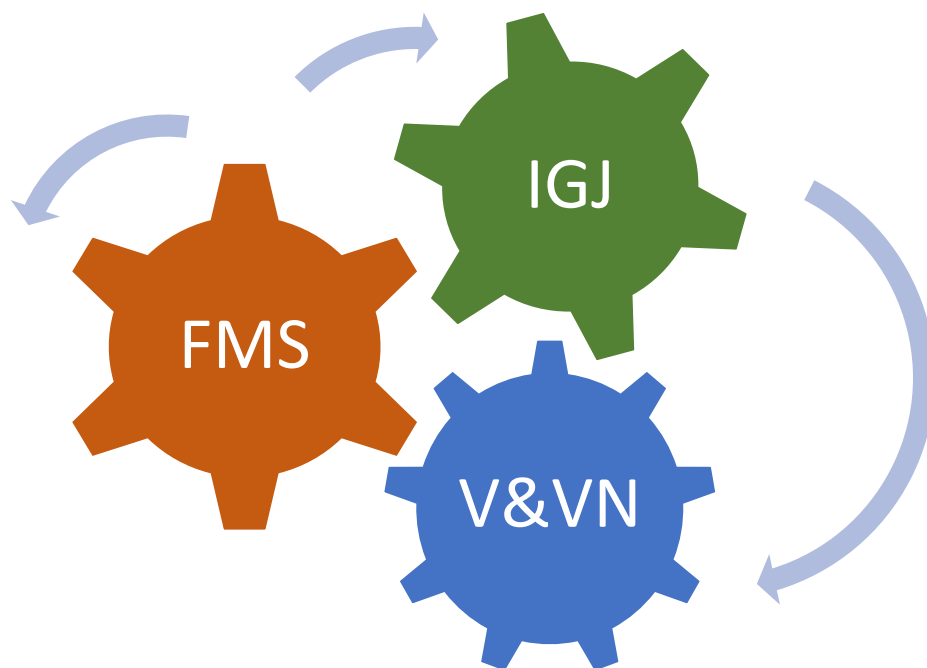

*Onderzoek naar risicoselectie met de
basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen:
op weg naar verantwoorde keuzes*



Iris Wallenburg
Tanja Mol
Mirjam Harmsen
Martine de Bruijne

23 januari 2019

Dit project is gesubsidieerd binnen het programma Effectief Toezicht en het Addendum Kwaliteitsinstituut van ZonMw. Het project is uitgevoerd i.s.m. de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ) en het Zorginstituut Nederland (ZiN), binnen de Academische Werkplaats Toezicht (AWT).

Iris Wallenburg¹
Tanja Mol²
Mirjam Harmsen³
Martine de Bruijne²

¹ Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus Universiteit Rotterdam
Bayle Building- Campus Woudestein, Burgemeester Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam
<https://www.eur.nl/eshpm/>

² VUmc/Amsterdam Public Health research institute, afdeling Sociale Geneeskunde
Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam
www.onderzoekpatientveiligheid.nl

³ IQ healthcare, Radboudumc
Geert Grooteplein 21, 6525 EZ Nijmegen
www.iqhealthcare.nl

Contactpersoon onderzoek

Mw. prof. dr. M.C. De Bruijne
E-mail: mc.debruyne@vumc.nl
Telefoon: 020-44 45588
www.onderzoekpatientveiligheid.nl

©2018 Amsterdam Public Health research institute

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het EMGO+ Instituut te Amsterdam. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van het onderzoek *‘Onderzoek naar risicoselectie met de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen: op weg naar verantwoorde keuzes’*, uitgevoerd door de afdeling Sociale Geneeskunde van het VUmc/APH in samenwerking met IQ healthcare, ESHPM en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Het onderzoek had een looptijd van 12 maanden en is een ‘klein-maar-fijn’-project binnen de Academische Werkplaats Toezicht (AWT). Het project is gesubsidieerd binnen het programma Effectief Toezicht en het Addendum Kwaliteitsinstituut van ZonMw.

De AWT is in 2011 opgericht naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad om samenwerking van onderzoek naar toezicht te formaliseren. Het betreft een samenwerkingsverband tussen de volgende partijen:

- IGJ, (voorheen IGZ), Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (Utrecht),
- NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Utrecht),
- IQ healthcare, Scientific Center for Quality of Healthcare (Radboudumc Nijmegen),
- Amsterdam Public Health research institute (voorheen EMGO+ Institute for health and care research (Amsterdam UMC locatie VUmc),
- ESHPM, Erasmus School of Health Policy & Management (Erasmus Universiteit Rotterdam) (voorheen iBMG).

De AWT heeft als doel om het toezicht in de gezondheidszorg verder te professionaliseren, wetenschappelijke kennis over toezicht uit te breiden en bij te dragen aan de ontwikkeling van toezichtmethoden en instrumenten. Een belangrijk uitgangspunt van de AWT is dat onderzoek praktisch bruikbare resultaten en inzichten moet opleveren.

Het onderhavige onderzoek geeft inzicht in het besluitvormingsproces tussen de veldpartijen en de IGJ over de selectie van indicatoren in de basisset ziekenhuizen en geeft handvatten om dit bij toekomstig toezicht te kunnen onderbouwen. Hierbij staat de volgende vraag centraal: *Hoe worden risico's in de ziekenhuiszorg geïdentificeerd en daarbij passende indicatoren voor de basisset ziekenhuizen geselecteerd ten behoeve van toezicht en kwaliteitssturing? Wat is daarbij de rol van de IGJ en de veldpartijen?*

Wij danken alle inspecteurs, wetenschappelijke, verpleegkundige- en belangenverenigingen en federaties die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek. Bijzondere dank gaat uit naar Jan Maarten van den Berg, contactpersoon vanuit de IGJ voor dit project, voor zijn waardevolle adviezen in de uitvoering van dit project.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
1 INLEIDING	6
1.1 DE ACHTERGROND VAN DE BASISSET KWALITEITSINDICATOREN	6
1.2 KNELPUNTEN ERVAREN DOOR DE IGJ	7
1.3 DOELSTELLING	8
1.4 ONDERZOEKSMETHODE	8
2 DE WERKING VAN DE BASISSET IN MAAT EN GETAL	10
2.1 INLEIDING	10
2.2 METHODE	10
2.3 DE KENMERKEN VAN DE INDICATOREN BEHOREND BIJ DE BASISSET 2014	12
2.4 VERANDERING VAN WAARDEN EN DISCRIMINEREND VERMOGEN VAN INDICATOREN	15
2.5 DETERMINANTEN VAN VERANDERING EN DISCRIMINEREND VERMOGEN	17
2.6 CONCLUSIE	17
3 DE BASISSET ALS EEN GOVERNANCE NETWERK: EEN THEORETISCH PERSPECTIEF	19
4 DE BASISSET VANUIT DRIE VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN	21
4.1 HET PERSPECTIEF VAN DE IGJ	21
<i>De bestuurlijke infrastructuur van de basisset</i>	22
<i>Risicoprofielen en indicator ontwikkeling</i>	23
<i>De rol van de basisset in het toezicht: van leren naar experimenteren</i>	26
<i>Een experimenterende basisset</i>	26
<i>Conclusie en nawoord</i>	29
4.2 HET PERSPECTIEF VAN DE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGINGEN	29
<i>Wetenschappelijke verenigingen</i>	29
<i>Van een set indicatoren tot een krachtig instrument</i>	30
<i>Metten of verbeteren</i>	31
<i>Van mono- naar multidisciplinair</i>	32
<i>Netwerk governance</i>	32
<i>Risicoprofielen</i>	34
<i>Blik vooruit: pilot multidisciplinaire indicatorontwikkeling</i>	35
<i>Conclusie</i>	36
4.3 HET PERSPECTIEF VAN DE V&VN AFDELINGEN	37
<i>V&VN</i>	37
<i>Verzorgenden en verpleegkundigen in de basisset</i>	37
<i>Indicatorontwikkeling als hét middel voor kwaliteitsverbetering?</i>	38
<i>Multidisciplinaire ontwikkeling van indicatoren</i>	39
<i>Netwerk governance</i>	40
<i>Risicoprofielen</i>	41
<i>Blik vooruit: Methodologische ondersteuning en indicatoren over sectoren heen</i>	41
<i>Conclusies</i>	42
5 BESLUITVORMING OVER SELECTIE VAN INDICATOREN VOOR DE BASISSET: HET SAMENSPEL TUSSEN IGJ, DE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGINGEN EN DE AFDELINGEN VAN V&VN	43
5.1 ONTWIKKELING INDICATOREN VOOR METEN EN BEHANDELEN VAN PIJN	43

