

Zijn de benchmark ketenindicatoren geschikt voor keuze-informatie en zorginkoop/prestatiebeloning?

Margriet Bouma, Tjeerd van Althuis, Rob Ong

28 september 2017

Inhoud

Samenvatting.....	2
Advies	2
Inleiding	3
Definities van indicatoren	3
Gebruik van indicatoren	3
Eisen aan indicatoren	4
Vraagstelling.....	5
Methoden.....	5
Criteria.....	5
Databron.....	6
Resultaten	6
Conclusie	9
Discussie.....	10
Advies	11
Afwegingen.....	11
Overige aanbevelingen.....	11
Bijlage I Werkwijze NHG bij de ontwikkeling van indicatoren voor intern kwaliteitsbeleid	12
Toelichting	13

Samenvatting

Het NHG maakt kwaliteitsindicatoren bij een deel van de NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen. Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de kwaliteit ervan. Indicatoren hebben een signaleringsfunctie: ze geven de zorgverleners inzicht in bepaalde prestatieaspecten. Het doel van de NHG-indicatoren is verbetering van de kwaliteit van zorg.

De NHG-indicatoren worden ontwikkeld voor interne verbetering; het interne kwaliteitsbeleid van huisartsenpraktijken en zorggroepen. De 'InEen Benchmark Indicatorensets' – een selectie uit de NHG-indicatorensets – kunnen gebruikt worden voor het interne kwaliteitsbeleid van zorggroepen. De praktijk of zorggroep kan deze informatie gebruiken om transparant te zijn over de processen en uitkomsten van de zorg die de praktijk of zorggroep verleent. De gegevens kunnen dan worden voorzien van de benodigde context om tot een betekenisvolle interpretatie te komen. De gegevens kunnen worden gebruikt als onderlegger voor een gesprek met de zorgverzekeraar.

De InEen Benchmark Indicatorensets uit 2015 voldoen momenteel niet aan de criteria voor gebruik als *publieke informatie*, in de zin van keuze-informatie, waarin zorgverleners, praktijken of zorggroepen met elkaar worden vergeleken, of *zorginkoopinformatie*, waaronder prestatiebeloning. Dat geldt zowel voor de proces- als uitkomstindicatoren.

De twee belangrijkste knelpunten zijn:

- Een expliciete link met 'kwaliteit van zorg' ontbreekt; dat wil zeggen een onderscheid maken tussen goede en minder goede zorg.
- Er bestaat grote onzekerheid of de populaties vergelijkbaar zijn.

Ook zijn er geen of onvoldoende gegevens beschikbaar over 'onderscheidend vermogen', maar gezien de twee andere knelpunten is onderzoek naar onderscheidend vermogen met betrekking tot de kwaliteit van zorg in deze fase niet aangewezen.

Tot slot wordt ook slechts een (klein) deel van de zorg in kaart gebracht.

Advies

De NHG-indicatoren worden ontwikkeld voor het interne kwaliteitsbeleid van huisartsenpraktijken en zorggroepen. Zij zijn te gebruiken voor stuurinformatie en spiegelinformatie; benchmarking kan daarbij een hulpmiddel zijn. Ook kan de praktijk of zorggroep deze informatie gebruiken om transparant te zijn over de processen en uitkomsten van de zorg die de praktijk of zorggroep verleent. De gegevens kunnen dan voorzien worden van de benodigde context om tot een betekenisvolle interpretatie te komen. De gegevens kunnen worden gebruikt als onderlegger voor een gesprek met de zorgverzekeraar. Het NHG ontraadt om indicatoren die zijn ontwikkeld voor interne verbetering te gebruiken voor externe verantwoording in de zin van keuze-informatie, waarin zorgverleners, praktijken of zorggroepen met elkaar worden vergeleken, en zorginkoop/prestatiebeloning.

Inleiding

De NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen geven richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van aandoeningen die veel in de huisartsenpraktijk voorkomen. Het gaat daarbij om een bundeling van wetenschappelijk onderbouwde adviezen om de kwaliteit van het medisch handelen te verbeteren.

Bij een deel van de NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen worden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de kwaliteit ervan.ⁱ Indicatoren hebben een signaleringsfunctie: ze geven geen directe maat voor kwaliteit maar wijzen op bepaalde prestatieaspecten en kunnen aanleiding geven tot nader onderzoek. Gangbaar is de indeling in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.ⁱⁱ

Definities van indicatoren

- *Structuurindicatoren* geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden voor de zorgverlening. Bijvoorbeeld: *de aanwezigheid van een autoclaaf* kan een structuurindicator zijn voor een correcte sterilisatieprocedure van instrumentarium in de eigen praktijk.
- *Procesindicatoren* geven informatie over handelingen en stappen die essentieel zijn voor het leveren van kwaliteit binnen een zorgproces. Procesindicatoren zijn direct beïnvloedbaar door de professional; zo meten ze hoe (vaak) iets is gedaan. Bijvoorbeeld: *het percentage diabetespatiënten dat jaarlijks een voetonderzoek krijgt* kan een procesindicator zijn voor de efficiëntie van het monitoren van voetproblemen.
- *Uitkomstindicatoren* geven informatie over de zorguitkomsten bij bepaalde patiëntengroepen. Vaak gaan deze over de mate waarin belangrijke behandelingsdoelen bij de meeste patiënten worden gehaald. Dit hangt meestal af van vele factoren, waaronder het gedrag van de patiënt zelf. Daarom zijn deze zorguitkomsten vaak moeilijk te herleiden tot directe patiëntenzorg. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen directe uitkomsten zoals bloeddruk of HbA1c en late uitkomsten zoals complicaties en sterfte. In de dagelijkse praktijk is het handelen van een professional eerder zichtbaar in de directe uitkomsten. Bijvoorbeeld: *het percentage patiënten bij wie zich in het afgelopen jaar twee of meer (nieuwe) exacerbaties hebben voorgedaan* kan een uitkomstindicator zijn van een goede behandeling van astmapatiënten.

