ziekenhuizen registreert echter wel, zodat het haalbaar lijkt te zijn. Een toenemend gebruik van een elektronisch patiëntendossier zal de registratie in de komende jaren zeker fors doen toenemen. Een relatief eenvoudig tijdelijk alternatief is aan de bestaande systemen (bv mirador) een veld te hangen waarop de behandelaar kan aangeven wanneer oogheelkundig onderzoek heeft plaats gevonden. De invoering van deze systemen zullen de poort openen voor onder andere de transparantie in de oogheelkundige zorg voor mensen met diabetes.






Samenvatting








Diabetische retinopathie kan, indien op tijd gediagnosticeerd, worden behandeld zodat het risico op blindheid aanzienlijk kleiner wordt. Voor deze diagnose is fundusonderzoek nodig. De behandelend internist is primair verantwoordelijk voor de tijdige controle van de fundus. De organisatie hiervan ligt bij het diabetesteam. Er bestaat geen discussie over de validiteit van de indicator percentage funduscontrole bij mensen met diabetes, die is vastgelegd door de standaard van CBO en NDF. Uit het inspectierapport blijkt dat er ruime variatie is in zowel het al dan niet registreren, als ook in de aangegeven percentages door ziekenhuizen die wel een registratie hebben. Kwaliteitsgroei van de diabeteszorg zal door deze indicator dan ook worden gestimuleerd. Het organiseren van de oogzorg is complex, maar de verantwoordelijkheid hiervoor ligt volgens de standaard bij de hoofdbehandelaar.







Referenties




- American Diabetes Association: Clinical Practice Recommendations 2004. Retinopathy in Diabetes (Position Statement). Diabetes Care. 2004;27(suppl 1):84-87
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO/ Nederlandse Diabetes Federatie Richtlijnen: diabetische retinopathie, diabetische nefropathie, diabetische voet & hart- en vaatziekten bij diabetes mellitus. Utrecht: CBO; 1998 Diabetes Control and Complications Trial research Group, The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. New England Journal of Medicine, 1993 September 30, (329) 977-986
- Inspectie voor de gezondheidszorg. Het resultaat telt. Prestatie indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Mei 2005 Bereikbaar op: https://webcollect.rivm.nl/deverbetermeter/achtergronddocumenten/Rapport_Het_resultaat_telt.pdf
- Storms, ten Have en Dijkstra. Indicatoren voor verbetering van de diabeteszorg, CBO, 15-04-2002, pp 25-26

Bijlage 6: Variabelenlijst met de specificaties behorende bij cataract

Varia bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Beno digd voor indica tor
	C0	Patiëntnummer	ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken	2, 3a en 3b
	C1	Geboortedatum	ZIS		2
	C2	Cataract (1° oog) Bij het vaststellen van de populatie gaan het om de onderstaande DBC-codes: Zorgtype : 11 reguliere zorg Diagnoses: 554.cataract Behandelingen: 31 verrichtingen in poliklinisch 32 verrichtingen in dagbehandeling 33 verrichtingen klinisch 36 klinisch zonder dagen; kzd verrichtingen met klinische episoden Alle combinaties van de bovenstaande onderdelen zijn toegestaan.	DBC registratie	Noot ingeval bij een patiënt in een jaar 2 DBC's 11.554 afgesloten zijn waar bij ook een cataractoperatie heeft plaatsgevonden is het 1° oog het oog dat als eerste werd geopereerd. (datum variabele C4 is ligt dus altijd voor datum variabele C13)	2, 3a/b
	C3	Cataractoperatie (1° oog)	Verrichtingen registratie	Verrichting behorende bij DBC gedefinieerd in C2	2,3a/b
	C4	Datum verrichting index oog	Verrichtingen registratie	Datum eerste cataract extractie bij een patient; datumbij verrichting C3	2,3a/b

