

Indicatoren ziekenhuiszorg: luctor et emergo

ONTWIKKELEN EN ONDERHOUDEN VAN EXTERNE INDICATOREN

Sinds 2008 is een toenemend aantal zorginhoudelijke indicatorensets beschikbaar via Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Met het beschikbaar komen van deze zorginhoudelijke prestatie-informatie is definitief het proces van maatschappelijke verantwoording en transparantie in de ziekenhuiszorg in gang gezet. Van alle Nederlandse ziekenhuizen wordt verwacht dat is gestart met de implementatie van de indicatorensets. Deze indicatorensets zijn tot stand gekomen door de inzet van experts en professionals. Dit artikel schetst ervaringen met en geleerde lessen van het CBO bij het ontwikkelen en onderhouden van indicatorensets. Hierbij staat het professionaliseren van het ontwikkelen en onderhouden van externe indicatoren centraal.

Door: J.P. van Groenestijn, H.C. van de Steeg, M.C. Stadlander en J. Swinkels

In de jaren negentig van de vorige eeuw ontstonden diverse prikkels voor de vorming van het gedachtegoed voor de relatie kwaliteit en indicatorenontwikkeling in de Nederlandse gezondheidszorg (Treurniet, 1999). In 2002 schetst het Strategisch Akkoord van de kabinetsformatie een nieuwe wijze van sturing in de gezondheidszorg. Door herziening van het zorgstelsel en nieuwe sturing ontstond een stevige impuls voor het genereren van stuurinformatie. Informatie voor de consument om te kunnen kiezen, voor de zorgaanbieder om te sturen op resultaat in een ziekenhuis en optimale zorg te kunnen leveren en voor de zorgverzekeraar voor het adequaat inkopen van zorg. Hieropvolgend ontstond het eerste raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg in Nederland (Ministerie van VWS, 2002). In 2003 werd door de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) de eerste basisset prestatie-indicatoren gepresenteerd. Deze basisset bestaat uit indicatoren gericht op de kwaliteitsdo-

meinen patiëntveiligheid en effectiviteit. Inmiddels worden door zorginstellingen de gegevens jaarlijks ingeleverd bij IGZ en zijn de gegevens openbaar conform de Wet Openbaarheid van Bestuur.

In 2007 zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt met 8 partijen: IGZ, NVZ, NFU, Orde, V&VN, NPCF, Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland. Vanuit dit samenwerkingsverband (sinds 2008 Zichtbare Zorg Ziekenhuizen) wordt vergelijkbare informatie opgesteld over de prestaties van ziekenhuizen. Het streven is dat in vijf jaar tijd voor 80 aandoeningen een beperkte set kwaliteitsindicatoren wordt ontwikkeld (ongeveer vijf indicatoren per aandoening). In figuur 1 wordt een overzicht gegeven van de voor 2009 en 2010 definitief vastgestelde sets en de sets die naar verwachting in 2010 worden ontwikkeld. De primaire doelstelling bij het ontwikkelen van de indicatoren voor Zichtbare Zorg Ziekenhuizen is het genereren van keuze- en inkoopinformatie bedoeld voor respectievelijk patiënten en zorgverzekeraars. Uiteraard geven de indicatorensets ook per aandoening inzicht in zorginhoudelijke prestaties (Zichtbare Zorg, 2007). Met ingang van 2009 wordt van alle ziekenhuizen verwacht dat is gestart met de implementatie van indicatorensets voor de eerste tranche en in 2010 met de uitvraag van indicatorensets voor de tweede tranche.

Vanaf 2003 is het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO betrokken als procesbegeleider bij de ontwikkeling van de indicatorensets voor tranche 1 en 2. Indicatorenwerkgroepen zijn ondersteund bij en geadviseerd over de methodiek van indicatorenontwikkeling. Samen met de Orde van Medisch Specialisten heeft het CBO het project 'Kwaliteit van Zorg in de Etalage' uitgevoerd in het kader van het ZonMw-programma

Consumenteninformatie en Transparantie van zorg (tranche 1). Doelen waren het ontwikkelen van externe indicatoren voor aandoeningen uit het B-segment, voor de kwaliteitsdomeinen effectiviteit en patiëntgerichtheid en het ontwikkelen van een handleiding indicatorontwikkeling. Ook daarna heeft het CBO vele tientallen indicatorenprojecten begeleid (waaronder tranche 2). Bij het uitvoeren hiervan is veel kennis en ervaring opgedaan die kan bijdragen aan een duurzame kwaliteitscyclus voor het verbeteren en onderhouden van indicatoren(sets). Regelmatig kon nieuwe kennis al tijdens de uitvoering van het project worden toegepast, er was dus sprake van korte leercycli. Mogelijke succesfactoren en adviezen worden in dit artikel beschreven.