Gebruik van indicatoren

Indicatoren kunnen voor meerdere doeleinden ontwikkeld en ingezet worden. Het Zorginstituut onderscheidt in het toetsingskader voor de meetinstrumenten/indicatoren bij kwaliteitsstandaarden de volgende mogelijke doelenⁱⁱⁱ:

1. Interne verbetering

‘De informatie is geschikt voor interne verbetering van de zorgorganisatie waar de informatie verzameld is. De informatie kan een stimulans zijn voor managers en zorgverleners om verbeteracties in gang te zetten daar waar de zorg beter kan.’

Indicatoren kunnen een indruk geven van de mate waarin de aanbevelingen uit de richtlijn worden nageleefd (proces) en in hoeverre de beoogde zorguitkomsten worden gehaald (uitkomst). Huisartspraktijken en zorggroepen kunnen deze informatie gebruiken om de kwaliteit van de zorg te meten. Op basis van de uitkomsten kunnen huisartsen verbeteracties plannen. Een praktijk kan jaarlijks nagaan of er sprake is van veranderingen in de gemeten onderdelen van de zorg door de resultaten te vergelijken met resultaten uit het verleden of met afgesproken eigen doelen. De cijfers van de eigen praktijk kunnen ook worden vergeleken met die van andere praktijken. Het is dan wenselijk als alle praktijken op eenzelfde manier registreren en de indicatoren op gelijke wijze (laten) berekenen. Het

onderling vergelijken van resultaten van verschillende praktijken noemt men een benchmark.

2. Externe verantwoording

- a. *Publieke informatie*: 'de informatie is bedoeld voor het brede publiek/ burgers. Met deze informatie kunnen zij zich informeren over de kwaliteit van de zorg die een zorgverlener verleent. Ze kunnen de informatie ook gebruiken om meerdere zorgverleners met elkaar te vergelijken en tussen hen een keuze te maken.' Indicatoren kunnen een indruk geven hoe een organisatie op onderdelen functioneert. Ook hier kan men gebruikmaken van benchmarkgegevens.
- b. *Zorginkoopinformatie*, waaronder pay-for-performance afspraken: 'de informatie over de kwaliteit van de zorg is geschikt voor zorgverzekeraars om verschillende zorgaanbieders te vergelijken en om de prestaties van één zorgaanbieder over een langere tijd te volgen. Deze informatie kunnen zorgverzekeraars gebruiken voor afspraken bij inkoopcontracten met zorgaanbieders over de klantgerichtheid van zorg (zogenaamde pay-for-performance afspraken).' Soms wil men bij de vergelijking van praktijken of zorggroepen aan de hand van de uitkomsten beloningen toekennen of sancties opleggen. Dit noemt men prestatiebeloning. Partijen kunnen hierbij de informatie gebruiken van een benchmark of van vergelijking van resultaten met vooraf gemaakte afspraken over te behalen doelen.
- c. *Toezicht*: 'de informatie wordt gebruikt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg om toezicht te houden.'

Eisen aan indicatoren

De eisen die aan indicatoren gesteld worden zijn mede afhankelijk van het doel waarvoor ze gebruikt worden. De NHG-indicatoren worden ontwikkeld voor interne verbetering; het interne kwaliteitsbeleid van huisartsenpraktijken en zorggroepen (zie Bijlage I en II voor de werkwijze van het NHG bij de ontwikkeling van indicatoren voor intern kwaliteitsbeleid en voor een overzicht van de huidige NHG-indicatorensets). Om dit te stimuleren en praktijken te voorzien van spiegelinformatie op basis van landelijke referentiecijfers, is een deel van de NHG-indicatoren opgenomen als onderdeel medisch handelen in de NHG-praktijkaccreditering. Het gebruik hiervan is in 2010 positief geëvalueerd.^{iv}

Aan welke voorwaarden indicatoren voor externe verantwoording minimaal moeten voldoen om daadwerkelijk iets te kunnen zeggen over deelaspecten van kwaliteit, staat ook beschreven in het toetsingskader van het Zorginstituut.ⁱⁱⁱ Als partijen indicatoren voor externe verantwoording willen gebruiken, zal men immers hoge eisen stellen aan validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens, en voldoende zeker willen zijn dat uitspraken over de prestaties van organisaties geen onjuist beeld geven.

De zeggingskracht van indicatoren als maat voor de 'kwaliteit van (een onderdeel van) zorg' kent beperkingen.

- Procesindicatoren zijn, zoals eerder beschreven, eenvoudiger te interpreteren dan uitkomstindicatoren. Bij procesindicatoren is de relatie tussen het handelen van de zorgverlener en de uitkomst van de indicator eenduidig. Verbetering van de processen is wel een belangrijke manier om de kwaliteit van de zorg verbeteren.^v Bij uitkomstindicatoren zijn veel potentieel versturende factoren die de interpretatie kunnen bemoeilijken, zoals patiëntkenmerken en gedrag, wensen of de context van patiënten.
- Losse indicatoren brengen meestal slechts onderdelen van een proces in kaart (en niet het hele proces); als één onderdeel van een proces in orde is betekent dit niet dat het hele proces goed geregeld is. Gebruik van een set indicatoren geeft minder onzekerheid over een juiste weergave van de kwaliteit van zorg, omdat dan meerdere aspecten van de zorg in samenhang in kaart worden gebracht.