<i>Inleiding</i>	44
<i>De indicator voor pijn in de basisset: een overzicht</i>	46
<i>Van pijn meten naar pijn behandelen? Discussies over een nieuwe pijnindicator</i>	48
<i>Conclusie</i>	51
5.2 ONTWIKKELING INDICATOREN VOOR DE BEHANDELING VAN EEN HEUPFRACTUUR	51
<i>Inleiding</i>	51
<i>Andere indicatoren</i>	52
<i>De ontwikkeling van de initiële indicator voor heupfractuur</i>	53
<i>Twijfels over mortaliteit als uitkomstmaat</i>	54
<i>Het vervolg voor heupfractuur: functionele uitkomstmaat</i>	55
<i>Conclusie</i>	56
5.3 ONTWIKKELING VAN DE INDICATOR VOOR DE TIME-OUT PROCEDURE	57
<i>Time-out procedures en stopmoment IV</i>	57
<i>De geschiedenis van Time-out indicator Stopmoment IV</i>	58
<i>Toezicht door de IGJ</i>	59
<i>Indicator in combinatie met richtlijn</i>	59
<i>Eigenaarschap en samenwerking</i>	61
<i>Het resultaat van de indicator en het verdwijnen uit de set</i>	62
<i>Doorontwikkeling</i>	63
<i>Conclusies</i>	63
5.4 CONCLUSIES DRIE CASESTUDIES	64
6 SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	66
LITERATUUR	70
BIJLAGE A. GESELECTEERDE UITKOMSTMAAT BIJ INDICATOREN MET MEERDERE UITKOMSTMATEN IN DE BASISSET VAN 2014	73
BIJLAGE B. UITKOMSTEN UNIVARIATE LOGISTISCHE REGRESSIE ANALYSES	75

1 Inleiding

De basisset kwaliteitsindicatoren (vanaf nu ‘de basisset’) is voor het eerst ontwikkeld in 2002 en is in de afgelopen 15 jaar uitgegroeid tot een gezaghebbend instrument van de IGJ. De basisset is bij uitstek een samenwerkings- of ‘netwerk’ instrument, iets dat we in dit rapport zullen aanduiden als ‘netwerk governance’. Het is een instrument van de IGJ én de veldpartijen gezamenlijk om kwaliteit van zorg te monitoren en te verbeteren. Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in de achtergrond en het werkingsmechanisme van de basisset om zo aanbevelingen te kunnen doen voor de doorontwikkeling van de basisset. Een vraag die hierbij centraal staat is die naar risicoselectie: **Hoe worden risico’s in de ziekenhuiszorg geïdentificeerd en daarbij passende indicatoren voor de basisset ziekenhuizen geselecteerd ten behoeve van toezicht en kwaliteitssturing? Wat is daarbij de rol van de IGJ en de veldpartijen?**

Een dergelijke ‘blik vooruit’ vraagt om een analyse van de ontwikkeling en de totstandkoming van de basisset tot nu toe. In dit rapport maken we een analyse van de werking van de kwaliteitsindicatoren uit de basisset en van de governance structuur die onderliggend is aan de basisset. We onderzoeken de mechanismen en uitkomsten van de basisset en geven van daaruit advies over de toekomstige ontwikkeling van basisset.

In dit hoofdstuk beschrijven we de basisset en de bestuurlijke infrastructuur die hieraan ten grondslag ligt. Ook beschrijven we de veranderingen in de basisset die afgelopen jaren in gang zijn gezet en de knelpunten die daarbij worden ervaren en aanleiding hebben gegeven voor dit onderzoek. Vervolgens definiëren we de onderzoeksvragen en beschrijven we de onderzoeksmethodiek.

1.1 De achtergrond van de basisset kwaliteitsindicatoren

De basisset is in 2002 ontwikkeld en in 2004 zijn de eerste uitkomsten gepubliceerd in *Het Resultaat Telt*. Het doel van de basisset is tweeledig. Ten eerste is de set bedoeld om risicovolle situaties rond kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te signaleren. De basisset maakt daarmee onderdeel uit van de toezichtfunctie van de IGJ. Ten tweede is de set bedoeld als sturingsinstrument om de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te monitoren en te verbeteren. Het is een samenwerkingsverband tussen de NVZ, de NFU, de Federatie, V&VN en de IGJ. Deze veldpartijen hebben hierbij een signalerende, aanjagende en regulerende functie. De betrokkenheid van V&VN is nog relatief jong: V&VN is sinds 2012 betrokken bij het bestuurlijk overleg en sinds 2015 bij de ontwikkeling van indicatoren.

De basisset komt tot stand via een gestructureerde samenwerking tussen de IGJ en veldpartijen. In een vierjarige cyclus werken de IGJ en wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen van V&VN samen om keuzes voor de basisset te maken, waarbij een uitgangspunt is dat de set in omvang niet mag toenemen. Een nieuwe indicator in de set heeft als consequentie dat een bestaande indicator eruit gaat. Jaarlijks mag maximaal 25% van de indicatoren vervangen worden. Naast het beperken van registratielast speelt hierbij dat de ervaring leert dat een indicator na verloop van tijd zijn werking verliest (de Bruijn 2002, IGZ 2014).

Indicatoren worden ontwikkeld door de wetenschappelijke verenigingen en de verpleegkundige afdelingen, waarbij de Federatie en V&VN een coördinerende rol hebben. Nadat in jaar één de indicatoren gezamenlijk zijn vastgesteld, worden ze vanaf jaar twee geregistreerd door de ziekenhuizen en vanaf jaar drie gerapporteerd. De resultaten van een nieuwe indicator worden dus pas na drie jaar zichtbaar, wat vraagt om een vooruitziende blik op ontwikkelingen in de zorg en kwaliteit van zorg.

Zoals we in dit rapport zullen laten zien wordt het systeem van de basisset als effectief ervaren in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Nu alle partijen gewend zijn aan de basisset en deze in de praktijk goed lijkt te werken¹, wordt het steeds belangrijker strategisch te kiezen voor risico's waarop gestuurd dient te worden. Ziekenhuizen leveren jaarlijks honderden externe indicatoren aan, waarvan ongeveer 8% aan de IGJ. Het is een uitdaging voor ziekenhuizen om op al deze indicatoren te sturen. Aansluitend bij deze uitdaging van ziekenhuizen en hun medisch specialisten en verpleegkundigen worden daarom 'registreerbaarheid' en een beperkte registratielast als belangrijke randvoorwaarden gezien voor de effectiviteit van de basisset. In het voorjaar van 2016 is de tweede herziening van de basisset gestart met de vraag van de IGJ aan de wetenschappelijke verenigingen en vier verpleegkundige afdelingen van V&VN wat hun visie is op de belangrijkste risico's en welke indicatoren daarbij passen. Deze uitvraag vormt het startpunt van dit onderzoek om inzicht te genereren in de selectie en prioritering van de risico's en bijbehorende indicatoren en mogelijke strategische beslissingen voor de (nabije) toekomst.

