

Achtergronddocument: Indicatoren

Onderstaande tekst is gemaakt door en is afkomstig van de website van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. In de bijlage staan voorbeelden van indicatoren voor ketens uit verschillende sectoren.

Indicatoren

Kwaliteitsmanagement kan niet zonder indicatoren. Er bestaan proces-, structuur en uitkomstindicatoren. Goede indicatoren geven aan hoe het met de kwaliteit van het gemeten onderwerp staat. Men kan indicatoren op verschillende manieren en op verschillende niveaus gebruiken. Het is zaak bij het ontwikkelen van indicatoren zorgvuldig te werk te gaan.

Wat is een indicator?

Wil men de kwaliteit van zorg beoordelen dan zal er gemeten moeten worden. Daarvoor heeft men indicatoren nodig. Een indicator is een meetbaar fenomeen (meestal een getal) dat een signalerende functie heeft. Wijkt een indicator af van een afgesproken norm dan is bijsturing mogelijk.

Indicatoren geven dus een aanwijzing over de mate van kwaliteit van een bepaald aspect van de gezondheidszorg.

Enkele voorbeelden van indicatoren:

- het aantal ziekenhuisinfecties;
- het percentage diabetici dat jaarlijks een oogheelkundig onderzoek krijgt;
- de wachttijd voor een bepaalde polikliniek

Bij indicatoren gaat het meestal om een percentage of ratio, waarbij er een teller en een noemer is.

Betrouwbare indicatoren zijn bijna altijd gekoppeld aan de registraties van gegevens.

Welke typen indicatoren zijn er?

Men maakt wel onderscheid in proces-, structuur en uitkomstindicatoren:

Procesindicatoren: Procesindicatoren volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Bijvoorbeeld: de doorlooptijden, de mate van gebruik van protocollen.

Een concreet voorbeeld: 'het percentage mensen met diabetes dat jaarlijks een oogheelkundig onderzoek krijgt'.

Structuurindicatoren: Structuurindicatoren geven informatie over de organisatie/equipage van een systeem en/of de omstandigheden geschikt zijn om de gewenste zorg te leveren

Uitkomstindicatoren: Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg. Een concreet voorbeeld: 'het percentage mensen met diabetes dat retinopathie heeft'.

Wat is het nut van indicatoren?

Goede indicatoren vergemakkelijken het meten van kwaliteit. Zo geeft de indicator 'perinatale sterfte' een indruk over de kwaliteit van zuigelingenzorg. Deze indicator is geslaagd, omdat hij een betrouwbare indruk van de kwaliteit van zuigelingenzorg geeft. Bovendien hoef je er niet medisch geschoold voor te zijn om er iets van te begrijpen

Het is niet gemakkelijk om de kwaliteit van zorgprocessen te meten. Immers: er zijn vele parameters. Verder zeggen sommige parameters alleen iets in bepaalde omstandigheden.

Welke toepassingen zijn er?

Indicatoren kunnen als volgt worden gebruikt:

- voor benchmarking.

Door te meten en te vergelijken komt vast te staan of men aan de gestelde criteria of doelen voldoet.

De resultaten kunnen een aanleiding zijn om het betreffende proces te verbeteren of te herontwerpen.

Zijn de gestelde criteria gehaald dan is het zaak het betreffende proces te borgen.

- voor sturing (van intuïtief naar systematisch)

Indicatoren vormen een essentieel onderdeel van een modern sturingsstelsel. Men kan op vier

domeinen sturen: professioneel, organisatorisch, satisfactie en financiële resultaten. Daarnaast kan men het sturingssysteem op verschillende niveaus in de gezondheidszorg toepassen.

- voor het afleggen van externe verantwoording.

De toepassingen van indicatoren maakt het mogelijk om aan te tonen of de gewenste doelstellingen zijn behaald. Zo kunnen instellingen naar partijen als de overheid, inspectie, patiëntenorganisaties verantwoording van hun daden afleggen.

Hoe ontwikkelt men indicatoren?