- Alleen het meetbare komt in beeld. Wat niet gemeten is kan er alsnog voor zorgen dat het gehele proces niet tot een gewenste uitkomst leidt. Dit kan opgevangen worden door alleen naar de uitkomst te kijken, maar uitkomstindicatoren zijn om andere redenen vaak weer minder valide (zie ook hierboven).

Tot slot speelt in het veld de discussie of het überhaupt mogelijk en wenselijk is om vergaande uitspraken te doen over de kwaliteit van de geleverde zorg op basis van indicatoren, zoals bij externe verantwoording. Hierbij spelen discussies over de meetbaarheid van de kern van de zorg, focus op meetbare aspecten van zorg, optreden van perverse prikkels, ontoegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare patiëntengroepen en de wens om rekening te houden met de context, wensen en ervaringen van de patiënt een rol. Deze discussie blijft in dit stuk verder buiten beschouwing.

Vraagstelling

De stuurgroep van Het Roer Moet Om heeft het NHG gevraagd te toetsen of de indicatoren die InEen en het Zorginstituut gebruiken voor transparantie over door zorggroepen gecontracteerde zorg – de InEen Benchmark Indicatoren – geschikt zijn voor externe verantwoording, namelijk voor transparantie (publieke informatie) en zorginkoop/prestatiebeloning. Daarvoor onderzoekt het NHG deze indicatoren op relevantie, validiteit en onderscheidend vermogen.

Methoden

De eisen aan indicatoren zijn mede afhankelijk van het doel waarvoor ze gebruikt worden. In het rapport ‘Transparante Keten zorg, Rapportage 2015’ staat dat de InEen Benchmark Indicatoren zijn bedoeld voor *transparantie* en als informatiebron voor *zorginkoop*. Dit valt onder externe verantwoording. Bij het beantwoorden van de vraagstelling sluit het NHG daarom aan bij de criteria voor meetinstrumenten voor publieke informatie en zorginkoop zoals beschreven door het Zorginstituut. Met deze criteria brengen we in beeld of de indicatoren aan alle criteria voldoen, gezien het doel van de indicatoren, en sluiten we aan bij landelijk vastgestelde criteria die voor alle stakeholders gelden.

Criteria

Criteria van het Zorginstituut waarop indicatoren voor externe verantwoording worden getoetst.ⁱⁱⁱ

1. *Validiteit*. Meet het meetinstrument daadwerkelijk aspecten van de kwaliteit van zorg? Toelichting: is de indicator onderbouwd, bijvoorbeeld door een evidence-based richtlijn? Validiteit zegt ook iets over de mate waarin de indicatoren nauwkeurig het onderliggend concept vertegenwoordigen en de mate waarin de meting aan zijn doel beantwoordt.
2. *Vergelijkbaarheid*.
 - a. Registratievergelijkbaarheid: is de wijze van registreren gestandaardiseerd zodat systematische meetfouten worden vermeden?
 - b. Populatievergelijkbaarheid: geven de verschillen in berekende waarden zo veel mogelijk de werkelijke verschillen in de kwaliteit van de geleverde zorg weer en niet de verschillen in de populatiekenmerken van de zorgaanbieders?
 - c. Steekproef- en responsvergelijkbaarheid: zijn de steekproef en respons samen representatief voor de gehele populatie waarop het meetinstrument van toepassing is?
3. *Betrouwbaarheid*. Zijn de metingen die met het meetinstrument zijn verricht herhaalbaar en vrij van niet-systematische meetfouten? Kunnen wezenlijke kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders worden vastgesteld met het meetinstrument (*onderscheidend vermogen*)?

Overige criteria:

4. *Relevantie*. Doen de aspecten die het meetinstrument meet ertoe? Idealiter worden deze indicatoren gebaseerd op richtlijnen die (evidence-based) aanbevelingen geven voor wenselijke zorg (validiteit). Zij weerspiegelen daarmee een deel van de kwaliteit van zorg bij een bepaalde aandoening of klacht.
5. *Haalbaarheid*.

Databron

Voor de landelijke benchmark gebruikten we vijf sets InEen Benchmark Indicatoren. Deze sets bestaan uit proces- en uitkomstindicatoren. De resultaten van deze benchmark worden jaarlijks gerapporteerd. Bij de toetsing gebruikten we het rapport *Transparante Keten zorg, Rapportage 2015, Zorggroepen Diabetes mellitus, VVR, COPD en Astma van InEen, 2016*. <http://ineen.nl/wp-content/uploads/2016/06/160608-Rapport-Transparante-Keten-zorg-20151.pdf> (Bron 1). Daarnaast stelt InEen documenten beschikbaar aan de zorggroepen voor de uitvraag van de indicatoren (voorbeeld voor 2016: <https://ineen.nl/specificatie-en-operationalisering-indicatoren-2016/>).

In het rapport 'Transparante Keten zorg, Rapportage 2015' staat informatie over het aantal zorggroepen, de aantallen patiënten en de resultaten op de indicatoren, voorzien van interpretaties en discussiepunten. Er staan geen gegevens over de inhoud en organisatie van de verschillende zorgprogramma's voor een bepaalde aandoening, waardoor onduidelijk is in welke mate er verschillen bestaan tussen zorgprogramma's. Ook zijn er zorgprogramma's buiten de landelijke benchmark die de resultaten van indicatoren kunnen beïnvloeden, zoals zorgprogramma's voor ouderen.