Varia bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Beno digd voor indica tor
	C5	Postoperatieve follow-up index oog CTG code 190013 DBC-registratiecode voor herhaal- polikliniekbezoeken bij een lopende DBC	Verrichtingen registratie	Polikliniek bezoek volgend op operatie index oog C1+C3	3b
	C6	Datum postoperatieve fup dd-mm-jjjj	DBC registratie	Datum poliklinische controle na operatie; C5 valt na C4	3b
	C7	Glaucoom 1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/ Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract).	2,
	C8	Maculadegeneratie 1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract).	2
	C9	Diabetische retinopathie 1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract).	2
	C10	Dementie/Down 1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract).	2
	C11	Doofheid 1=ja	CPO n.v.	Exclusie criterium/Contextinformatie	2

Varia bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Beno digd voor indica tor
		2=nee 9=onbekend	(poli) klinische status	De vast te leggen waarde is arbitair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract).	
	C12 COPD	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract).	2
	C13 Nekklachten /Houdingsproble men	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	Exclusie criterium/Contextinformatie De vast te leggen waarde is arbitair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract).	2
	C14 Hypermatuur cataract	1=ja 2=nee 9=onbekend	CPO n.v. (poli) klinische status	De vast te leggen waarde is arbitair gekozen en bruikbaar als men handmatig gaat vastleggen. De gegevens zijn beschikbaar in het CPO nieuw versie (Kwaliteitsregistratie Cataract).	2
	C15 Vitrectomie	CTG verrichting code 31294 vitrectomie	Verrichtingen registratie		2
	C16 Diagnose en verrichting 2° oog	Zie C2	DBC registratie	2° DBC 11.554 afgesloten in een registratieperiode	3a/b
	C17 Operatie 2° oog	Zie C4	Verrichtingen registratie	CTG code 31241 CATARACTOK EXTRACAPS. MET KUNSTLENS verrichting behorende bij C17	3a/b

Varia bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Beno digd voor indica tor
	C18 Datum verrichting 2 ^o oog	dd-mm-jjjj	Verrichtingen registratie	Datum behorende bij C18. C19 valt na C4	3a/b
	C19 Preoperatief poliklinisch bezoek (2 ^o oog)	CTG code 190011 eerste polikliniekbezoek 190012 DBC-registratiecode voor een niet-decl. Polikliniekbezoek dat leidt tot opening	Verrichtingen registratie	Polikliniek bezoek voorafgaand aan op operatie index oog C1+C3	3b
	C20 Datum Preoperatief poliklinisch bezoek (2 ^o oog)	dd-mm-jjjj	DBC registratie	Datum poliklinische consult voorafgaand aan operatie 2 ^o oog; C21 voor C19 en na C4	3b

Bijlage 7: Leeswijzer bij geselecteerde indicatoren (voorbeeld cataract)

Leeswijzer bij staaroperatie (cataract)

Deze leeswijzer is bedoeld als begeleidende tekst voor consumenten/patiënten bij de prestatiegegevens van ziekenhuizen over cataract (die te zijner tijd door de oogartsen openbaar worden gemaakt op hun eigen (ziekenhuis)websites en op www.kiesbeter.nl).¹ Prestaties worden gemeten door middel van indicatoren.

1. Wat is een indicator?

Als u in het ziekenhuis wordt behandeld dan gaat u ervan uit dat u de beste zorg krijgt. Hoe weet u dat de zorg goed is? Dat is lastig te bepalen omdat hierbij meerdere factoren een rol spelen.