Er zijn twee mogelijkheden:

1. Men streeft een bepaald doel na: Ontwikkel dan een indicator die meet of het gestelde doel is gehaald wordt. Een voorbeeld: men wil het aantal peri-operatieve diabetespatiënten met een extreem hoge of lage bloedsuiker reduceren tot nul. Kies dan als indicator "het wekelijkse aantal peri-operatieve diabetespatiënten met een bloedglucose van minder dan 4 en hoger dan 10."
2. Men wil aan een bepaalde richtlijn voldoen: Vertaal de essentiële onderdelen van de richtlijn in indicatoren. Men wil dat bijvoorbeeld met de nieuwe decubitus richtlijn doen. Als indicator kan dan formuleren: "wekelijkse percentage patiënten dat een risicoscreening heeft ondergaan".

Enkele tips

- Kies niet teveel indicatoren
- Een aantal van 5-10 indicatoren per onderwerp is al veel. Bovendien kost het verzamelen en registreren van informatie tijd.
- Zorg voor een combinatie van de verschillende indicatoren. Zo geven uitkomstindicatoren aan of het doel is bereikt. Procesindicatoren maken duidelijk waardoor dit eventueel niet is gebeurd.
- Laat de indicatoren op verschillende dimensies van een onderwerp betrekking hebben. Dus niet alleen indicatoren die de medisch inhoudelijke kwaliteit meten, maar bijvoorbeeld ook doelmatigheid en tijdigheid.
- Kies indicatoren waarbij het verzamelen ervan weinig tijd kost. Een voorbeeld: stel dat men zicht op het ontslagbeleid wil hebben. Nou blijkt de medische administratie maandelijks een uitdraai te maken van patiënten, die binnen een week na ontslag opnieuw zijn opgenomen. Deze bron moet men dan zeker niet onbenut laten.

Prestatie-indicatoren in de zorg

Er is een niet gering verschil tussen indicatoren voor het gebruik van interne sturing en externe verantwoording. In de toepassing streeft men ook verschillende doelen na. De doelen die men met het laatste type indicatoren nastreeft, zijn nog onvoldoende doordacht. Prestatie-indicatoren dienen zeker niet als een bewijs, maar eerder als een signaal van goede of slechte kwaliteit te worden opgevat.

Type indicatoren

In de gezondheidszorg kan men indicatoren zowel voor interne sturing als voor externe verantwoording gebruiken. Tussen beide typen bestaat een groot verschil. Door toepassing van het eerste type indicatoren beoogt men door meting de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Via het andere type wil men juist de resultaten van de patiëntenzorg transparant maken.

Met andere woorden: via indicatoren voor interne sturing bepalen zorgaanbieders welke verbeteracties prioriteit hebben ("waar is de meeste winst te behalen?"). Verder gebruikt men ze voor nulmetingen in verbeterprojecten en om vervolgens de resultaten te meten en de bereikte verbeteringen te borgen. Overheid, inspectie, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties willen dat zorgaanbieders middels indicatoren voor externe verantwoording bekendheid geven aan de resultaten van de door hen geleverde zorg.

Beoogd effect van externe indicatoren

Genoemde instanties willen door het gebruik van externe indicatoren de volgende doelen bereiken:

1. de zorgaanbieders verantwoording af laten leggen
2. patiënten de mogelijkheid bieden om zelf een overwogen keuze te maken uit de verschillende zorgaanbieders
3. externe prikkel voor interne verbetering creëren.

Voorwaarde voor succes

Om deze doelstellingen daadwerkelijk te kunnen behalen, zullen eerst een aantal zaken helder moeten zijn.

Ad 1 Verantwoording afleggen

Zorgaanbieders verantwoording af laten leggen heeft alleen zin, indien duidelijk is waarover zij dat moeten doen. Dit betekent, dat er vooraf doelstellingen moeten worden geformuleerd. Om een voorbeeld te noemen: Wat wil men met de wachtlijsten bereiken? Zonder doelstellingen hangt verantwoording afleggen in de lucht.

Ad 2 Patiënten een keuzemogelijkheid bieden

Patiënten een keuzemogelijkheid bieden, lijkt erg aantrekkelijk. Echter: bij schaarste valt er niet veel te kiezen. Zouden zij daarentegen massaal kiezen voor instellingen met "best practices" dan bleef daar niets meer van over. Deze best practices zouden de enorme toestroom niet aan kunnen. Ten slotte heeft buitenlands onderzoek aangetoond, dat patiënten geen weg weten met indicatoren over kwaliteit van zorg. Zij zijn niet in staat om ze beoordelen en er vervolgens hun keuze door te laten bepalen. Patiënten kunnen dat zelfs niet als er uitgebreid keuzemogelijkheden zijn.