Daarnaast is het van belang dat InEen samen met ZN voor het verslagjaar 2016 een lijst van in- en exclusiecriteria heeft opgesteld. Zie: <https://assets.zn.nl/p/32768/Handleiding%20Inclusie-en-exclusiecriteria-keten-zorgprogrammas.pdf>.

Het is niet bekend in hoeverre deze lijst (al) uniform wordt toegepast. Wel is duidelijk dat de omschrijving van patiënten die geen 'geregelde zorg' krijgen ruimte biedt voor een verschil in toepassing door regionale afspraken/zorgprogramma's en dat er verschil zit in de aangeboden zorgprogramma's (per aandoening).¹ Het NHG heeft geen inzicht in het aantal, de inhoud of de organisatie van de afzonderlijke zorgprogramma's in 2015 en 2016 en of deze gericht zijn op deelpopulaties van patiënten met bepaalde aandoeningen of een hoog-risico hierop.

Resultaten

We toetsen de vijf indicatorensets globaal op de criteria zoals genoemd in 'Methoden'. We maken alleen indien dit relevant lijkt een onderscheid tussen proces- en uitkomstindicatoren.

criterium	Conclusie	Toelichting
Validiteit	Ja- Onzeker	Alle indicatoren zijn inhoudsvalide omdat zij zijn afgeleid van aanbevelingen in de betreffende NHG-Standaard, gebaseerd op evidence en waar evidence ontbreekt op consensus. De NHG-

¹ 'Binnen de categorie 'Reden geen programmatische zorg' zijn vijf mogelijke uitslagen beschikbaar (zie tabel diagnostische bepalingen):

- Op verzoek patiënt (zoals persoonlijke omstandigheden of geen meerwaarde van het zorgprogramma)
- Op initiatief arts (denk hierbij aan afname medische noodzaak)
- Naar/in ander zorgprogramma
- No show
- Overig/onbekend

		<p>Standaarden liggen overigens ook ten grondslag aan de zorgstandaarden waarop de zorgprogramma's zijn gebaseerd.</p> <p>Alle stakeholders zijn geraadpleegd in de commentaarronde van zowel de betreffende NHG-Standaarden als de bijbehorende indicatoren.</p> <p>Het is echter niet altijd duidelijk wat een indicator zegt over het concept kwaliteit van zorg als deze voor externe vergelijking gebruikt gaat worden; de NHG-indicatoren zijn ontwikkeld voor het interne kwaliteitsbeleid, dus met nadruk op stuurinformatie en eventueel vergelijking met als doel interne verbetering. Zij zijn niet gericht op absolute uitkomsten in termen van goed en niet goed, met als doel publieke keuze-informatie of prestatiebeloning.²</p> <p>Zonder een expliciete link naar het kwaliteitsaspect of -doel dat in beeld gebracht moet worden voor externe vergelijking is het lastig vast te stellen of dit ook daadwerkelijk lukt en wat dus de validiteit op dit punt is.</p>
Vergelijkbaarheid	Zeer onzeker	
- Registratie-vergelijkbaarheid	Onzeker	<p>Er is een NHG-Richtlijn ADEPD voor gestandaardiseerde registratie van patiëntgegevens.</p> <p>De registratievergelijkbaarheid hangt grotendeels af van het toepassen van beschikbare mogelijkheden en ondersteuning daarbij vanuit registratiesystemen tijdens de registratie. Er is over 2015 geen informatie over de kwaliteit van de registratie van de data beschikbaar. Het is echter bekend dat er problemen zijn in de zin van registratiefouten bijvoorbeeld rond diagnosestelling en ICPC-codering (prediabetes). Het bijhouden van de hoofdbehandelaar, controlebeleid en 'reden geen geregelde zorg' is lastig; de mate van ondersteuning verschilt per HIS, en de werkwijze verschilt bovendien per HIS en per zorggroep. Uit de door het NIVEL uitgevoerde EPD-scans blijkt dat de kwaliteit van de registratie afhangt van het type HIS. Er is geen informatie beschikbaar over de dataverwerking en analyse in 2015.</p> <p>In 2016 hebben zorggroepen die de indicatoren voor de landelijke benchmark aanleveren zich laten certificeren door gebruik van een toetsingsinstrument van Insights Zorg dat werd ontwikkeld in opdracht van InEen. Doel was de onderlinge vergelijkbaarheid van de getallen te</p>

² Bijvoorbeeld bij het percentage patiënten dat rookt; dit cijfer is prima bruikbaar om te zien of het percentage rokers in de eigen praktijk is afgenomen. Maar het zegt niet direct iets over de kwaliteit van zorg bij een externe vergelijking met andere praktijken. Zeker als je niet weet hoeveel mensen voor aanvang van de behandeling rookten. Wat nu de link met 'kwaliteit van zorg' is, wordt echter niet expliciet benoemd. Daardoor is constructvaliditeit met betrekking tot externe evaluatie niet goed te bepalen.