De oogartsenvereniging (Nederlands Oogheelkundig Gezelschap) geeft aan patiënten informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Hiervoor gebruiken zij indicatoren. Een indicator is niet meer dan een signaal dat een globale indruk geeft over de kwaliteit van zorg. Als indicatoren uniform worden gehanteerd en op systematische wijze zijn verzameld, kunnen ze ook onderling vergeleken worden. Het NOG heeft op grond van “*Evidence*”, in samenwerking met de verzekeraars en na verwerking van het commentaar van de Consumentenbond voor *de kwaliteit van zorg rond staaroperatie (cataract)* de volgende indicatoren gekozen:

- Complicatieregistratie bij staaroperatie
- Het registreren van achterste lenskapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer als complicatie van een staaroperatie
- Voldoende tijd tussen operatie van 1e en 2e oog i.v.m resultaten van het 1e oog

2. Wat is het doel van de gekozen oogheelkundige indicatoren?

Het is de bedoeling dat de komende jaren door alle oogartsen in Nederland dezelfde informatie wordt geleverd over de kwaliteit van zorg rond staar aan de hand van deze indicatoren. Deze informatie is openbaar en voor het publiek toegankelijk via de websites van ziekenhuizen en van de overheid (KiesBeter.nl). De informatie wordt gebruikt door verschillende partijen zoals patiënten en consumenten(organisaties), de Inspectie voor de gezondheidszorg, zorgverzekeraars en zorgverleners zelf. Patiënten kunnen in de toekomst op basis hiervan vergelijkingen maken en zijn dan mogelijk beter in staat keuzes te maken wat betreft ziekenhuis en behandeling. De Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt de gegevens voor het uitoefenen van toezicht op de veiligheid van de zorg. Zorgverzekeraars voeren vanaf 2006 onderhandelingen met ziekenhuizen op basis van de aangeleverde gegevens. De Consumentenbond zal de informatie gebruiken in een soort ziekenhuisvergelijker. De zorgverleners zelf gebruiken de gegevens om inzicht te krijgen in hun eigen prestaties en verbeteringen aan te brengen.

Voor het toezicht op de veiligheid van de zorg heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in samenwerking met ziekenhuizen en medisch specialisten de Basisset Prestatie Indicatoren ontwikkeld.² Ziekenhuizen leveren jaarlijks de gegevens die gevraagd worden in de Basisset Prestatie Indicatoren in bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In deze Basisset is voor 2004 één van de ontwikkelde indicatoren voor cataract opgenomen, namelijk complicatieregistratie cataract.

1 *Ook kan deze leeswijzer gebruikt worden als toelichting bij de indicator cataract uit de Basisset Prestatie Indicatoren*

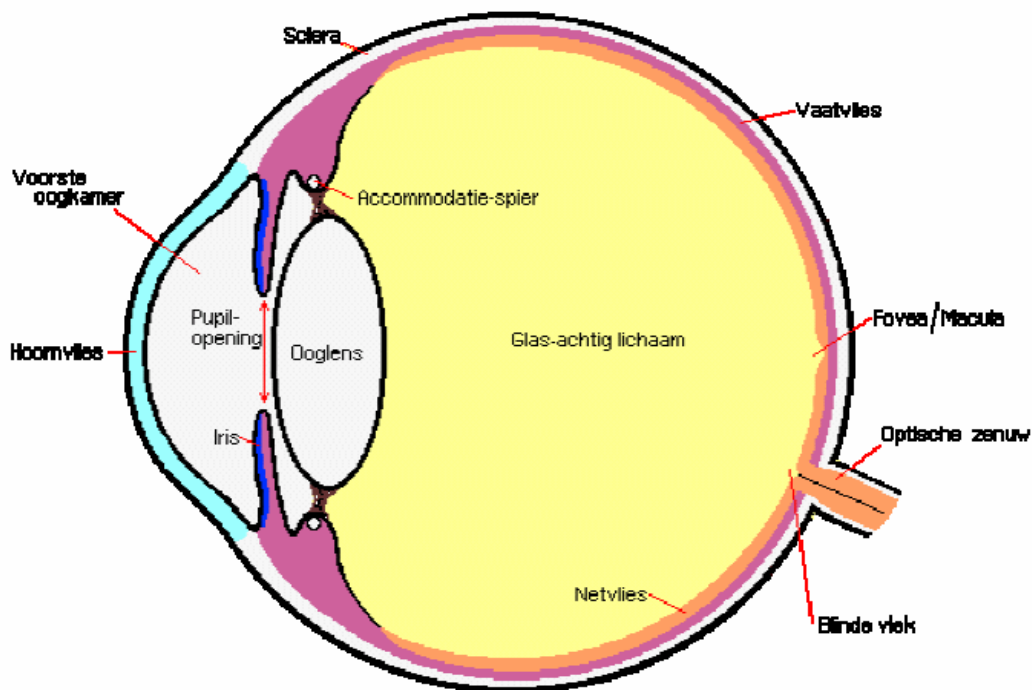
van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