Soorten en doelen indicatoren

Een indicator is een meetbaar element (meestal een getal of een percentage), dat een signalerende functie ('indicatie') heeft met betrekking tot de kwaliteit van het betreffende product of de betreffende dienst. Indicatoren kunnen betrekking hebben op allerlei domeinen van kwaliteit waaronder veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid en doelmatigheid. Indicatoren kunnen onderscheiden worden in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. In figuur 2 worden deze soorten indicatoren toegelicht en geïllustreerd met een voorbeeld. Daarnaast is er onderscheid tussen interne en externe indicatoren (zie figuur 3).

Indicatoren kunnen voor verschillende doelen en partijen worden ingezet. Voorbeelden van

partijen zijn zorgaanbieders, zorgvragers en zorgverzekeraars. De hoofdvraag is: Wie wil welke informatie om te sturen op het bereiken van welke doelen?

De zogenoemde 'interne indicatoren' genereren informatie om de kwaliteit, waaronder veiligheid van de zorgverlening, te borgen en te verbeteren. Bij 'externe indicatoren' gaat het om informatie die voorsnag vooral gebruikt wordt om transparantie te geven aan externe partijen, waaronder de consumenten en beleidsmakers, en om externe verantwoording af te leggen aan bijvoorbeeld de IGZ of de verzekeraars die de zorg inkopen. Informatie verkregen door middel van externe indicatoren kan, net als bij interne indicatoren, worden benut als input voor de interne kwaliteitscyclus. Wanneer de resultaten die met interne en externe indicatoren worden verkregen in samenhang worden geanalyseerd, dan biedt dit kansen op inzicht in relaties tussen bijvoorbeeld behandeling en de effecten hiervan en in beïnvloedende factoren om het proces en het resultaat te verbeteren.

Gegenereerde feedbackgegevens van externe indicatoren worden idealiter gebruikt bij de interne kwaliteitscyclus van het ziekenhuis. Een model voor ononderbroken verbetering van kwaliteit is de Demingcyclus of de PDCA-cyclus. Dit eenvoudige model bestaat uit vier herhalende stappen: plan, do, check/study en act en wordt wereldwijd in de gezondheidszorg gehanteerd. Indicatoren zijn van wezenlijke betekenis in de derde stap (check), waarin nagegaan wordt in hoeverre de activiteiten uit de tweede stap (do) het beoogde effect hebben.

Fasen in ontwikkeling

De methodiek gehanteerd door het CBO bij de ontwikkeling van indicatoren voor Zichtbare Zorg gaat uit van een consensusmethodiek (Jones, 1995; Brook, 1986) en staat beschreven in de Handleiding Indicatorenontwikkeling (CBO en Orde van Medisch Specialisten, 2007). De hierin beschreven stappen zijn gebaseerd op het internationaal gevalideerde AIRE-instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation; De Koning, Smulders, Klazinga, 2007). Bij deze methodiek (zie figuur 4) vindt de selectie en uitwerking plaats door een werkgroep bestaande uit professionals, experts en andere betrokkenen.