1.2 Knelpunten ervaren door de IGJ

Bij aanvang van het project gaf de IGJ aan een aantal knelpunten te ervaren in de organisatie en uitvoering van de basisset die de effectiviteit van de basisset mogelijk beïnvloeden. De IGJ stelde dat na de start van de basisset, waarbij de veldpartijen en de IGJ samen aan de slag zijn gegaan om kwaliteit van zorg te verbeteren, de basisset de afgelopen jaren in reikwijdte is toegenomen. Meer partijen zijn betrokken geraakt, waarmee belangen niet alleen zijn toegenomen maar ook meer divers zijn geworden. Dit vraagt om een herijking van de organisatie van de basisset.

De IGJ ervaart vijf knelpunten. Allereerst signaleert de IGJ dat verschillende wetenschappelijke verenigingen moeite hebben om goede indicatoren voor toezicht te ontwikkelen. Voorgestelde indicatoren weerspiegelen vaak de huidige situatie en kunnen meer dan nu het geval is worden gericht op de zorgaspecten die in de toekomst belangrijk worden. Dit uit zich bijvoorbeeld in het voorstellen van indicatoren waarop alle ziekenhuizen direct of na korte tijd na invoering hoog scoren en waardoor 'achterblijvers' – die ziekenhuizen die meer moeite hebben met het sturen op kwaliteit – niet zichtbaar kunnen worden gemaakt. Deze indicatoren zijn minder geschikt voor toezicht en doen afbreuk aan de effectiviteit van het toezicht. Ten tweede bestaat bij de IGJ de indruk dat wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen naast continu verbeteren van kwaliteit van zorg ook de wens hebben

¹ Dat het 'goed werkt' concluderen we op basis van dit onderzoek. Dit neemt niet weg dat ziekenhuizen en zorgverleners vaak kritiek hebben op indicatoren omdat ze bureaucratie veroorzaken en veel tijd kosten. Daarbij wordt vaak verwezen naar 'de IGJ-indicatoren'. Het is echter zo dat de basisset beperkt is van omvang en de registratielast gering is in vergelijking met andere indicatorensets. De perceptie in het veld is vaak is dat het 'allemaal IGJ indicatoren zijn'.

zichtbaar te maken dat het goed gaat. Dit helpt hen bijvoorbeeld in het contact met hun klanten, de patiënten en zorgverzekeraars, en motiveert de zorgverleners. Een dergelijke focus kan leiden tot het strategisch kiezen van indicatoren. Goed inzicht in de motieven van wetenschappelijke verenigingen en instellingen bij de bepaling en prioritering van indicatoren en hoe deze zich verhouden tot andere kwaliteits- en verantwoordingsprojecten van deze actoren ontbreekt echter. Voor de IGJ speelt ten derde dat het in de praktijk moeilijk is om te onderbouwen waarom een indicator geschikt is voor toezicht. In de verantwoording van de indicator wil de IGJ duidelijk kunnen maken welk kwaliteitsdoel bevorderd wordt en in welke cruciale stappen richting dat doel de indicator inzicht geeft. Een vierde knelpunt is de onbekendheid van de rol van de verpleegkundige beroepsgroep. Hoewel dit nauwelijks een knelpunt kan worden genoemd (de betrokkenheid van V&VN was een wens van alle samenwerkingspartners) is hiermee wel een nieuwe onzekerheid ontstaan doordat onbekend is welke criteria en overwegingen binnen de verpleegkundige beroepsgroep een rol spelen. Bovendien voegt de betrokkenheid van een extra actor complexiteit toe aan het governance netwerk van de basisset. Tenslotte constateert de IGJ dat de eenvoudige indicatoren uitgewerkt raken en de toenemende complexiteit van zorg vraagt om andersoortige indicatoren. Met de toenemende complexiteit neemt ook het aantal actoren en daarmee het belang van samenwerking toe, iets wat ook tot uiting zou moeten komen in de (totstandkoming van de) indicatoren van de basisset.

1.3 Doelstelling

In dit onderzoek worden ervaringen met de basisset in de afgelopen 15 jaar onderzocht en geïnterpreteerd vanuit een theoretisch perspectief van 'network governance' (Provan en Kenis 2008, Klijn en Koppenjan 2016). Van daaruit worden concrete aanbevelingen gedaan voor toekomstig toezicht. Om inzicht te krijgen in de huidige situatie van het identificeren van risico's en selecteren van indicatoren zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke kenmerken van indicatoren zijn van invloed op de veranderingssnelheid van de score van de indicatoren en het discriminerend vermogen tussen ziekenhuizen?
2. Hoe vormt de IGJ zich een beeld van bestaande en nieuwe risico's in de ziekenhuiszorg en hoe vertaalt zij deze naar de selectie van indicatoren in de basisset?
3. Hoe vormen de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen van V&VN zich een beeld van bestaande en nieuwe risico's in de ziekenhuiszorg en hoe vertalen zij deze naar de selectie van indicatoren in de basisset?
4. Hoe verloopt de besluitvorming over de selectie in de basisset in het samenspel tussen de IGJ en de veldpartijen?

1.4 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek is gericht op zowel de selectie en werking van de indicatoren zelf als de onderliggende governance structuur van de basisset. Hiervoor is een mixed-methods onderzoeksstrategie gebruikt waarin kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden naast elkaar worden gebruikt en op elkaar worden betrokken (Goodman et al. 2012, Bryman 2007, Wallenburg et al. 2016).

Het kwantitatieve onderzoek is gericht op het beschrijven van de kenmerken van de indicatoren in de basisset en de relatie tussen deze kenmerken en verandering in waarden en discriminerend vermogen

van de indicatoren. Hierbij vormen de 60 indicatoren uit 'Het resultaat telt ziekenhuizen 2014' de onderzoekspopulatie, waarbij we maximaal 8 jaar terug en 2 jaar vooruit konden kijken afhankelijk van het moment waarop indicatoren in de set werden opgenomen en uit de set werden verwijderd. In samenspraak met deskundigen binnen IGJ en op basis van literatuur werden kenmerken van indicatoren die mogelijk een relatie hebben met de kwaliteit van een indicator voor toezicht bepaald. Deze kenmerken werden beoordeeld door de onderzoekers en een deskundige van de IGJ aan de hand van schriftelijke documentatie aangevuld met toelichting van de IGJ indien nodig.

Het kwalitatieve onderzoek is gericht op de governance van de basisset en de werking en doorwerking van indicatoren in de basisset. Door middel van observaties, diepte-interviews en documenten analyse is inzicht verkregen in de wijze waarop indicatoren tot stand komen in de onderhandelingen tussen de IGJ en veldpartijen en welke strategieën hieraan ten grondslag liggen. Hiervoor is een etnografisch onderzoek uitgevoerd naar de overlegstructuur van de basisset waarbij bureau-overleggen zijn geobserveerd en onderzoekers als toehoorder hebben deelgenomen aan het voorjaarsoverleg, de presentatie van de voorlopige uitkomsten van de basisset 2016 aan de wetenschappelijke verenigingen, en een pilot voor multidisciplinaire indicatoren. Daarnaast zijn diepte-interviews gehouden met alle direct betrokken veldpartijen: medewerkers van de IGJ, afdelingen binnen V&VN, de Federatie en verschillende wetenschappelijke verenigingen. In voorbereiding op de interviews is steeds een documentenanalyse gedaan.