2 *Te weten: met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Orde van Medisch Specialisten*

3. Kernfeiten over cataract (grijze staar of grauwe staar)

Wat is een cataract?

Cataract is een vertroebeling van de oog lens. Een andere naam voor cataract is grijze staar of grauwe staar. De oog lens zit in het oog achter de pupil en de iris en is omgeven door het lenszakje. De lens zorgt ervoor dat het oog scherp kan stellen op voorwerpen die dichtbij of veraf zijn. Bij staar is de lens vertroebeld waardoor de lens het invallend licht minder goed breekt en het beeld wazig en troebel wordt. Kleuren zijn minder intens, men ziet minder contrast. Er is meer licht nodig om goed te kunnen zien wat vooral problemen geeft in de schemering of 's nachts. Ook geven patiënten aan dat ze makkelijk verblind raken door tegenlicht. De ernst van de klachten hangt af van welk deel van de lens is vertroebeld en van de mate van vertroebeling. In het ergste geval leidt staar tot blindheid.



Figuur 6: Dwarsdoorsnede van het oog

Er bestaan vier vormen van staar: ouderdomsstaar, verworven staar, jeugdstaar en staar ten gevolge van verwondingen. Ouderdomsstaar of seniele cataract is de meest voorkomende vorm en is een 'normaal' gevolg van het ouder worden. De eiwitten die een normaal onderdeel van de lens vormen, gaan naarmate de jaren vorderen samenklonteren. Normaal gesproken neemt staar in de loop van de tijd toe en het gezichtsvermogen wordt daarmee steeds slechter. De snelheid van toename is van persoon tot persoon verschillend.

Veelvuldige blootstelling aan zonlicht, roken en alcoholgebruik verhogen het risico op het ontwikkelen van staar. Verworven staar of secundair cataract ontstaat als gevolg van ziekte of medicijngebruik. Diabetes mellitus (suikerziekte) is de meest voorkomende oorzaak van deze categorie, maar ook glaucoom (groene staar), verhoogde bloeddruk en reumatoïde artritis verhogen de kans op staar. Langdurig gebruik van corticosteroïden is ook risicoverhogend. Jeugdstaar of congenitaal cataract is staar die al aanwezig is bij de geboorte. In sommige gevallen is de staar erfelijk of ontstaat het als gevolg van een infectieziekte bij de moeder tijdens de zwangerschap, zoals bijvoorbeeld rode hond of toxoplasmose. Alcohol- of drugsmisbruik tijdens de zwangerschap verhoogt ook het risico op jeugdstaar. Maar meestal is de oorzaak van jeugdstaar niet aantoonbaar. Traumatische staar is het gevolg van verwondingen aan het oog.

Staar komt vooral voor bij ouderen boven de 50 jaar. Onder 65-jarigen heeft ongeveer 3% last van staar, onder 85-jarigen 20%. Een groot aantal mensen op oudere leeftijd heeft in enige mate staar zonder dat dit door een arts als zodanig is vastgesteld. Tot op heden weet men niet hoe staar is te voorkomen.

Wat is de behandeling van cataract?