		<p>verbeteren. InEen heeft het NHG via een email [december 2016] laten weten 'dat de eerste uitkomsten van het toetsinstrument laten zien dat in ieder geval 75% van de deelnemende zorggroepen en gezondheidscentra op aantoonbare wijze vergelijkbaar en betrouwbaar rapporteert over de gegevens die zijn verzameld voor de landelijke benchmark. Voor de resterende 25% betekent de uitkomst niet automatisch dat hun benchmarkgegevens niet op orde zijn. Voor deze groep geldt dat de betrouwbaarheid nog niet is aangetoond, omdat zij gebruik hebben gemaakt van de vrijstelling voor toetsing op HIS-data of omdat zij werken met een gekeurd KIS dat nog geen goedkeuringstraject is gestart. Een kanttekening die gemaakt kan worden is dat de datakwaliteit en daarmee de vergelijkbaarheid sterk afhankelijk is van het registratiegedrag.'</p>
- Populatie-vergelijkbaarheid	Zeer onzeker	<p>Kenmerken van SES en eventuele andere mogelijk relevante achtergrondkenmerken zijn niet bekend. Enkele andere gegevens ter illustratie van de verschillen in populatie (Bron 1) staan in Bijlage III.</p> <p>De wijze van dataverwerking van brondata naar indicator was in 2015 variabel, met mogelijk effect op de selectie van de doelpopulatie of de uitkomsten op afzonderlijke indicatoren.^{vi}</p> <p>Er zijn voor 2016 in- en exclusiecriteria afgesproken tussen InEen en de zorgverzekeraars.</p> <p>Het is nu niet bekend of de in- en exclusiecriteria uniform worden toegepast. De grote verschillen in prevalentie tussen de verschillende zorggroepen doet vermoeden dat in 2015 niet altijd dezelfde criteria zijn toegepast (Bijlage III). Ook zijn enkele exclusiecriteria minder objectiveerbaar zodat deze kunnen afhangen van het oordeel van de huisarts.</p> <p>De omschrijving 'patiënten die geen geregelde zorg krijgen' biedt mogelijk ook in 2016 ruimte voor een verschil in toepassing of voor verschil in regionale afspraken/zorgprogramma's.</p> <p>Bekend is dat er verschillen zijn tussen de diverse zorgprogramma's, bijvoorbeeld bij de zorgprogramma's over VVR. Dit kan van invloed zijn op de resultaten. Zo heeft het exclusie criterium 'deelname aan ouderenzorg' direct effect op de populatievergelijkbaarheid. Ook kan de bekostiging per zorgprogramma verschillen, wat de uitkomsten kan beïnvloeden.</p>
- Steekproef- en responsvergelijkbaarheid	Niet van toepassing	<p>Er is geen sprake van een steekproef; de uitkomsten van de gehele zorggroepopulatie worden gebruikt om de indicatoren te berekenen.</p>

Betrouwbaar	Onzeker	Verdere gegevens over de betrouwbaarheid ontbreken.
Onderscheidend vermogen	Onzeker	<p>Er zijn vooralsnog geen betrouwbare gegevens bekend over het onderscheidend vermogen van de betreffende indicatoren in de benchmark. Voor informatie over het onderscheidend vermogen van enkele NHG-indicatoren over chronische aandoeningen in de huisartsenpraktijk: zie Van Doorn.^{iv}</p> <p>De aantallen ingesloten patiënten verschillen per zorggroep en per aandoening. In de huidige systematiek van benchmarking worden gegevens overigens niet aangeleverd als ruwe data, zodat statistische berekeningen op de huidige datasets niet mogelijk zijn. Als een zorggroep of huisartsenpraktijk over een reeks van indicatoren substantieel afwijkend scoort, is dat waarschijnlijk wel een punt van aandacht, te beginnen richting kwaliteit registratie of dataverwerking.</p>
Relevantie	Ja	De indicatoren zijn relevant omdat ze zijn afgeleid van de aanbevelingen in NHG-Standaarden. De betrokken partijen hebben een keuze gemaakt uit de indicatoren die het NHG per zorgprogramma heeft ontwikkeld (Bron 1). Daarmee kunnen we aannemen dat zij de indicatoren relevant vinden. Omdat er met ingang van 2016 per keten maximaal 8 indicatoren geselecteerd zijn, wordt slechts een (klein) deel van de zorg in kaart gebracht.
Haalbaarheid		<p>Het aspect haalbaarheid lijkt geen probleem te zijn voor indicatoren die al een aantal jaren bestaan en voor indicatoren die gebruik maken van patiëntgegevens die routinematig en structureel worden geregistreerd.</p> <p>Nieuwe registraties voor de zorgverlening regelt het NHG in samenspraak met stakeholders en HIS/KIS-leveranciers. Hiermee kunnen vervolgens nieuwe indicatoren worden ontwikkeld en berekend.</p> <p>Regionale rekencentra verzorgen de dataverwerking en analyses voor een deel van de zorggroepen. Andere zorggroepen verkrijgen hun uitkomsten op indicatoren uit hun eigen software, HIS of KIS.</p>

Conclusie

De NHG-indicatoren worden ontwikkeld voor interne verbetering; het interne kwaliteitsbeleid van huisartsenpraktijken en zorggroepen. De InEen Benchmark Indicatorensets, die een selectie zijn uit de NHG-indicatorensets, zijn bruikbaar voor het interne kwaliteitsbeleid van zorggroepen.

De InEen Benchmark Indicatorensets uit 2015 voldoen momenteel niet aan de criteria van het Zorginstituut Nederland voor gebruik als *publieke informatie*, in de zin van keuze-informatie, waarin zorgverleners, praktijken of zorggroepen met elkaar worden vergeleken, of *zorginkoopinformatie*, waaronder prestatiebeloning. Dat geldt zowel voor de proces- als uitkomstindicatoren.