Ad 3 Externe prikkel creëren

Externe indicatoren kunnen inderdaad een stimulans tot interne verbetering zijn. Doch het zal alleen goed werken, als zorgaanbieders de resultaten vergelijken met die van een andere periode ("doe ik het beter dan vorig jaar?") of met de beste resultaten in de sector (benchmarking).

Daarbij is zorgaanbieders op een rij zetten op basis van hun prestaties (ranking) uiterst moeilijk. Indicatoren behoren daarvoor onderling vergelijkbaar en valide (definities, instroomcorrecties) zijn. Als er bovendien ook nog consequenties aan de ranking vastzitten dan leidt dat tot defensief gedrag en overtrokken reacties. Effecten, waar men niet op zit te wachten.

Bron: www.cbo.nl

Bijlage: voorbeelden uit diverse sectoren

Hieronder staan drie voorbeelden van indicatoren voor ketens. We beginnen steeds met hoe deze indicatoren tot stand zijn gekomen. Dan de indicatoren zelf en de implementatie.

1. Ketenzorg daklozen

Er is een alliantie gevormd van vier partijen die belang hebben bij de komst van indicatoren, twee brancheorganisaties, een kennisinstituut en een facilitaire organisatie. Zij hebben de samenwerking in vier regio's geanalyseerd. Met professionals zijn uit de analyses criteria opgesteld. Die zijn besproken op een bestuurlijke conferentie.

- a. Voor het **signaleren** van daklozen worden burgers, instellingen, woningcorporaties, huisartsen en politie en andere belangrijke signaleerders adequaat geïnformeerd en geïnstrueerd, met name ten aanzien van het herkennen van problematiek en de melding. Dit door middel van scholing en protocollen. Voor onder andere de doelgroep dreigend daklozen zijn er buurt- en zorgnetwerken.
- b. Er is één **centraal** OGGZ-meldpunt met gemeentelijke taken en bevoegdheden ten aanzien van screening, registratie en monitoring.
- c. Er is één **gemeenschappelijk dossier** voor elke dakloze dat inzicht geeft in het traject en de voortgang van het traject. De spelregels zijn afgesproken in een privacyprotocol.
- d. Er is een **diagnostisch instrument** waarmee op een zestal leefgebieden de (ontwikkel)kansen van de dakloze worden geïnventariseerd. Het gaat om de volgende leefgebieden: Wonen, Inkomen, Gezondheid (psychisch en lichamelijk), Dagbesteding (werk en/of leren), Sociale netwerken en Veiligheid. Onderdeel van het instrument is een multidisciplinair overleg.
- e. Met elke dakloze vindt een gesprek plaats en worden afspraken (**één trajectplan**) gemaakt over:
 - beoogde resultaten van het traject en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt
 - activiteiten en verantwoordelijkheden van de betrokken hulpverleners
 - wanneer cliënt opnieuw wordt beoordeeld op perspectieven/ mogelijkheden
 - wijze van terugkoppeling richting de omgeving van de cliënt
- f. De **trajectcoördinatie** voor een cliënt is eenduidig belegd bij een persoon. Na drie maanden kijkt de persoon waar de cliënt zich bevindt. Tussentijdse problemen, gesignaleerd door andere betrokkenen, worden gemeld bij deze persoon die indien nodig actie onderneemt.
- g. De trajecten worden uitgevoerd **door multidisciplinaire teams** die tevens gezamenlijk werken aan kennisontwikkeling en professionalisering. Professionals werken vanuit een samenhangende methodiek en volgen jaarlijks een training.
- h. Er is een **gevarieerd en passend woon-, activerings- en begeleidingsaanbod** voor 1) dreigende daklozen, 2) feitelijke daklozen, 3) zorgmijdende daklozen en 4) residentieel daklozen en van tevoren afspraken zijn afspraken gemaakt over de benodigde capaciteit en financiële middelen.
- i. Er is een instrument voor het **meten van instroom- doorstroom- en uitstroomgegevens** ten behoeve van het onderbouwen en formuleren van beleidsdoelstellingen.