Staar is niet te genezen met oogdruppels of medicijnen. De enige behandeling bestaat uit een operatie. Of staar wordt behandeld hangt af van de ernst. De behandeling van staar bestaat uit het operatief verwijderen van de troebele ooglens en het plaatsen van een nieuwe, heldere kunstlens. Dit gebeurt tijdens een microchirurgische ingreep die ongeveer 25 tot 30 minuten duurt en meestal wordt uitgevoerd onder plaatselijke verdoving. De operatie wordt over het algemeen in dagbehandeling uitgevoerd in het ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum (oogkliniek), waar men beschikt over een operatieruimte. Een enkele keer moet de patiënt opgenomen worden. Tijdens de operatie wordt een klein sneetje gemaakt aan de rand van het hoornvlies. Hoe kleiner het sneetje, hoe minder kans op complicaties tijdens of na de operatie. De vertroebelde lens wordt via het sneetje uit het oog

gehaald. Om het sneetje zo klein mogelijk te kunnen houden, wordt de lens met een speciaal instrument met kleine hapjes afgebroken en direct weggezogen. In het lege lenszakje wordt vervolgens een kunstlens geplaatst. Meestal is deze kunstlens opvouwbaar zodat deze ook weer via het kleine sneetje kan worden geplaatst. Na afloop van de operatie worden ontstekingsremmende druppels meegegeven. Omdat de kunstlens niet uit zichzelf kan scherpstellen, is een bril noodzakelijk. Ook moet de patiënt in principe een tot twee keer op controle komen. Het eerste contact is kort na de operatie, (dit kan ook een telefonisch consult zijn) en het tweede consult vier of meer weken na de operatie (afhankelijk van andere complicerende factoren). Tijdens deze controles wordt vastgesteld of het oog goed geneest en of er geen complicaties zijn opgetreden. Wanneer er problemen zijn of dreigen moet de patiënt vaker op controle komen. Bij de laatste controle kan vaak al de noodzakelijke bril worden voorgeschreven. Een staaroperatie wordt vaak toegepast. In Nederland zijn in 2004 130.000 staaroperaties uitgevoerd. Het is daarmee de meest frequent uitgevoerde chirurgische ingreep.

4. Welke indicatoren heeft het NOG voor cataract gekozen en waarom?

1. Complicatieregistratie bij staaroperatie (cataract)

Complicaties zijn ongewenste effecten van zorg die voor de patiënt én voor de zorgverleners belastend zijn. Een staaroperatie is een veilige ingreep met een hoog succespercentage. Ongeveer 90% van de patiënten ervaart een verbetering van het zicht. Complicaties of pijn tijdens en na de ingreep komen weinig tot zeer weinig voor. Als er toch een complicatie optreedt, is dat vaak het scheuren van het lenszakje (tijdens de operatie) of een ontsteking in het oog (na de operatie). In mindere mate komen complicaties als loslating van het netvlies, verplaatsing van de nieuwe lens, verhoogde oogdruk en/of bloedingen voor.

Het optreden van complicaties kan veroorzaakt worden door het handelen van de behandelend specialist en/of het team of door haperende apparatuur. Indirect zouden complicaties kunnen optreden als de staar verergerd is omdat de patiënt lang op een wachtlijst heeft moeten staan waardoor de operatie minder goed slaagt.

Maar de kans op complicaties wordt ook beïnvloed door de gezondheidstoestand en het handelen van de patiënt. Leeftijd speelt een belangrijke rol, hoe ouder de patiënt, hoe groter de kans op complicaties. Ook als een patiënt suikerziekte of een hoge bloeddruk heeft, of lijdt aan hart- en vaatziekten, heeft hij een grotere kans op complicaties. Aan de ogen zelf kan ook wat mankeren. Patiënten met een geschiedenis van bijvoorbeeld glaucoom (groene staar) hebben een grotere kans op complicaties. Het ziekenhuis en de zorgverleners hebben geen invloed op deze patiëntgebonden factoren.