Om diepte-inzicht te krijgen in de werking en doorwerking van indicatoren zijn casestudies verricht. Hiervoor zijn drie indicatoren geselecteerd op basis van de methode van maximale variëteit (Creswell 1998). Daarbij zijn indicatoren geselecteerd die verschillen in levensduur, een verschillende werking en doorwerking hebben in de basisset, en die verschillende ontwikkelingsfasen hebben doorlopen. De selectie heeft plaatsgevonden op basis van de uitkomsten van de eerste fasen van het onderzoek en in afstemming met de IGJ en de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen. Daarbij zijn de volgende indicatoren geselecteerd: de pijnindicator, de indicator voor heupfractuur en de time-out indicator. De pijnindicator is relevant omdat dit de langstlopende indicator is van de basisset. De indicator voor heupfractuur is interessant omdat zij een lange aanloop kent en de complexiteit van zorg weerspiegelt. De time out indicator, tenslotte, is relevant omdat het een indicator is met een snel succes (hoge mate van compliance). Voor de casestudies zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met betrokkenen van de IGJ en de verpleegkundige- en wetenschappelijke verenigingen. Daarnaast is een documentstudie uitgevoerd.

Het rapport beschrijft de werking van de basisset van buiten naar binnen. Na een algemene inleiding in hoofdstuk 1, richt hoofdstuk 2 zich op de werking van de basisset in maat en getal. We laten zien hoe de gemiddelde waarden van indicatoren veranderen in de tijd tussen opname en verwijdering uit de basisset. Ook analyseren we het discriminerend vermogen van de indicatoren. Vervolgens gaan we dieper in op de werking van de basisset. In hoofdstuk 3 wordt eerst een theoretisch kader van network governance beschreven. Vervolgens gaat hoofdstuk 4 in op de werking van de basisset vanuit het perspectief van de IGJ, de wetenschappelijke verenigingen en van de afdelingen van V&VN. In hoofdstuk 5 verdiepen we verder door naar het samenspel tussen deze partijen te kijken in drie case-studies. Hoofdstuk 6 bevat de conclusies en aanbevelingen.

2 De werking van de basisset in maat en getal

2.1 Inleiding

In dit onderzoek worden ervaringen met de basisset in de afgelopen 15 jaar onderzocht om van daaruit concrete aanbevelingen te doen voor toekomstig toezicht.

Als eerste stap hebben we onderzocht in hoeverre de metingen binnen de basisset aan de behoeften van de IGJ ten behoeve van toezicht op en kwaliteitsbevordering van ziekenhuiscare hebben voldaan, dus hoe goed de basisset heeft gewerkt.

Voor de IGJ is het ten eerste van belang dat indicatoren kunnen **discrimineren** tussen goede en minder goede kwaliteit van zorg in ziekenhuizen, dus er moet voldoende verschil zijn tussen de metingen van individuele ziekenhuizen. Ten tweede is het van belang dat indicatoren in de tijd **verandering kunnen laten zien** en hoe snel de verandering optreedt. Het is belangrijk dat er ruimte is voor verbetering, dus is het onwenselijk dat een indicator vanaf de eerste meting voor alle ziekenhuizen perfecte resultaten laat zien. Anderzijds is het ook niet wenselijk dat de indicator er meer dan 3 jaar over doet om enige verbetering te laten zien.

In dit hoofdstuk beschrijven we het discriminerend vermogen en de veranderingen over de tijd van de indicatoren die in 2014 deel uitmaakten van de basisset. Daarbij konden we maximaal 8 jaar terug en 2 jaar vooruitkijken. Vervolgens beschrijven we de kenmerken van de indicatoren in de basisset en in hoeverre deze met het discriminerend vermogen en de verandering over de tijd samenhangen. We laten zien dat veel indicatoren in de basisset van goede kwaliteit zijn voor de IGJ, doordat zij positieve verandering over de tijd laten zien en signalering van achterblijvende ziekenhuizen mogelijk maken. We laten ook zien dat slechts één van de gemeten kenmerken samenhangt met één uitkomstmaat voor de kwaliteit van de indicatoren.

2.2 Methode

We hebben een beschrijvend longitudinaal onderzoek uitgevoerd op basis van de jaarlijkse metingen van indicatoren die in 2014 deel uitmaakten van de basisset.

Studiepopulatie

In 2014 maakten 60 indicatoren deel uit van de basisset. Alle metingen tot en met 2016 van deze 60 indicatoren zijn meegenomen in het onderzoek. Het aantal metingen per indicator verschilt afhankelijk van het jaar waarin een indicator in de set werd opgenomen en uit de set werd verwijderd.

Uitkomstmaten

Om meer inzicht te krijgen in het verloop van resultaten van indicatoren over de jaren zijn de uitkomsten van 2007 tot en met 2015 beschrijvend geanalyseerd. Tweederde van de indicatoren heeft één uitkomstmaat gebaseerd op de onderliggende variabelen. Voor het éénderde deel van de indicatoren met meerdere uitkomstmaten, is één van de uitkomstmaten geselecteerd voor dit

onderzoek. Daarbij werd gekozen voor de uitkomst die het dichtst bij het doel van de indicator lag, de grootste groep ziekenhuizen betrof of het dichtst bij de patiëntuitkomst lag (bijlage A).

Om de kwaliteit van een indicator voor toezicht te meten zijn het discriminerend vermogen en de verandersonnelheid op een aantal manieren gemeten.

De *ruimte voor verbetering bij start* van een indicator werd bepaald als het percentage ziekenhuizen dat de norm haalde in het eerste jaar dat de indicator gepubliceerd werd. In het geval van een dichotome indicator, zoals bijvoorbeeld wel of geen deelname aan de DICA-registratie, is de norm gehaald als het antwoord positief is. In het geval van een volume-indicator is het bij de indicator vastgestelde minimumaantal als grenswaarde gebruikt. In het geval van een continue indicator, zoals het percentage patiënten waarbij pijn gemeten is, is de norm gelegd op gemiddelde score van 95%. Indicatoren die een negatieve uitkomst betreffen, bijvoorbeeld het optreden van complicaties, zijn geïnverteerd, zodat voor alle indicatoren een hoger percentage een positiever resultaat betekende. Het *behaalde resultaat* van een indicator werd bepaald als het percentage ziekenhuizen dat de norm haalde in het laatste jaar dat de indicator deel uitmaakte van de basisset.

De *verandering* in het percentage ziekenhuizen dat de norm haalde werd bepaald *per jaar*.

Het *discriminerend vermogen* werd berekend als het verschil tussen de hoogst en laagst scorende ziekenhuizen op de waarde van een indicator. Dit verschil werd berekend als het verschil tussen P10 (de waarde waar 10% van de ziekenhuizen onder zitten) en de P90 (de waarde waar 10% van de ziekenhuizen boven zitten). Hoe kleiner het verschil tussen p10 en p90 wordt, hoe groter het onderscheidend vermogen om een afwijkend ziekenhuis, dat buiten de bandbreedte valt, te identificeren. Als alle ziekenhuizen de hoogste score halen, is er geen verschil meer tussen p10 en p90. De *verandering* in het verschil tussen p10 en p90 werd bepaald *per jaar*, dus of de bandbreedte toe- of afnam over de tijd.