Vertegenwoordiging van partijen

Voor het ontwikkelen van de indicatorensets uit de eerste en tweede tranche van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, is aan het begin van een ontwikkeltraject de werkgroep samengesteld (zie figuur 4; stap 2). Bij deze samenstelling is

Tranche 1: Indicatorensets vastgesteld voor 2009 en 2010:

Blaascarcinoom, Cataract, Diabetes, Heup/Knie vervangingen, Incontinentie bij de vrouw, Liesbreuk, Lumbosacraal Radiculair Syndroom, Mammacarcinoom, Varices, Ziekten van Adenoïd en Tonsillen

Tranche 2: Indicatorensets vastgesteld voor 2010:

Beroerte, Chronische Rhinosinusitis, Coeliakie, Colorectaal Carcinoom, Constitutioneel Eczeem, Cystic Fibrosis, Licht traumatisch hoofdletsel, Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling, Obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) bij volwassenen, Perioperatief voedingsbeleid, Pijn bij kanker bij volwassenen, Preventie van perioperatieve pulmonale complicaties, Reumatoïde Artritis

Tranche 3: Indicatorensets in ontwikkeling:

Benigne prostaathypertrofie (BPH), Osteoporose, Chronische belemmering van de bloedstroom van het been (PAOD), Hartritmestoornissen, Longontsteking en acute bronchi(oli)tis, Maagkanker, Acute urineweginfecties, Huidkanker (melanoom), Baarmoederhalsafwijking, Migraine, Meniscus en voorste kruisband, Nierstenen, Carpaletunnel-syndroom (CTS), Prostaatkanker, Psoriasis, Longkanker NSCLC, Longkanker SCLC, Dementie, Non-Hodgkin lymfomen, Seksueel overdraagbare aandoeningen: chlamydia, AIDS en HIV-positief

Figuur 1. Overzicht van indicatorensets Zichtbare Zorg

het uitgangspunt gehanteerd dat in elke werkgroep zorgaanbieders (medisch specialisten), zorgvragers (patiënten) en zorgverzekeraars zijn vertegenwoordigd. Een van de werkgroepleden vervult de rol van werkgroepvoorzitter en bewaakt samen met de procesbegeleider (vaak ook de secretaris van de werkgroep) de voortgang van het traject en bereidt de vergaderingen en de te nemen besluiten voor.

De werkgroepsamenstelling is voor zowel de ontwikkeling van de indicatorenset als het creëren van draagvlak voor de implementatie in het veld van belang. Op basis van ervaring adviseert het CBO om bij de start van een multidisciplinair indicatorentraject de *dragende en steunende disciplines* van een indicatorenset vast te stellen (zie figuur 5). De dragende disciplines zijn vertegenwoordigd in de kerngroep. Bij voorkeur zorgt een van deze dragende disciplines voor de invulling van de rol van voorzitter. Om praktische redenen bestaat de kerngroep uit circa vijf tot acht werkgroepleden. De steunende disciplines vormen de adviesgroep die tijdens het ontwikkelproces wordt geconsulteerd (bijvoorbeeld bij de stappen 6, 7 en 12). Naast artsen, verpleegkundigen en paramedici, kunnen ook niet medisch-inhoudelijke disciplines onderdeel uitmaken van de kern- of adviesgroep. Denk hierbij aan registratie-experts of beleidsmakers uit de wereld van de zorgaanbieders. Ter bevordering van de afstemming met bijvoorbeeld de IGZ Basisset kunnen toezichthouders ook plaatsnemen in de adviesgroep.

Gedurende het ontwikkeltraject is het van belang dat werkgroepleden hun rol van vertegenwoordiger professioneel adequaat vervullen. Dit betekent dat werkgroepleden namens hun achterban spreken en dat zij zorgen voor regelmatige terugkoppeling naar hun achterban. Verder is de werkgroepvoorzitter verantwoordelijk voor het behalen van een kwalitatief goed en gedragen resultaat binnen de beoogde planning. De voorzitter dient niet alleen voldoende kennis te hebben van het domein van het betreffende inhoudelijke onderwerp, maar moet met name capabel zijn in het aansturen van processen en realiseren van besluitvorming aan een tafel met een grote diversiteit aan partijen met verschillende belangen.

Balans tussen verbeterpotentieel en uitvoerbaarheid

Om te komen tot een indicatorenset inventariseert de werkgroep potentiële indicatoren. Dit resulteert in een groslijst (zie figuur 4; stap 6 en 7). Tijdens de selectie vallen indicatoren af die niet beantwoorden aan de eerder geformuleerde doelstelling, onvoldoende verbeterpotentieel hebben of die niet voldoen aan de

Structuurindicator:

Een structuurindicator geeft informatie over de voorwaardenscheppende factoren van de zorgverlening.