In al die gevallen is het van belang dat de oogartsen weten hoeveel en welke complicaties relatief vaak voorkomen en welke factoren daarbij een rol hebben gespeeld, om zodoende te

kunnen nagaan welke stappen in het zorgproces verbeterd moeten worden en op welke manier. Ook als de verbeteringen zijn doorgevoerd is het belangrijk de complicaties te blijven registreren. Op die manier wordt duidelijk of de verbeteringen effect hebben gehad.

Op dit moment ontbreekt het in Nederland aan een uniforme registratie waardoor er weinig zicht is op de verschillende uitkomsten (complicaties, heroperaties, juiste handelswijze, prestaties van instellingen e.d.) in de Nederlandse situatie. In bijna alle ziekenhuizen worden cataractextracties verricht, en in meer dan driekwart van de ziekenhuizen worden complicaties geregistreerd. Meer dan de helft van de oogartsen in Nederland gebruikt voor de verwerking van deze gegevens een zelfde computerprogramma.

Het NOG heeft er de voorkeur aangegeven om deze indicator gefaseerd in te voeren. Voor de registratie van gegevens is tijd nodig en automatiserings ondersteuning zoals een Electronisch Patiënten Dossier. Het NOG wil zich samen met zorgverzekeraars en overheid (IGZ) inzetten voor een dataregistratie binnen de beroepsvereniging.

2. Het registreren van een kapselscheur met glasvocht in voorste oogkamer als complicatie van een staaroperatie.

Een relatief veel voorkomende complicatie is het scheuren van het lenszakje. Er is dan een kans dat het glasvocht dat zich achter de lens bevindt via het gescheurde lenszakje in de ruimte vóór de lens (de voorste oogkamer) komt. Soms kan deze complicatie direct tijdens de operatie worden verholpen door het glasvocht te verwijderen, soms moet de patiënt een tweede keer geopereerd worden. Op langere termijn kan dit tot vermindering van het gezichtsvermogen leiden. Het is van belang deze complicatie te registreren, want met een zorgvuldige en juiste operatietechniek kan een kapselscheur met glasvochtverlies vaak maar zeker niet altijd worden voorkomen. Door registratie krijgt men meer inzicht in het eigen handelen en de patiënten krijgen meer inzicht in het vóórkomen van deze complicatie.

3. Voldoende tijd tussen operatie van 1e en 2e oog i.v.m resultaten van het 1e oog

Bij staar worden vaak beide ogen geopereerd. Een operatie aan het tweede oog biedt extra voordelen voor het visueel functioneren bij de dagelijkse activiteiten en voor de kwaliteit van leven die verdergaan dan de voordelen die na de operatie aan het eerste oog worden bereikt. De oogarts opereert vrijwel altijd maar één oog per operatie. Zo kan de patiënt kort na de operatie alles weer doen, omdat er nog voldoende zicht is door het niet-geopereerde oog.

Soms duurt het enkele maanden voordat met zekerheid gezegd kan worden dat het eerste oog een stabiele toestand heeft bereikt, bijv. bij diabetische retinopathie (complicatie van suikerziekte waarbij er veranderingen optreden in de bloedvaten van het netvlies) of andere oorzaken van maculaoedeem (vochtophoping in de gele vlek (= macula)). Als men dan

besluit om ook het 2e oog te opereren is het raadzaam om patiënten pas nadat het eerste oog stabiel is aan het 2e oog te opereren. Vandaar dat men stelt dat de laatste beoordeling van het eerste oog minimaal 4 weken na de operatie zou moeten plaats vinden.

5. Wat zou de score op deze indicatoren kunnen betekenen?

De gekozen indicatoren geven een globaal beeld van de oogheelkundige kwaliteit van zorg rond staaroperaties binnen een ziekenhuis. Hiermee kunnen de gegevens van verschillende ziekenhuizen in de toekomst worden vergeleken. Dat is thans nog niet goed mogelijk. Uit eerdere projecten is gebleken dat het enige tijd duurt voordat dergelijke gegevens op uniforme wijze worden verzameld en vergelijkbaar zijn. Uw zorgverzekeraars, en de Consumentenbond zijn betrokken geweest met het opstellen van deze indicatoren. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie werd uitgenodigd een bijdrage te leveren, maar kon voor het gewenste focusgroeponderzoek geen aanvullende financiering verwerven en heeft daarom niet meer in het traject geparticipeerd.