De belangrijkste knelpunten zijn het ontbreken van een expliciete link met 'kwaliteit van zorg' (dat wil zeggen: een onderscheid maken tussen goede en minder goede zorg), en het feit dat grote onzekerheid bestaat of de populaties vergelijkbaar zijn. Door deze onzekerheden zijn de resultaten over verschillen tussen praktijken in de zin van beter of minder goed ook onzeker. Er zijn daarnaast geen/onvoldoende gegevens beschikbaar over 'onderscheidend vermogen', maar gezien de twee genoemde knelpunten is onderzoek naar onderscheidend vermogen met betrekking tot de kwaliteit van zorg in deze fase niet aangewezen. Ook wordt slechts een (klein) deel van de zorg in kaart gebracht.

Discussie

De stuurgroep van Het Roer Moet Om heeft gevraagd om de InEen Benchmark Indicatoren te toetsen op bruikbaarheid voor publieke informatie en zorginkoop, waaronder prestatiebeloning.

De NHG-indicatoren die aan de basis liggen van de InEen Benchmark Indicatoren zijn ontwikkeld voor het *interne kwaliteitsbeleid*. Zij zijn vooral geschikt om inzicht te geven in de eigen praktijk, als stuurinformatie en om input te geven voor verbetering. De InEen Benchmark Indicatoren kunnen ook gebruikt worden voor het interne kwaliteitsbeleid van zorggroepen. Praktijken kunnen de spiegelinformatie gebruiken voor een gesprek en nagaan of zij aanknopingspunten vinden voor kwaliteitsverbetering. Als zij klinisch relevante verschillen constateren tussen praktijken of zorggroepen, is nu niet bekend of de gevonden verschillen ook duiden op wezenlijke kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders of berusten op toeval, registratiefouten, systematische fouten, populatieonvergelijkbaarheid en dergelijke.

De inventarisatie maakt duidelijk dat met name de validiteit van de metingen voor de gebruiksdoelen publieke informatie, in de zin van keuze-informatie, waarin zorgverleners, praktijken of zorggroepen met elkaar worden vergeleken, en zorginkoop/prestatiebeloning onduidelijk is. Bij de meeste indicatoren wordt niet expliciet benoemd op welke manier zij een aspect van de 'kwaliteit van zorg' trachten te meten. Daardoor is onduidelijk wat de indicator beoogt te meten en of dit op een valide wijze wordt gedaan.

Daarnaast bestaat onzekerheid over de populatievergelijkbaarheid van de indicatoren. Dit heeft meerdere oorzaken, waaronder verschillen in de ingesloten populaties van de zorgprogramma's, maar ook verschillen in dataverwerking. Dit kan leiden tot een systematische fout in de data.

Zelfs als deze knelpunten worden opgelost, zullen populatieverschillen altijd een rol blijven spelen bij de vergelijkbaarheid van resultaten en is het de vraag of de foutmarge onder een aanvaardbaar niveau kan komen.^{iv,vi} Dit geldt zeker voor gebruik van indicatoren voor zorginkoop, maar ook voor keuze-informatie, en geldt zowel voor proces- als voor uitkomstindicatoren.

Er is onvoldoende informatie over het 'onderscheidend vermogen' van de indicatoren. Gezien de heterogeniteit van de populaties is het de vraag of dit momenteel te berekenen is, zelfs als de ruwe data beschikbaar zouden zijn.

De huidige indicatoren geven geen compleet en valide beeld. Als deze indicatoren gebruikt gaan worden voor externe verantwoording bestaat het gevaar dat zorgverleners zich gaan richten op 'goede indicatoren' in plaats van op 'goede zorg'.

Advies

De NHG-indicatoren worden ontwikkeld voor het interne kwaliteitsbeleid van huisartsenpraktijken en zorggroepen. Zij zijn te gebruiken voor stuurinformatie en spiegelinformatie; benchmarking kan daarbij een hulpmiddel zijn. Ook kan de praktijk of zorggroep deze informatie gebruiken om transparant te zijn over de processen en uitkomsten van de zorg die de praktijk of zorggroep verleent. De gegevens kunnen dan worden voorzien van de benodigde context om tot een betekenisvolle interpretatie te komen. De gegevens kunnen worden gebruikt als onderlegger voor een gesprek met de zorgverzekeraar.

Het NHG ontraadt om indicatoren die zijn ontwikkeld voor interne verbetering te gebruiken voor externe verantwoording in de zin van keuze-informatie, waarin zorgverleners, praktijken of zorggroepen met elkaar worden vergeleken, en zorginkoop/prestatiebeloning. De werkelijke resultaten kunnen substantieel verschillend zijn van de gevonden resultaten.

Afwegingen

- Het doel van de externe kwaliteitsevaluatie is vaak onduidelijk waardoor niet vastgesteld kan worden of ze geschikt zijn voor externe kwaliteitsevaluatie (veelal).
- De validiteit van indicatoren is te onzeker/onbekend om ze te gebruiken voor externe verantwoording, dat wil zeggen keuze-informatie informatie en zorginkoop/prestatiebeloning.
- Er bestaat onduidelijkheid over de populatievergelijkbaarheid.
- Er is te weinig inzicht in het onderscheidend vermogen van de indicatoren.