Determinanten

In samenspraak met deskundigen binnen IGJ en op basis van literatuur werden kenmerken van indicatoren die mogelijk een relatie hebben met de kwaliteit van een indicator voor toezicht bepaald. Voor elke indicator werden de kenmerken door twee onderzoekers onafhankelijk beoordeeld, op basis van schriftelijke documentatie, indien nodig aangevuld met toelichting van de IGJ. Indien de onderzoekers in hun oordeel verschilden werd dit door beide onderzoekers besproken en kwamen zij tot consensus.

Het aantal *variabelen* waaruit een indicatoren bestaat, zoals tellers en de noemers of contextinformatie, verschilt tussen de indicatoren en werd als continue maat bepaald.

De *levensduur* van de indicator werd bepaald als het aantal jaren dat de indicator deel uitmaakte van de set.

Het *type indicator* werd geclassificeerd als structuur (organisatorisch, bijvoorbeeld deelname aan registratie), proces (handelingen, bijvoorbeeld beoordeling kwetsbaarheid) of uitkomst (patiëntuitkomst, bijvoorbeeld percentage patiënten met een pijnscore >7). Het *verantwoordelijk specialisme* voor de indicator werd gebaseerd op de hoofdeigenaar van de indicatorontwikkeling en werd geclassificeerd als snijdend (minimale en open chirurgie, intensive care), beschouwend (inclusief cardiologie en oncologie), verpleegkundig (bijvoorbeeld voeding en wondverzorging), ondersteunend (radiotherapie en peroperatieve antibiotica en pijnmetingen) of management (ziekenhuisbrede kwaliteit zoals ziekenhuissterfte, heropnames en jaargesprekken).

De *multidisciplinariteit* van de indicator werd gebaseerd op het aantal disciplines betrokken bij de ontwikkeling van de indicator en werd geclassificeerd als monodisciplinair, bidisciplinair of multidisciplinair.

De *familie* waartoe de indicator behoort, werd in overleg met ervaringsdeskundigen van de IGJ geclassificeerd als:

- Registratie: het vastleggen van bepaalde gegevens in een landelijke of lokale digitale registratie.
- Screening: het preventief screenen, bijvoorbeeld op pijn of ondervoeding, maar ook de timeout procedure om vroegtijdig risico's te herkennen en problemen te voorkomen.
- Doorlooptijd: het tijdsinterval tot een bepaalde handeling, bijvoorbeeld of binnen 24 uur na binnenkomst van een patiënt een bepaalde behandeling is verricht.
- Complicatie: het optreden van een bepaalde complicatie, bijvoorbeeld achtergebleven maligne weefsel na een borstamputatie.
- Coördinatie: het uitvoeren van een coördinerende actie, bijvoorbeeld het uitvoeren van een multidisciplinair overleg voor patiënten met mammacarcinoom.
- Kwaliteitsbeleid: ziekenhuis breed kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld het voeren van jaargesprekken.

De *wetenschappelijke basis* voor de indicator werd geclassificeerd als gebaseerd op landelijke richtlijn, landelijke richtlijn volgde na start indicator, geen landelijke richtlijn maar wel wetenschappelijk bewijs, en geen wetenschappelijk bewijs of richtlijn.

De *meetbaarheid* van het te behalen doel van de indicator is geclassificeerd als SMART gedefinieerd, globaal gedefinieerd onderbouwd met beslisdocument of open gedefinieerd.

Het aantal *signalen* dat de IGJ heeft vastgesteld als basis voor nader onderzoek door de IGJ is bepaald als continue maat (IGZ, 2014). Signalen kunnen zowel positief als negatief ingesteld zijn en het aantal signalen verschilt sterk tussen indicatoren.

Statistische analyse

De kenmerken van indicatoren zijn samengevat met beschrijvende analyses. Vervolgens is univariate logistische regressieanalyse gebruikt om te exploreren welke kenmerken samenhang vertonen met de verschillende maten voor discriminerend vermogen en verandering over de tijd. De analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 22.

2.3 De kenmerken van de indicatoren behorend bij de basisset 2014

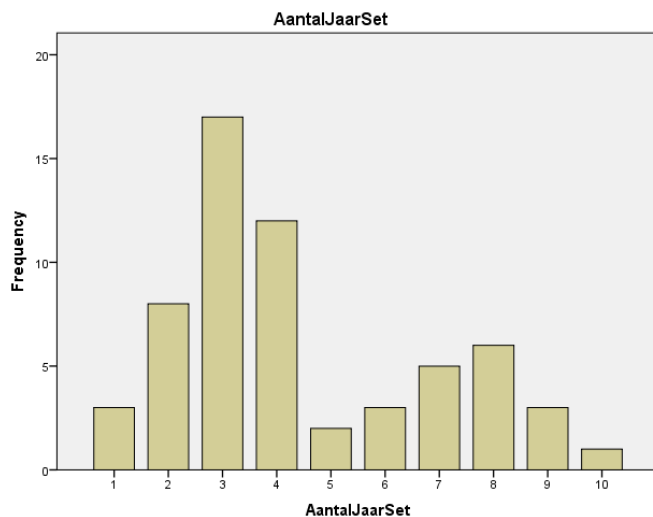
De basisset 2014 bevat 60 indicatoren. Het aantal en type variabelen, zoals noemers, tellers of contextinformatie waaruit een indicatoren bestaat is weergegeven in tabel 1. De indicator surveillance ziekenhuisinfecties heeft de meeste variabelen, namelijk 28.

Het aantal signalen voor aanvullend onderzoek dat de IGJ heeft ingesteld per indicator varieert van 0 tot 24 met mediaan 5.

Tabel 1. Aantal en type variabelen per indicator in de basiset 2014

Kenmerken	Range	Mediaan (25 - 75 percentiel)
Aantal variabelen per indicator	1 - 28	4 (3 – 5)
Aantal structuurvariabelen per indicator	0 - 12	2 (1 – 3)
Aantal uitkomst variabelen per indicator	0 - 3	0 (0 – 0)
Aantal procesvariabelen per indicator	0 - 19	2 (1 – 2)

De levensduur van 66% van de indicatoren in de set van 2014 is 1 tot 4 jaar en van 34% langer dan 4 jaar (figuur 1). De indicator voor pijnmeting heeft de langste levensduur en zit al meer dan 10 jaar in de set. De drie kortst levende indicatoren zijn ziekenhuisbrede managementindicatoren, zoals uitvoeren dossieronderzoek zorggerelateerde schade.



Figuur 1. Aantal jaren dat de 60 indicatoren die in de basiset van 2014 opgenomen waren in de set hebben gezeten in de periode 2007-2016.

Jaarlijks mag maximaal 25% van de basiset vervangen worden. In tabel 2 is te zien wanneer de indicatoren die deel uitmaken van de basiset 2014 in de set zijn opgenomen en wanneer ze uit de set zijn verwijderd. Vijftig procent van de indicatoren zit sinds 2013 of 2014 in de set, en 50% heeft de set tussen 2014 en 2016 verlaten.

Tabel 2. Opname en verwijdering van indicatoren die deel uitmaken van de basisset 2014 (n=60), gegevens beschikbaar tussen 2007 en 2016.