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

Bron: Externe Indicatoren voor Reumatoïde artritis, Zichtbare Zorg Ziekenhuizen 2009.

Procesindicator:

Een procesindicator geeft informatie over de feitelijke uitvoering van de zorgprocessen.

Bijvoorbeeld: Het percentage patiënten met coeliakie bij wie na vaststelling van positieve serologie binnen één maand een dunnedarmbiopsie is verricht.

Bron: Externe Indicatoren voor Coeliakie, Zichtbare Zorg Ziekenhuizen 2009.

Uitkomstindicator:

Een uitkomstindicator geeft informatie over het resultaat van zorg in termen van gezondheid.

Bijvoorbeeld: Het percentage klinische patiënten met kanker met matige of ernstige pijn.

Bron: Externe Indicatoren voor Pijn bij Kanker bij Volwassenen, Zichtbare Zorg Ziekenhuizen 2009.

Figuur 2. Structuur-, proces- en uitkomstindicatoren

gestelde methodologische eisen. Ook de haalbaarheid en registreerbaarheid van een indicator spelen hierbij een rol (zie figuur 6). Zichtbare Zorg beschrijft in haar Raamwerk Kwaliteitsindicatoren (Zichtbare Zorg, 2009) dat het van belang is om te inventariseren welke gegevens reeds voor het ziektebeeld worden geregistreerd. Inzicht in beschikbare databronnen (bijvoorbeeld DBC-coderingen en CTG-registraties) is behulpzaam (gebleken) bij het selecteren van potentiële indicatoren.

De focus op haalbaarheid en implementeerbaarheid moet echter niet leiden tot louter een registreerbare set. Dit kan namelijk een suboptimale set als gevolg hebben: de indicatoren zijn wel registreerbaar, maar meten niet primair de kwaliteit van zorg, hebben onvoldoende verbeterpotentieel of zijn te weinig innovatief. De uitdaging is om steeds de balans te vinden tussen het meten van de belangrijkste aspecten van de kwaliteit en de praktische uitvoerbaarheid (registreerbaarheid) van de indicatorsets.

Onderhoud van indicatoren(sets)

Een indicatorenset is tijdsgebonden en dyna-

Interne indicatoren: het verkrijgen van inzicht in de zorg die de zorgaanbieder zelf levert, staat centraal. Interne indicatoren kunnen bijvoorbeeld onderdeel uitmaken van het interne kwaliteitsbeleid van de afdeling of zorginstelling.

Externe indicatoren: beoordeling voor en door de buitenwereld staat centraal. Externe indicatoren kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt voor het afleggen van verantwoording aan overheidsinstanties (IGZ) of als keuze-informatie voor patiënten.

Figuur 3. Interne en externe indicatoren

Stap 13	Aanpassen en vaststellen indicatoren
Stap 12	Consultatie van overige partijen en beroepsverenigingen
Stap 11	Formuleren van generieke specificaties
Stap 10	Toetsen van de specificaties en inschatting van de haalbaarheid
Stap 9	Leeswijzer
Stap 8	Uitwerking indicatoren in factsheets
Stap 7	Samenvatting potentiële indicatoren
Stap 6	Groslijst potentiële indicatoren
Stap 5	Inventarisatie
Stap 4	Afbakening
Stap 3	Opnieuw vaststellen doel(en) binnen de werkgroep
Stap 2	Projectorganisatie / samenstellen werkgroep
Stap 1	Vaststellen van het algemene doel van de indicatorontwikkeling

Figuur 4. Stappen voor de ontwikkeling van indicatoren
(Handleiding Indicatorenontwikkeling, CBO en Orde van Medisch Specialisten, 2007)

misch: ontwikkelingen op zorginhoudelijk gebied of veranderingen in registraties hebben invloed op de relevantie van een indicator. Om voldoende aansluiting te houden met de praktijk moeten indicatorensets ‘onderhouden’ worden. Bij onderhoud op zorginhoudelijk gebied wordt bekeken of de indicator adequaat is in het licht van de wetenschappelijke stand van zaken. Ook kan uit het gebruik van de indicator blijken dat een indicator het streefniveau heeft behaald of juist nog onvoldoende discriminerend is en weinig verschil tussen zorgaanbieders laat zien. Een indicator kan dan komen te vervallen en desgewenst worden vervangen. Betrokken beroepsverenigingen hebben een verantwoordelijkheid om met elkaar relevante

(zorg)inhoudelijke ontwikkelingen te signaleren en te monitoren.