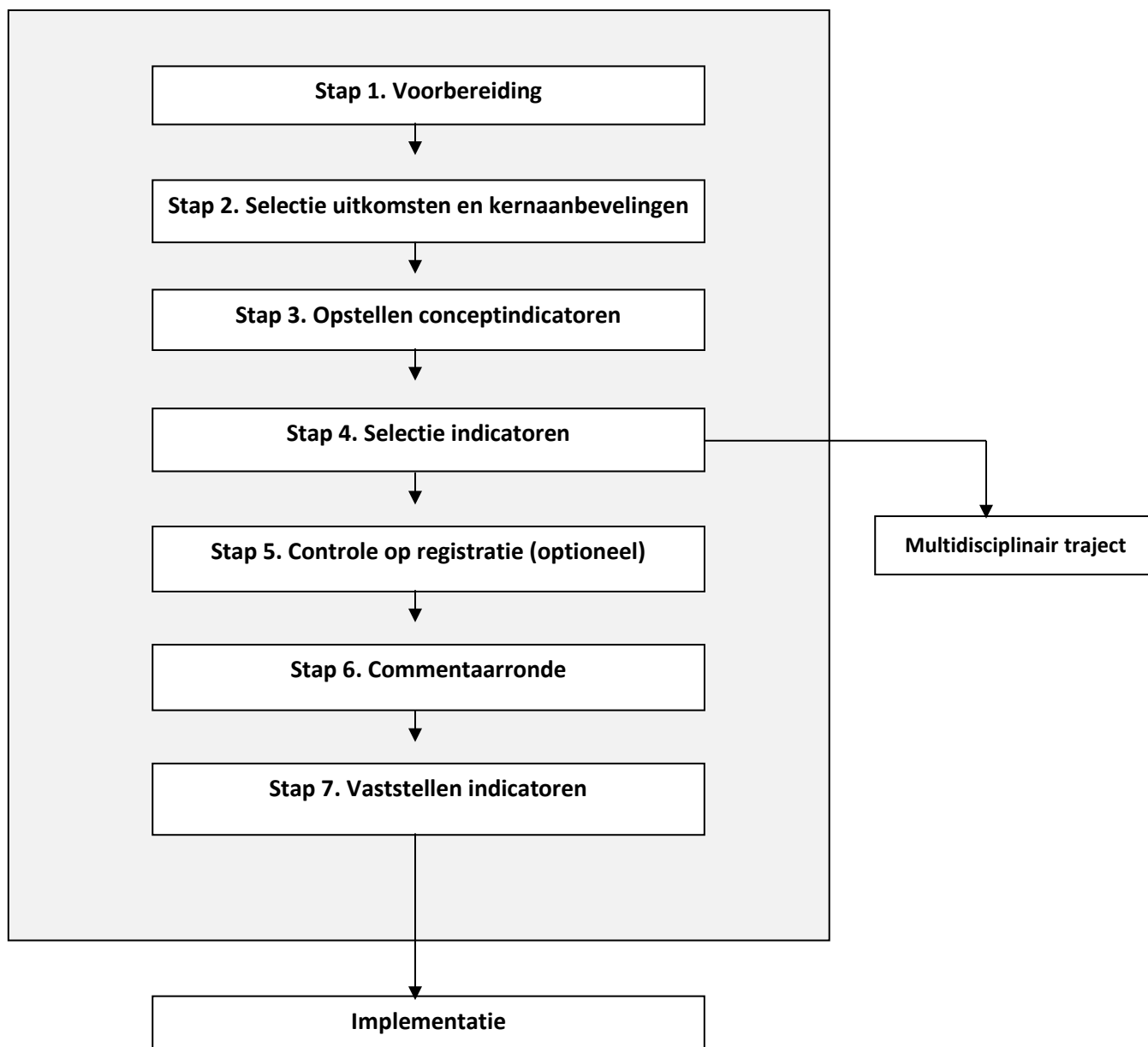
Overige aanbevelingen

- Richt indicatoren voor benchmarking ter verbetering van de zorg op knelpunten waar verbetering valt te verwachten/nodig is.
- Sluit bij transparantie over de processen en uitkomsten van de verleende zorg aan op de informatiebehoefte van het publiek. Bespreek met patiënten wat nuttige informatie kan zijn, rekening houdend met haalbaarheid.
- Ontwikkel nieuwe indicatoren als duidelijk is welke toegevoegde waarde zij kunnen hebben voor 'kwaliteit van zorg'.
- Vermijd prestatiebeloning vanwege de kans op perverse prikkels of uitsluiting van patiënten; zoek naar alternatieve methoden om (extra) te belonen.
- Uniformeer de dataverzameling en -analyse.
- Zorg voor sluitende in- en exclusiecriteria.
- Overweeg analyse met betrekking tot het onderscheidend vermogen van de indicatoren alleen als vergelijking van cijfers valide genoeg lijkt om zinvolle uitspraken te doen over 'kwaliteit van zorg'. In elk geval moeten de knelpunten met betrekking tot validiteit, populatievergelijkbaarheid en rond data zijn opgelost.

Bijlage I Werkwijze NHG bij de ontwikkeling van indicatoren voor intern kwaliteitsbeleid

Het NHG ontwikkelt sinds 2005 indicatoren bij de NHG-Standaarden.^{vii} De werkwijze bij het ontwikkelen van indicatoren staat kort samengevat in een stappenplan (Zie Figuur 1).

Figuur 1. Stappenplan voor het ontwikkelen van indicatoren op basis van een NHG-Standaard



Toelichting

Stap 1. Voorbereiding

- Ga na of er reeds indicatoren bestaan voor dit onderwerp.
- Ga van bestaande (concept)indicatoren na hoe deze zijn geformuleerd en noteer daarvan de volgende eigenschappen: definitie, relatie tot kwaliteit, teller, noemer, score, status, type (structuur-, proces- of uitkomstindicator?).

Stap 2. Selectie uitkomsten en kernaanbevelingen

- Indicatoren worden gebaseerd op de kernaanbevelingen of zorguitkomsten van de richtlijn.
- De werkgroep formuleert belangrijke kernaanbevelingen en zorguitkomsten (denk hierbij onder andere aan behandelingsdoelen). De werkgroep wijst kritieke punten³⁴ in het behandelingsproces aan; deze zijn bijvoorbeeld te vinden bij de kernboodschappen of in stroomdiagrammen.
- De werkgroep stelt een set van de belangrijkste kernaanbevelingen en zorguitkomsten samen (maximaal 10).