Kenmerken	Aantal N indicatoren (%)
Eerste jaar in de basisset opgenomen:	
2007 of 2008	8 (13%)
2009 of 2010	10 (17%)
2011 of 2012	12 (20%)
2013 of 2014	30 (50%)
Laatste jaar in de basisset:	
2014	7 (12%)
2015	14 (23%)
2016	9 (15%)
Opgenomen in huidige MSZ set van 2017:	
Ja	30 (50%)
Nee	30 (50%)

De basisset 2014 bestond voor 48% uit procesindicatoren (tabel 3). Het merendeel van de indicatoren is ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van snijdende specialismen (42%) en een klein deel door verpleegkundige afdelingen (7%). Het merendeel van de indicatoren was bidisciplinair (40%) of multidisciplinair (37%). Het doel was SMART gedefinieerd voor 17% van de indicatoren. Bij start was 52% van de indicatoren op een landelijke richtlijn gebaseerd, bijvoorbeeld de indicator voor risico op delirium, en 37% op ander wetenschappelijk bewijs, bijvoorbeeld de indicator voor ondervoeding bij klinisch opgenomen kinderen.

Tabel 3. Kenmerken van indicatoren in de basisset 2014 (n=60)

Kenmerken	Aantal indicatoren (%)
Type indicator	
Structuur	21 (35%)
Proces	29 (48%)
Uitkomst	10 (17%)
Indicator familie	
Registratie	17 (28%)
Screening	14 (23%)
Doorlooptijd	4 (7%)
Complicatie	8 (13%)
Coördinatie	7 (12%)
Kwaliteitsbeleid	10 (17%)
Verantwoordelijk specialisme	
Snijdend	25 (42%)
Ondersteunend	6 (10%)
Verpleegkundig	4 (7%)
Beschouwend	16 (27%)
Management	7 (12%)
Multidisciplinariteit	
Monodisciplinair	14 (23%)
Bidisciplinair	24 (40%)
Multidisciplinair	22 (37%)
Meetbaar doel	
Open gedefinieerd	29 (48%)
Globaal gedefinieerd	21 (35%)
SMART gedefinieerd	10 (17%)
Wetenschappelijke basis	
Landelijke richtlijn	31 (52%)
Richtlijn na start indicator	3 (5%)
Wetenschappelijke basis	22 (37%)
Geen wetenschappelijke basis (bijv. expert opinie)	4 (7%)

2.4 Verandering van waarden en discriminerend vermogen van indicatoren

Van de 60 indicatoren in de basisset 2014 hadden 17 (28%) een dichotome uitkomstwaarde en 43 (72%) een continue uitkomstwaarde. Bij de *start* van een indicator in de basisset haalde gemiddeld 81% van de ziekenhuizen de norm (mediaan 89%, 25^{ste} percentiel 69% en 75^{ste} percentiel 96%).

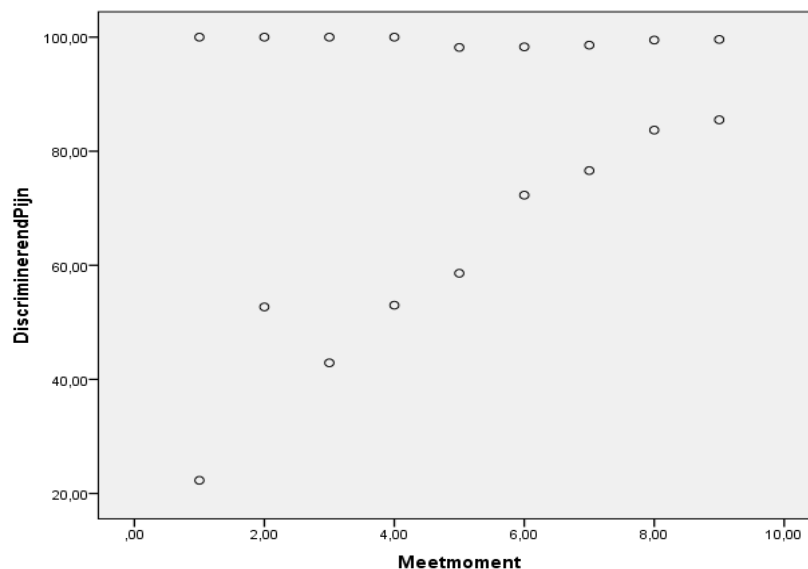
Tot en met 2016 hebben 30 (50%) van de 60 indicatoren uit de basisset 2014 hun doel bereikt, dat wil zeggen dat 95% van de ziekenhuizen de norm heeft gehaald. Dit gebeurde bij 17 (28%) indicatoren al na 1 jaar na start, bij 5 (8%) indicatoren na 2 jaar en bij 8 (13%) indicatoren na 3 of meer jaar.

In 2016 was de *laatst gemeten waarde* voor 50 van de 60 indicatoren in de basisset 2014 hoger dan de startwaarde. Van de 10 indicatoren waarvan de laatste gemeten waarde lager was dan de startwaarde maken 5 nog deel uit van de basisset 2017 en kunnen dus nog in waarde veranderen. De vijf indicatoren die uit de set zijn gehaald met een lagere score dan de startwaarde zijn het percentage postoperatieve controles, MDO longcarcinoom, deelname landelijk risico-gewogen-mortaliteitsregistratie, gebruik score CAP en screening op ondervoeding geriatrische patiënt.

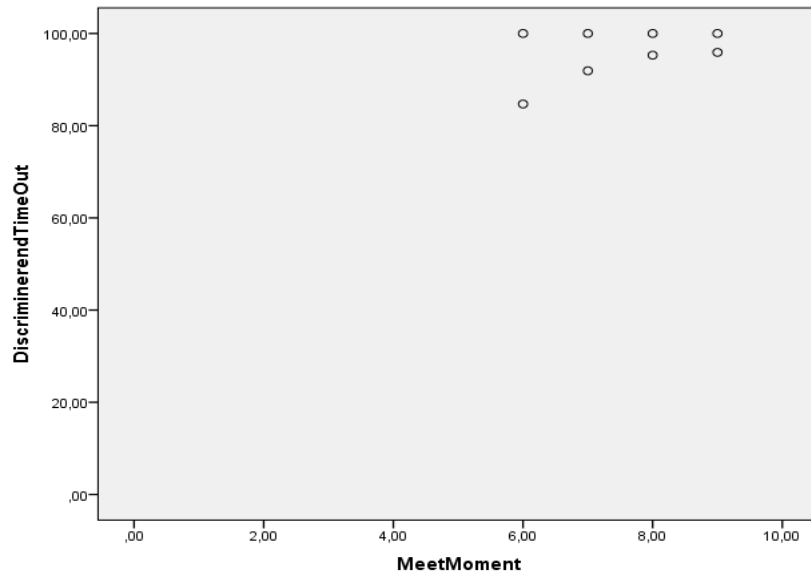
Verandering over de tijd werd geanalyseerd voor de in totaal 48 indicatoren uit de basisset 2014 die tot en met 2016 drie of meer meetmomenten bevatten. Van deze groep hebben 20 indicatoren 42% elk jaar een positieve stijging gehad en hebben 28 indicatoren (58%) een wisselend beloop gehad. De gemiddelde verandering over de jaren dat een indicator in de set zat was voor 7 (15%) van de 48 indicatoren negatief. Voor 41 (85%) was de verandering positief. De grootste verandering vond voor 58% van de indicatoren in het eerste jaar en voor 23% in het tweede jaar plaats.

De *bandbreedte* tussen de ziekenhuizen voor een indicator werd gemeten als het verschil tussen het 10^{de} en 90^{ste} percentiel. De verandering in de bandbreedte tussen de ziekenhuizen in de tijd kon bepaald worden voor 35 indicatoren met een continue uitkomstmaat en meer dan 3 metingen. Voor 29 (83%) indicatoren nam de bandbreedte over de jaren af en het discriminerend vermogen dus toe. Immers, als de bandbreedte smal is de precisie om afwijkingen buiten de bandbreedte op te sporen groter.