- j. Er zijn bestuurlijke afspraken over wat **regie** inhoudt en hoe cliëntparticipatie is vormgegeven en wordt vertaald naar prioriteiten.

Prestatie-afspraken

Over prestatie-indicatoren zijn alleen enkele voorbeelden verzameld, omdat er te weinig informatie beschikbaar is om indicatoren te ontwikkelen.

Voorbeeld uit een gemeente

In een convenant hebben gemeente, zorgkantoor en de ketenpartners onder andere de volgende afspraken gemaakt:

- Het aantal woon- of straatoverlastsituaties dat in behandeling wordt genomen is minimaal gelijk aan 2005.
- Het aantal woon- of straatoverlastsituaties dat met succes wordt afgesloten is 75 %.
- Het aantal meldingen van stille problematiek heeft een daling van 20 huisuitzettingen tot gevolg.
- 85 % van de deelnemers aan het Laatste Kansbeleid heeft het traject succesvol afgerond.
- 150 huishoudens ontvangen begeleiding ten aanzien van schuldhulpverlening en de helft is na begeleiding in staat zelfstandig of met behulp van derden een gezonde financiële huishouding te voeren.
- Woningcorporaties stellen in totaal 335 woningen beschikbaar voor de doelgroep (200 zelfstandige woningen, 35 instellingswoningen en 100 zelfstandige woningen voor de vrouwenopvang)

In deze gemeente is de wethouder met de doelgroep om de tafel gaan zitten. Hij nodigde daklozen uit hun problemen en behoeften te vertellen. En wat bleek: er kwam hele concrete en waardevolle informatie op tafel over de behoeften van daklozen en over problemen in de huidige uitvoering. De wethouder heeft daarna opdracht gegeven voor de bouw van hostels.

De criteria zijn opgetekend in een compacte handreiking die zeer breed zal worden verspreid. Daarnaast zijn aanvullende activiteiten opgezet: lerend netwerk, opleiding 'inkopen van trajecten' en een kennissite.

Bron: Handreiking Ketenzorg daklozen (GGD Nederland, NIZW, Federatie Opvang en Ketennetwerk)

2 CVA Ketenzorg

Enkele jaren geleden was de publicatie 'Hoe het beter kan' een reden voor zorgprofessionals op het gebied van CVA om zich te bezinnen op hun eigen functioneren en na te gaan denken op welke wijze veranderingen nodig zijn om de doorstroming in de CVA-keten daadwerkelijk te bevorderen. Deze roep om verandering werd onderkend door het bestuur en management van ziekenhuizen. De patiëntenorganisaties CVA Nederland voerde vervolgens een politieke lobby om de veranderingen op de politiek-bestuurlijke agenda te krijgen. De minister van VWS en het ZonMw (onderzoekscloster op het gebied van gezondheidszorg) besloten daarna geld beschikbaar te stellen voor drie experimenten.

De experimenten werden opgezet in drie regio's (Delft, Nijmegen en Haarlem). Deze regio's zijn doelbewust geselecteerd omdat elk experiment eigen accenten zou leggen op een of meer schakels in de zorgketen, zoals bijvoorbeeld nazorg of revalidatie. De drie experimenten zijn grondig geëvalueerd door het Edisse-team: Evaluation of Dutch Integrated Stroke Service Experiments van de Erasmus Universiteit Rotterdam. In het kader van dit onderzoek zijn landelijke kwaliteitscriteria ontwikkeld.

De minimumcriteria die elke CVA-keten na 1,5 jaar moet leveren:

- opnamegarantie;
- uitgewerkte protocollen;
- gestandaardiseerde observatie;
- gespecialiseerde CVA-verpleegkundigen;
- wekelijks multidisciplinair overleg (MDO);

- informatie-overdracht door de keten;
- nazorg (ook in de thuissituatie);
- informatievoorziening richting en begeleiding van patiënten.