Stap 3. Opstellen conceptindicatoren

- Het NHG zet de bij stap 2 samengestelde set zorguitkomsten en kernaanbevelingen om in conceptindicatoren.
- Het NHG geeft aan hoe de indicator wordt gescoord, bijvoorbeeld: de gehanteerde schaal, de afkappunten waarop de uitkomst beter of slechter wordt, eventuele streefwaarden of normen.
- Het NHG geeft het kwaliteitsdoel aan en de relatie met kwaliteit: welk kwaliteitsaspect of proces(onderdeel) meet de indicator? Welk kwaliteitsaspect kan deze indicator beïnvloeden?

Stap 4. Selectie indicatoren

- De werkgroep bespreekt in een vergadering welke indicatoren verder uitgewerkt gaan worden, welke niet en beschrijft de argumenten hiervoor.
- De geselecteerde indicatoren worden volgens het registratieformat beschreven.

Stap 5. Controle op registratie (optioneel)

- De NHG-sectie Automatisering checkt de conceptindicatoren op registreerbaarheid.
- De indicatorenset kan ook getest worden in de praktijk als er bijvoorbeeld nog onduidelijkheden zijn over de registreerbaarheid. Van belang zijn ook:
 - o de inspanning die het kost om de gegevens te verzamelen;
 - o de meetbaarheid van de gegevens.

Stap 6. Commentaarronde

- De indicatoren worden samen met de standaard ter becommentariëring voorgelegd aan externe stakeholders en aan de leden van de standaardenwerkgroep en expertgroepen.
- Indicatoren die ook van belang zijn voor andere partijen (zoals ZN, InEen, HIS-gebruikersverenigingen of koepels) worden ook aan die partijen voorgelegd.

Stap 7. Vaststellen indicatoren

Na verwerking van het commentaar op de conceptindicatoren worden deze vastgesteld door het NHG-hoofdenoverleg of MT. De indicatoren worden wel ter informatie voorgelegd aan de NHG-Autorisatiecommissie, maar niet ter autorisatie.

Implementatie

Als in een later stadium besloten wordt de indicatoren te implementeren, dan zal de NHG-sectie Automatisering de registraties uitwerken in samenwerking met de HIS-gebruikersverenigingen.

³ Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-standaarden. Onder redactie van J.C.C.Braspenning, L.Pijnenborg, C.J.in 't Veld en R.P.T.M.Grol. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2005.

⁴ Een *kritiek punt* is een handeling of beslissing waarvan een juist verloop essentieel is voor bereiken van een goede uitkomst.

Bijlage II Welke indicatorensets heeft het NHG?

Voor de volgende onderwerpen heeft het NHG indicatorensets beschreven:

- Astma bij volwassenen
- Astma bij kinderen
- COPD
- CVRM bij patiënten met bekende Hart- en Vaatziekten (HVZ)
- CRVM bij patiënten met verhoogd risico (hypertensie of hypercholesterolemie)
- Diabetes mellitus type 2
- GGZ (depressie en angststoornissen)
- Preventie (influenza en screening op baarmoederhalskanker)
- Prescriptie
- Stoppen met Roken

De volledige beschrijvingen van de indicatorensets, inclusief de specificaties, staan op website van de NHG-site: [downloadpagina](#).

Bijlage III. Verschillen in populaties in zorgprogramma's

Bron: <http://ineen.nl/wp-content/uploads/2016/06/160608-Rapport-Transparante-Ketenzorg-20151.pdf>.

<i>Keten</i>	<i>Aantal patiënten in zorgprogramma</i>	
	Minimaal	Maximaal
DM	239	24.585
HVZ	105	17.479
VVR	279	28.329
COPD	37	5.576
Astma	183	5.340

<i>Keten</i>	<i>Prevalentie range</i>
DM	2,6-7,5
HVZ	1,9-7,2
VVR	2,9-14,8
COPD	0,4-4,2
Astma	0,5-8,7

<i>Keten</i>	<i>% onder behandeling specialist</i>
DM	range 0,4-21
HVZ	range 0-56
VVR	range 0-35
COPD	range 0-54
Astma	range 2-22

<i>Keten</i>	<i>% niet in zorgprogramma</i>
DM	0-14
HVZ	0-40
VVR	0-36
COPD	0-39
Astma	0-40

ⁱ Lawrence M, Olesen F, et al. Indicators of quality in health care. Eur J Gen Pract. 1997;3:103-8.

ⁱⁱ (Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring: volume 1. The definition of quality and approaches to assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

ⁱⁱⁱ

www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/Toetsingskader_kwaliteitsstandaarden_informatiestandaarden_en_meetinstrumenten_2015.pdf.

^{iv} Van Doorn AL, Kirschner K, Bouma M, Burgers JS, Braspenning, JCC, Grol RPTM. Evaluatie van het onderdeel medisch handelen van de accreditering. Vier klinimetrische criteria. Huisarts Wet 2010;53(3):141-6.

^v Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care. 2002;11(4):358-64.

^{vi} Routinematig vastgelegde zorggegevens als bron van kwaliteitsinformatie. NIVEL, 2016.

http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_zorggegevens_bron_van_kwaliteitsinformatie.pdf.

^{vii} <https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgverlener/huisarts/kwaliteitsindicatoren> Geraadpleegd 23-8-2016.