Figuur 3 geeft de verandering in de bandbreedte voor de pijnindicator weer over de periode 2007-2016. Figuur 4 geeft de verandering in de bandbreedte voor de time-out indicator weer over de periode 2012-2015. Beide indicatoren worden verder bestudeerd in hoofdstuk 4.



Figuur 3. De bandbreedte tussen ziekenhuizen voor de pijnindicator, weergegeven als het 10^{de} en 90^{ste} percentiel, tussen 2007 en 2016.



Figuur 4. De bandbreedte tussen ziekenhuizen voor de time-out indicator, weergegeven als het 10^{de} en 90^{ste} percentiel, tussen 20012 en 2015.

2.5 Determinanten van verandering en discriminerend vermogen

Met univariate logistische regressieanalyse is geanalyseerd of er een verband is tussen de kenmerken van indicatoren (tabel 3) en de verandering en het discriminerend vermogen van de indicatoren. Als uitkomstmaten werden gebruikt:

- Grootste verandering in het 1^{ste} jaar na start (ja/nee).
- Laatste beschikbare meting positief ten opzichte van startwaarde (ja/nee).
- Het laatste meetmoment voor een indicator uit de set wordt genomen heeft deze een score van 95% of hoger behaald (ja/nee).

Slechts voor één van de kenmerken voor één uitkomstmaat was er een statistisch significant verband. Ten opzichte van monodisciplinaire indicatoren hadden multidisciplinaire indicatoren minder vaak de grootste stijging in het eerste jaar (OR 0,16; 95%BI 0,03-0,95). Verder werden geen statistisch significante verbanden gevonden. De resultaten van deze analyses zijn na te lezen in bijlage B.

2.6 Conclusie

De resultaten in dit hoofdstuk laten zien dat de meeste indicatoren (85%) in de basisset een positief beloop in de tijd laten zien, waarbij de grootste verandering meestal in het eerste jaar (58%) of het tweede jaar (23%) plaats vindt. Van de indicatoren die deel uitmaakten van de basisset 2014 hebben anno 2016 50% hun doel behaald, dat wil zeggen dat 95% van de ziekenhuizen de norm heeft gehaald. Voor 28% procent was dit al na 1 jaar het geval. Dat betekent dat de indicator al na 1 jaar is uitgewerkt voor het verbeteren van kwaliteit.

We vonden slechts één determinant voor de kwaliteit van prestatie-indicatoren. Ten opzichte van monodisciplinaire indicatoren hadden multidisciplinaire indicatoren minder vaak de grootste stijging in het eerste jaar (OR 0,16; 95%BI 0,03-0,95).

Hoewel de power van de analyses beperkt was, gaven de resultaten geen aanwijzingen voor mogelijke andere determinanten. Het is aannemelijk dat de kenmerken die gemeten zijn geen sterke relatie hebben met de kwaliteit van de indicatoren in de basisset. In de volgende hoofdstukken wordt de kwalitatieve analyse van de werking van de basisset diepgaander beschreven, waarin andere aspecten die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van de indicatoren naar voren komen.

3 De Basisset als een Governance Network: Een Theoretisch Perspectief

De aansturing of 'governance' van de basisset laat zich het best beschrijven als een beleidsnetwerk of 'network governance'. In algemene termen betreft governance de verschuiving van 'government' (de overheid als sturende actor) naar een netwerk van publieke en private actoren die wederzijds van elkaar afhankelijk zijn om hun (soms uiteenlopende) doelen te bewerkstelligen (Peters en Pierre 2000, Rhodes 2007). In de literatuur over network governance worden netwerken beschreven als samenwerkingsstructuren waarin 1) partijen van elkaar afhankelijk zijn om hun doelen te bereiken (interdependenties, ofwel onderlinge afhankelijkheden); 2) deze partijen vaak (deels) uiteenlopende belangen hebben; 3) interacties volgens zowel geschreven (formele) als ongeschreven (informele) regels plaatsvinden; 4) verschillende instrumenten en structuren voor interactie aanwezig zijn; en 5) macht, bronnen en kennis ongelijk verdeeld zijn. De wijze waarop interacties in een netwerk verlopen, en de uitkomsten hiervan, zijn vaak onvoorspelbaar en verlopen 'rommelig' omdat geen enkele partij de mogelijkheid heeft om haar wil op te leggen aan de anderen (Kickert, Klijn, en Koppenjan 1997, Klijn en Koppenjan 2016).

De literatuur over netwerk governance is breed. Wij sluiten aan bij wat Provan en Kenis (2008) hebben beschreven als 'goal-oriented networks'; netwerken die gericht zijn op het bereiken van uitkomsten waarbij meerdere actoren betrokken zijn die zowel hun eigen doelstellingen willen realiseren als een gezamenlijk doel willen behalen (Provan en Kenis 2008, Provan en Milward 2002). Hieraan ligt de overtuiging ten grondslag dat de noodzakelijke bronnen (kennis, macht, geld) verspreid zijn over verschillende publieke en private actoren. Synergie zou tot winst moeten leiden, waarbij 'winst' kan worden gedefinieerd in termen van innovatie of het oplossen van dan wel 'verzachten' van complexe sociale problematiek – denk aan obesitas, klimaatsverandering of het verbeteren van patiëntveiligheid. De intentie is om bepaalde netwerkprocessen in gang te zetten waarin betrokken actoren hun bronnen en competenties kunnen inzetten om gezamenlijk tot verbeteringen te komen (Damgaard en Torfing 2011). Een dergelijke benadering legt de nadruk op coördinerende activiteiten van actoren en de uitkomsten hiervan. Het gaat ook over leren: door onderlinge interacties bouwen de actoren kennis op van elkaar en van de manieren waarop de individuele en collectieve doelstellingen kunnen worden behaald (Qvist 2017).

De netwerk governance literatuur is niet eenduidig over de rol van de overheid. Een centraal uitgangspunt is dat de overheid een stap terug doet en één van de actoren wordt in een netwerk van meerdere actoren, iets wat een zekere mate van gelijkheid veronderstelt. Andere auteurs dichtten de overheid een speciale rol toe, zowel symbolisch als in termen van invloed: overeenkomsten binnen een netwerk komen vaak tot stand 'under the shadow of hierarchy' (Rhodes 2007) omdat de overheid een mogelijkheid tot ingrijpen behoudt, iets wat druk geeft om tot afspraken te komen. Anderen benadrukken dat de overheid een zekere mate van (eind)verantwoordelijkheid behoudt, en daarom een bijzondere positie in een netwerk heeft (Metcalf en Lapenta 2014).

Network governance kent zowel voor- als nadelen. Voor een overheid heeft het als voordeel dat patstellingen doorbroken kunnen worden omdat stakeholders een belang hebben in de samenwerking, de inzet van middelen (geld, kennis) beperkt kan worden, en legitimiteit en acceptatie

ontstaan in de doelgroep(en) van het beleid. Voor maatschappelijke actoren heeft het als voordeel dat zij invloed kunnen uitoefenen op het overheidsbeleid, door de samenwerking eigen doelstellingen kunnen nastreven en publieke middelen kunnen inzetten om deze doelen te behalen. Doordat samenwerking in een netwerk vaak voor langere tijd wordt aangegaan – de zogeheten ‘policy community’ – ontstaat bovendien een gedeeld belang en het vertrouwen om dit gedeelde belang samen te behalen. Stakeholders worden ontmoedigd enkel voor het eigen belang te gaan omdat daarmee uitstoting dreigt, of het einde van het netwerk.