Een indicator moet ook ‘technisch’ onderhouden worden. Daarbij gaat het onder andere om het aanscherpen van definities van indicatoren, het herzien van meetspecificaties (variabelen en rekenregels), al dan niet als gevolg van wijzigingen in (landelijke) registraties, en het borgen van de aansluiting bij andere ontwikkelingen op het gebied van registraties en ICT in de ziekenhuiszorg. Technisch onderhoud draagt bij aan de betrouwbaarheid van de verkregen data die gebruikt wordt om de indicator te berekenen.

Een indicatorenset zal zowel op technisch als zorginhoudelijk gebied tijdig herzien moeten worden, waarbij de verwachting is dat technisch onderhoud frequenter noodzakelijk is (jaarlijks) dan zorginhoudelijke herziening van de indicator (zie figuur 7). De werkgroep die bij de ontwikkeling van de indicatorenset betrokken is, kan een inschatting maken van de houdbaarheid van de indicator. Op basis hiervan kunnen mogelijke vervolgindicatoren benoemd worden of streefwaarden worden vastgesteld. Zo komen in ontwikkelde indicatorensets uit tranche 2 ‘groeimodellen’ voor. In een groeimodel wordt een uitkomstindicator stapsgewijs geïntroduceerd. Deze stapsgewijze benadering kan nodig zijn door bijvoorbeeld het gebrek aan bestaande registraties of vanwege het innovatieve karakter van de indicator. Daarom wordt eerst een structuur- of procesindicator voorgesteld, waarna kan worden overgegaan tot de uitkomstindicator die de werkgroep voor ogen heeft.

Het risico van een statische, externe indicatorenset (een lange tijd onveranderde indicato-

- Stel aan het begin van het project de dragende en steunende disciplines van een indicatorenset vast.
- Vorm van de deelnemers uit de dragende disciplines de kerngroep en van de deelnemers uit de steunende disciplines de adviesgroep. De beide groepen samen vormen de werkgroep.
- Zoek een voorzitter die capabel is in het aansturen van processen en realiseren van besluitvorming aan een tafel met een grote diversiteit aan partijen met verschillende belangen en die daarnaast voldoende kennis heeft van het domein van de betreffende inhoudelijke onderwerpen. Bij voorkeur komt de voorzitter uit de gelederen van een dragende discipline.
- Zorg dat de samenstelling van de werkgroep de betrokken perspectieven voldoende vertegenwoordigd: 1. zorgaanbieders, 2. zorgvragers, 3. zorgverzekeraars en 4. toezichthouders en beleidsmakers.
- Stimuleer dat werkgroepleden hun rol van vertegenwoordiger professioneel vervullen. Dit betekent dat werkgroepleden namens hun achterban spreken en dat zij zorgen voor adequate terugkoppeling naar hun achterban.
- Zorg dat de expertises in relatie tot implementatie, waaronder bijvoorbeeld kennis over technische registreerbaarheid, tijdig worden betrokken.

Figuur 5. Adviezen voor de samenstelling van de werkgroep

renset) is een remmend effect op het gebied van innovatie bijvoorbeeld op het terrein van nieuwe diagnostische mogelijkheden, therapie of de organisatie van zorg. Een dynamische indicatorenset daarentegen geeft ruimte voor het anticiperen op de dynamiek van professionele activiteiten (De Bruijn, 2006). Het aanpassen van de indicatoren(sets) is afhankelijk van de praktische haalbaarheid en de inspanningen die ziekenhuizen verrichten (in de vorm van tijd en geld) voor het verzamelen van de gegevens voor indicatoren. Dit is van invloed op de mogelijkheden om indicatoren te updaten: continu nieuwe indicatoren uitvragen (met nieuwe meetgegevens) is arbeidsintensief.

Het realiseren van een verbetercyclus in de vorm van een onderhoudscyclus van indicatorensets biedt gelegenheid om in een bij de praktijk passend tempo te blijven verbeteren en innoveren.