Het bijhouden van een complicatieregistratie geeft aan dat men binnen het ziekenhuis zo zorgvuldig mogelijk probeert om te gaan met complicaties. Maar complicatieregistratie leidt pas echt tot verbetering van kwaliteit als de verzamelde gegevens worden gebruikt in een kwaliteitscyclus en het aantal complicaties daardoor in de loop van de tijd vermindert.

Voor de indicatoren (*kapselscheur en andere complicaties*) geldt: hoe lager het getal/percentage hoe beter het ziekenhuis presteert. Echter bij het optreden van complicaties is er niet per definitie sprake van slechte kwaliteit van zorg. Ouderdom en het hebben van andere ziekte of (oog)aandoeningen verhogen de kans op optreden van complicaties. Het ziekenhuis en de zorgverleners hebben geen invloed op deze patiëntgebonden factoren.

Voor de indicator *voldoende tijd tussen operatie van 1e en 2e oog* ligt de relatie omgekeerd: hoe hoger het getal (percentage patiënten met voldoende tijd tussen de operaties) hoe beter de prestatie van het ziekenhuis op dat punt. In de praktijk zal de 100% nooit worden gehaald. Dat kan liggen aan de organisatie, aan de dokters, maar ook aan de medewerking door de patiënt. In een toelichting op de website van uw ziekenhuis zal een uitleg worden gegeven over de uitslag van de scores.

6. Achtergrondinformatie

websites:

- www.oogheelkunde.org
- www.orde.nl en klik achtereenvolgens op kwaliteitszorg>complicatieregistratie
- www.dog.org
- http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_gezichtsstoornis.html

literatuur:

- Asbell, P.A., I. Dualan, J. Mindel, D. Brocks, M. Ahmad, S. Epstein. Age related cataract. Lancet. 2005. 365:599-609.

- Desai, P., D.C. Minassian, A. Reidy. National cataract surgery survey 1997-8: a report of the results of the clinical outcomes. *Br. J. Ophthalmol.* 1999; 83:1336-1340.
- M. Lundström, U. Stenevi, W. Thorburn. The Swedish National Cataract Register: A 9-year review. *Acta Ophthalmologica Scandinavica.* 2002 80(3):248-257.
- Solomon, R. E.D. Donnenfeld. Recent advances and future frontiers in treating age related cataracts. *JAMA.* 290;2:248-252.
- Stadlander, M. Kwaliteitsverbetering door complicatieregistratie. Te vinden op: http://orde.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_397_TICH_R142317789324380
- Wong, T.Y. Effect of increasing age on cataract surgery outcomes in very elderly patients. *BMJ.* 2001. 322:1104-1106.
- Determining the potential to improve the quality of care in Australian health care organisations (2nd edition). Trends in quality of care: results of the ACHS clinical indicators 1998 – 2000 (Version 1). Te vinden op: http://www.achs.org.au/content/screens/file_download/DPI_1999-2000.pdf (relevante pagina's 88-89)
- Determining the potential to improve the quality of care (5th edition). ACHS clinical indicator results for Australia and New Zealand 1998 – 2003. Te vinden op: http://www.achs.org.au/content/Screens/file_download/DPI%202004.pdf (relevante pagina: 115)

Bijlage 8: Bepaling van de indicatoren (voorbeeld cataract)

Bepaling van de indicatoren

De laatste stap is het bepalen van de indicatoren. Hiervoor worden de teller en de noemer omschreven en wordt de formule (met variabelen) gegeven. Populatie van de teller is altijd een subpopulatie van de noemer. In geval bij een indicator gevraagd wordt naar een percentage, dan wordt de teller door de noemer gedeeld en vermenigvuldigd met 100.