Op basis van de lessen en de landelijke criteria is het Doorbraakproject CVA-ketenzorg gestart. Tien regionale CVA-ketens participeren in een gezamenlijk landelijk project van 1,5 jaar. De activiteiten van het project zijn drie conferenties waar deelnemers uit verschillende projecten elkaar treffen en elkaars ervaringen uitwisselen. Daarnaast worden de regionale ketenverbanden bezocht door accountmanagers die de voortgang bespreken en adviseren in concrete situaties. Het doorbraakproject wordt ondersteund door een expertteam waarin vertegenwoordigers van alle ketenpartners zitten en wordt tevens gevolgd door het Edisse-team. De resultaten van het project worden gebruikt om een wetenschappelijke (uniforme) basis voor CVA-ketenzorg verder en te blijven ontwikkelen. Inmiddels hebben 23 regio's aan het Doorbraakproject meegedaan. Zeer recent is er een CVA Benchmark ontwikkeld en uitgevoerd in 9 regio's.

Bron: o.a. documentatie van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

3 Burger Service Code

In de Burger Service Code staan de kwaliteitsnormen voor de digitale overheid. De burger kan de overheid aanspreken op deze normen. De overheid kan deze normen gebruiken om haar digitale contacten te verbeteren. De normen zijn opgesteld door een expertteam.

De Burger Service Code:

1. Keuzevrijheid contactkanaal: Als burger kan ik zelf kiezen op welke manier ik met de overheid zaken doe. De overheid zorgt ervoor dat alle contactkanalen beschikbaar zijn (balie, brief, telefoon, e-mail, internet).
2. Vindbare overheidsproducten: Als burger weet ik waar ik terecht kan voor overheidsinformatie en -diensten. De overheid stuurt mij niet van het kastje naar de muur en treedt op als één concern.
3. Begrijpelijke voorzieningen: Als burger weet ik onder welke voorwaarden ik recht heb op welke voorzieningen. De overheid maakt mijn rechten en plichten permanent inzichtelijk.
4. Persoonlijke informatieservice: Als burger heb ik recht op juiste, volledige en actuele informatie. De overheid levert die actief, op maat en afgestemd op mijn situatie.
5. Gemakkelijke dienstverlening: Als burger hoef ik gegevens maar één keer aan te leveren en kan ik gebruik maken van proactieve diensten. De overheid maakt inzichtelijk wat zij van mij weet en gebruikt mijn gegevens niet zonder mijn toestemming.
6. Transparante werkwijzen: Als burger kan ik gemakkelijk te weten komen hoe de overheid werkt. De overheid houdt mij op de hoogte van het verloop van de procedures waarbij ik ben betrokken.
7. Digitale betrouwbaarheid: Als burger kan ik ervan op aan dat de overheid haar digitale zaken op orde heeft. De overheid garandeert betrouwbaarheid van gegevens, betrouwbaar digitaal contact en zorgvuldige elektronische archivering.
8. Ontvankelijk bestuur: Als burger kan ik klachten of meldingen en ideeën voor verbeteringen eenvoudig kwijt. De overheid herstelt fouten, compenseert tekortkomingen en gebruikt klachten om daarvan te leren

9. Verantwoordelijk beheer: Als burger kan ik prestaties van overheden vergelijken, controleren en beoordelen. De overheid stelt de daarvoor benodigde informatie actief beschikbaar.

10. Actieve betrokkenheid: Als burger krijg ik de kans om mee te denken en mijn belangen zelf te behartigen. De overheid bevordert participatie en ondersteunt zelfwerkzaamheid door de benodigde informatie en middelen te bieden.

De BurgerServiceCode is in verschillende vormen verkrijgbaar: digitaal als Worddocument (Nederlands en Engels), PDF-document (Nederlands en Engels) en als interactie Flash, maar ook in gedrukte vorm (werkschrift en door politiek tekenaar Joep Bertrams geïllustreerde kalender).

De implementatiestrategie valt globaal uiteen in de volgende fasen. In de eerste helft van 2005 ligt de nadruk op bekendheid geven, draagvlak verwerven en toepassingen zoeken. In de tweede helft van 2005 brengen we op basis van ontvangen reacties een aangepaste versie uit. Vervolgens zullen we in 2006 de normen omzetten in meetbare criteria en bij gebleken uitvoerbaarheid in 2007 de code invoeren als keurmerk.

Bron: www.burger.overheid.nl