Anticiperen op implementeren

De komende jaren zullen circa 80 indicatorensets, dus een geschat totaal van 400 externe indicatoren, voor ziekenhuizen beschikbaar komen. Er is een reëel risico aanwezig dat, door steeds meer en gedetailleerder te willen weten en verfijnen, dit systeem van prestatie- en kwaliteitsmeting dusdanig zal uitdijen dat het zijn effectiviteit en sturende werking zal verliezen. Dit wordt ook wel de *Wet van Mushrooming* genoemd (De Bruijn, 2006).

Als te veel indicatoren worden gebruikt is het onmogelijk om de juiste focus en aandacht te besteden aan de meest belangrijke activiteiten en prestaties. Bovendien kan dit extra weerstand oproepen bij de betrokken professionals. Het bepalen van de meest relevante indicatoren in een set is essentieel voor succesvolle implementatie ervan. Het is goed om er met elkaar naar te streven om komende jaren het rendement van een specifieke indicatorenset te verhogen, waardoor het aantal externe indicatoren en de daarbij benodigde inspanningen behaarder) zullen worden. Dit vraagt professionalisering van zowel het ontwikkelproces als van het onderhoud van indicatorensets, waarbij het anticiperen op implementeren continu de aandacht heeft.

De ontwikkelingen op het gebied van externe indicatoren scheppen een kans om tegelijk het interne gebruik van deze indicatoren te vergroten. Het ontwikkelen en gebruiken van de indicatoren gebeurt dan niet alleen maar 'voor de etalage' en het afleggen van verantwoording aan derden, maar ook voor optimale benutting door het management en professionals van de ziekenhuizen zelf. Binnen het ziekenhuis kan verankering van de externe indicatoren plaats-

- Ten behoeve van het inzicht in de haalbaarheid is het behulpzaam om naast de potentiële indicatoren ook bronnen van dataverzameling en registratie te inventariseren.
- Probeer een balans te vinden tussen de mate van innovatie en de praktische uitvoerbaarheid van de indicatorsets.

Figuur 6. Adviezen voor de selectie van indicatoren

vinden door bijvoorbeeld inbedding in de managementcontracten of planning- en controlcyclus of in zorgpaden. Hierdoor geven de indicatoren managers inzicht in de eigen organisatie/praktijkvoering en kunnen professionals de huidige stand van zaken monitoren van de zorgprocessen waar zij (direct) bij betrokken zijn (spiegelinformatie).

Verder kunnen indicatoren over de tijd inzicht geven in effecten van het kwaliteitsbeleid. De auteurs van dit artikel zien indicatoren en kwaliteitsmeting idealiter als een onderdeel van een geïntegreerd professioneel kwaliteitsbeleid, waarin indicatoren samen met een breed palet aan kwaliteitsinstrumenten, zoals richtlijnen, visitatie, accreditatie en Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) een samenhangend geheel vormen. Hierbinnen maken indicatoren onderdeel uit van een doorlopende Demingcyclus, waar bij aanvang van de kwaliteitsmeting perspectief voor de implementatie van mogelijke verbeteractiviteiten aanwezig is.

Informatie over de auteurs

Drs. Annemieke van Groenestijn, adviseur en projectleider indicatoren (a.vangroenestijn@cbo.nl), en **drs. Mona van de Steeg**, senior adviseur, zijn werkzaam bij het Kwaliteitsinsti-

- Beschrijf een indicator als groeimodel wanneer in de dagelijkse praktijk ruimte en tijd nodig zijn voor het behalen van het uiteindelijke indicatordoel. Op deze manier wordt aandacht besteed aan de dynamiek van de dagelijkse praktijk waar de professional mee te maken heeft.
- Bepaal wanneer een indicatorenset moet worden herzien (houdbaarheid). Hierbij spelen de volgende factoren een rol:
 - het tempo van zorginhoudelijke ontwikkelingen;
 - de mogelijkheden van het veld om zich aan te passen;
 - het gevoel van urgentie bij betrokkenen.
- Stel, indien gewenst, een streefwaarde vast. Wanneer deze waarde is behaald, dan is herziening van de indicator gewenst.
- Geef bij de ontwikkeling van een indicator suggesties voor vervolgindicatoren of 'vervangingsindicatoren'.
- Zorg bij multidisciplinaire indicatorensets dat beroepsverenigingen worden betrokken en relevante zorginhoudelijke ontwikkelingen signaleren en monitoren.
- Houd rekening met de ontwikkelingen in ziekenhuizen op het gebied van registratie.
- Zorg voor een onderhoudscyclus van de indicatorensets die bij de praktijk past.