Op de volgende pagina's wordt per indicator aangegeven hoe de indicator uitkomst bepaald kan worden.

Indicator 1	Dataregistratie van pré-/per-/post-operatieve data
	<ul style="list-style-type: none"> - Invullen checklist bijlage 1 - Tellen aantal keren dat 'ja' is aangevinkt op checklist - Rapporteer over aantal keren dat ja is aangevinkt

Indicator 3a	De tijdsperiode tussen operatie van 1 ^e en 2 ^e oog; tijdsperiode tussen operaties \geq 28 dagen	Formule
Teller	Neem als uitgangspunt de populatie van de noemer. Bepaal nu het aantal patiënten bij wie datum 2 ^e oogoperatie minus datum 1 ^e oogoperatie \geq 28 dagen.	# patiënten waarbij C24 = "Ja" of C25="Ja"
Noemer	Bepaal het totaal aantal patiënten met een cataractoperatie aan beide ogen. Zie ook populatiebepaling	# patiënten waarbij C17 = "ja" en C22 > 50 jaar

Bijlage 9: Verwerken commentaar (voorbeeld uit: Kwaliteit van zorg rond staaroperaties in de etalage)

2. Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief)			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
P12-14. Goed dat er een uitkomstindicator is. Ik denk dat met het introduceren van de complicatieregistratie onder 1. deze indicator later kan samenvallen met 1.	CB	Kennisname	
Twee openstaande punten zijn de registratie en de casemix controle.	CB	Verwerkt	Registratie was reeds vermeld. Casemix: na een aantal jaren registreren, kan na analyse op een dieperliggend niveau op een juiste manier risk-adjustment worden toegepast. Op dit moment kan dit niet nader worden uitgewerkt.

*Indien mogelijk/ nodig commentaar samengevat

3. De tijdsperiode tussen operatie van 1^o en 2^o oog

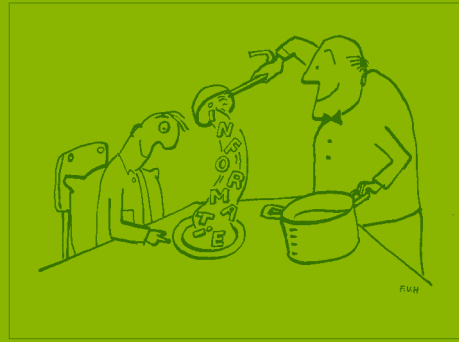
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
P 15. uit definitie teller maak ik op dat er sprake moet zijn van een minimale wachttijd voor controle eerste oog van 4 weken. In de tekst wordt ook periode 4-12 weken genoemd. Waarom in teller anders verwoord? Ben je nalatig als je langer dan 12 weken wacht met controle?	CB	Verwerkt	Verduidelijkt in de tekst: het is raadzaam de 2 ^o operatie pas dan uit te voeren nadat het eerste oog stabiel is. Het gaat om een periode van minimaal 4 weken.

P 16. Hier lees ik dat het raadzaam is de 2 ^e operatie na 12 weken uit te voeren. Waarom wordt dat niet meegenomen in een indicator? Je kan toch gemotiveerd afwijken.	CB	Verwerkt	Verduidelijkt in de tekst (zie ook hierboven). Inderdaad moet hiervan gemotiveerd worden afgeweken, indien dit van toepassing is.
---	----	----------	---

*Indien mogelijk/ nodig commentaar samengevat



ZonMw
Laan van Nieuw Oost Indië 334,
2593 CE Den Haag
Postbus 93245,
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 50
Fax 070 349 53 95
kiezeninzorg@zonmw.nl
www.zonmw.nl/kiezeninzorg



Orde van Medisch Specialisten



ZonMw