Figuur 7. Adviezen voor onderhoud van indicatorensets

tuut voor de gezondheidszorg CBO, ieder met specifieke aandachtsgebieden rondom thema's als indicatoren en implementeren van kwaliteitsinstrumenten.

Dr. Marianne Stadlander is partner bij BMC Advies & Management.

Prof.dr. Jan Swinkels is hoogleraar richtlijnontwikkeling en lid Raad van Bestuur van het CBO.

Literatuur

Brook, R.H., M.R. Chassin, A. Fink, D.H. Solomon, J. Koseoff en R.E. Park, A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies, *International journal of technology assessment in health care*, 1986, 2(1), 53–63.

Bruijn, H. de, *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*, Lemma, Utrecht, 2006.

Jones, J. en D. Hunter, Consensus methods for medical and health services research, *British Medical Journal*, 1995, 311: 376–380.

Koning, J. de, A. Smulders en N. Klazinga, *Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE)*, versie 2.0, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, 2007.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Orde van Medisch Specialisten, *Handleiding Indicatorenontwikkeling*, Utrecht, 2007.

Ministerie van VWS, *Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*, Den Haag, 2002.

Treurniet, H.F., *Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg: ontwikkeling van uitkomstindicatoren*, Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam, 1999.

Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, *Samenwerkingsafspraken Zichtbare Zorg Ziekenhuizen*, Rotterdam, 2007.

Zichtbare zorg, *Raamwerk Kwaliteitsindicatoren*, Utrecht, 2009.

Wat is bekend?

Er is een landelijke proces gaande van het ontwikkelen en onderhouden van externe indicatoren voor kwaliteit en veiligheid van zorg in de ziekenhuizen.

Wat is nieuw?

De samenstelling van de werkgroep is erg belangrijk bij het ontwikkelen en onderhouden van externe indicatoren. Ook moet er balans zijn tussen de mate van innovatie en praktische uitvoerbaarheid van de indicatorsets.

Een groeimodel kan ruimte en tijd bieden voor het behalen van het uiteindelijke indicatordoeel.

Wat kun je hiermee?

Het toepassen van de adviezen uit dit artikel kan een positieve bijdrage leveren aan de ontwikkeling, het onderhoud en de praktische uitvoerbaarheid van (toekomstige) indicatorensets.

Over management
van kwaliteit in
organisaties voor
langdurende zorg

Landingsbaan voor kwaliteit

Kwaliteit van zorg hoort niet hoog in de lucht te zweven. Het hoort thuis aan de grond. Kwaliteit is het uitgangspunt, het bestaansrecht en het fundament van iedere organisatie in de langdurende zorg. Een goede landingsbaan is nodig om verbeterprojecten in organisaties te laten landen, te verspreiden en te borgen. Hoe ziet de landingsbaan voor kwaliteit eruit? En hoe leg je hem aan?

Het boek *Landingsbaan voor kwaliteit*, een uitgave van Kluwer, het ZonMw-programma Zorg voor Beter en Plexus, biedt bestuurders een kijkje in de keuken van diverse instellingen. 22 zorgorganisaties voerden een project uit om ervaring op te doen met het verbeteren van de randvoorwaarden voor verbeterprojecten in hun organisatie. De ervaringen en geleerde lessen zijn in dit boek beschreven. Bovendien is een checklist opgenomen waarmee bestuurders een stappenplan voor verbetering van het management van kwaliteit in hun instelling kunnen opstellen.

Meer informatie of bestellen? Ga naar
www.zorgmarkt.net/shop

Het boek is ook verkrijgbaar via de boekhandel.



Kluwer

a Wolters Kluwer business

Landingsbaan voor kwaliteit

Redactie: Emmeline Kunst, Jet Wiechers
en Joris van der Putten

ISBN: 9789013072280 - Prijs: € 24,95 (incl. btw)