Het samenwerken in netwerken kent ook nadelen. Besluitvorming kan traag verlopen doordat stakeholders tot een compromis moeten komen. Het proces van afstemming kan voorop komen te staan in plaats van de inhoud. Een compromis kan verder niet altijd een afdoende oplossing zijn voor een probleem. Tenslotte kan het langdurig samenwerken ertoe leiden dat andere of creatieve(re) oplossingen niet meer worden gezien.

Het perspectief van netwerk governance is waardevol voor een bestuurlijke analyse van de basisset. De basisset is een samenwerkingsverband van de IGJ en de veldpartijen waarbij wederzijdse afhankelijkheden bestaan. De IGJ is afhankelijk van de welwillendheid en inzet van de veldpartijen (de koepels, wetenschappelijke verenigingen, verpleegkundige afdelingen, maar ook de ziekenhuizen en daar werkzame professionals) om tot gedragen indicatoren te komen. De veldpartijen, en dan met name de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen, hebben op hun beurt de IGJ nodig om hun kwaliteitsbeleid (de indicatoren en de daarachterliggende richtlijnen en registraties) kracht bij te zetten – iets wat we in dit onderzoek empirisch zullen laten zien. Ook het samenwerkingsverband van de IGJ met de veldpartijen in de bestuurlijke infrastructuur laat zich beschrijven als een governance netwerk, waarbij de actoren elkaar blijven ontmoeten en samen een beleidsgemeenschap vormen waarin werkwijzen en verwachtingen over en weer vorm krijgen. Dit maakt het lastig en vooral onwenselijk om afwijkend of beschadigend op te treden; er wordt een zekere mate van vertrouwen opgebouwd die ondersteunend is aan de samenwerking. De IGJ neemt in het geheel een bijzondere positie in omdat zij niet alleen een actor is in het netwerk maar ook een formele gezagsfunctie heeft: de IGJ is de toezichthouder en kan in die rol haar gezag uitoefenen, bijvoorbeeld door een indicator ‘erdoor te drukken’. Tegelijkertijd, lerend van het netwerk governance perspectief, zal de IGJ hier voorzichtig mee moeten zijn omdat het de opgebouwde governance structuren kan beschadigen door zich te veel als gezaghebber te positioneren.

Hoe werkt het governance netwerk uit in de basisset? Welke rol nemen de verschillende actoren in en met welke consequenties? Dit gaan we onderzoeken in de volgende paragrafen waarin achtereenvolgens de IGJ, de wetenschappelijke verenigingen en V&VN aan bod komen.

4 De basisset vanuit drie verschillende perspectieven

In dit hoofdstuk worden de centrale actoren uit het governance netwerk van de basisset besproken. De focus ligt daarbij op de IGJ, de wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen. De Federatie en verenigingen van ziekenhuizen worden niet apart besproken maar zijn waar relevant meegenomen in de beschrijvingen. De afzonderlijke paragrafen zijn gebaseerd op afzonderlijke deelonderzoeken naar de IGJ, wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen, al is in de analyse soms gebruik gemaakt van kruisbestuivingen en/of zijn extra interviews uitgevoerd om bevindingen te verdiepen. De onderzoeksmethoden zijn voor ieder deelonderzoek in de afzonderlijke paragrafen beschreven.

4.1 Het perspectief van de IGJ

De basisset is het resultaat van een gezamenlijk ontwikkel- en besluitvormingsproces van de IGJ, de NVZ, NFU, de Federatie en de wetenschappelijke verenigingen van de Federatie, de V&VN en verpleegkundige afdelingen van de V&VN. In deze eerste paragraaf staat de rol van de inspectie centraal: *Hoe vormt de inspectie zich een beeld van bestaande en nieuwe risico's in de ziekenhuiszorg en hoe vertaalt zij deze naar de selectie van de basisset?*

De basisset is, zoals eerder gesteld, een voorbeeld van network governance. Kenmerkend voor een netwerkrelatie is dat wederzijdse afhankelijkheden bestaan en uitkomsten vooral tot standkomen door middel van overleg, afstemming en onderhandeling. Om inzicht te krijgen in deze interacties is een etnografische studie uitgevoerd. Bijeenkomsten van de inspectie met de koepelorganisaties en de wetenschappelijke verenigingen zijn geobserveerd (N=7). Daarnaast zijn diepte-interviews gehouden met sleutelfiguren bij de inspectie (N=10) en wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen (N=3) en is een documentstudie uitgevoerd. De interviews bij de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen zijn uitgevoerd naar aanleiding van bevindingen in dit deelonderzoek naar de IGJ; elders in dit rapport komen zij meer uitgebreid aan bod.

Deze paragraaf is in vier delen opgebouwd. Hieronder beschrijven we allereerst de bestuurlijke infrastructuur van de basisset. We laten zien dat de totstandkoming van de basisset zowel 'front stage' (in de reguliere vergaderingen en bijeenkomsten) als 'backstage' gebeurt in de onderlinge relaties tussen vertegenwoordigers van koepels en beroepsgroepen, en de actoren daaromheen. Vervolgens gaan we in op de rol van de basisset in het toezicht. Daarbij geven we een overzicht van de ontwikkeling van de basisset en de rol die de inspectie hierbij speelt. Dit is van belang om te begrijpen hoe de inspectie risico's inschat en hoe zij hierop stuurt. We laten zien dat de basisset zich heeft ontwikkeld van een instrument om verantwoording af te leggen, naar een instrument om mee te leren en te experimenteren. Niet het afleggen van verantwoording over gevoerd kwaliteitsbeleid, maar 'kwaliteitsleren' staat voorop. We sluiten af met een aantal (deel)conclusies over de rol van de inspectie in de basisset.

De bestuurlijke infrastructuur van de basisset

Kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld en doorontwikkeld om op kwaliteit te sturen. ‘Sturen’ gaat hierbij zowel om kwaliteitsverbetering als toezicht daarop. Inspecteurs van de afdeling Medisch Specialistische Zorg (MSZ), die de basisset beheren, geven aan dat indicatoren helpen om ziekenhuizen met elkaar te vergelijken: indicatoren differentiëren. Indicatoren maken zichtbaar welk ziekenhuis ‘in control’ is, en welke ziekenhuizen achter blijven en moeite hebben om gevraagde kwaliteitsverbeteringen door te voeren, mogelijk door gebrek aan controle. De basisset wordt dus gebruikt als signaal voor een mogelijk tekort aan kwaliteitsmanagement en kwaliteitsborging. Net zo belangrijk wordt het leereffect van indicatoren gevonden; indicatoren geven richting aan een gewenste kwaliteitsverbetering doordat ze aangeven wat als goede zorg wordt beschouwd en daarmee ziekenhuizen (en de daar werkzame professionals) helpen om de leiding te nemen en te sturen op kwaliteitszorg.

De basisset is dan ook meer dan een toezichtsinstrument. De betrokken inspecteurs benadrukken het aspect van gezamenlijkheid. De basisset is iets van de koepels, wetenschappelijke verenigingen, (landelijke) verpleegkundige afdelingen en de inspectie samen. Dit impliceert een zekere mate van gelijkwaardigheid: *“Als je elkaar in de ziekenhuiscontext tegenkomt gebruiken we achternamen en ‘u’, bij de basisset zijn het voornamen en ‘je/jij’.* In de eerste situatie kun je iets toezeggen en vervolgens laten, daar is hiërarchie. In tweede situatie moet je beloften nakomen en je verantwoorden naar de persoon” (Inspecteur MSZ1, 4 april 2017).

De basisset is een gezamenlijk product van de Federatie Medisch Specialisten (toen nog: de Orde van Medisch Specialisten), V&VN, de IGJ, de NFU en de NVZ. De samenwerking is geïnstitutionaliseerd in een bestuurlijke infrastructuur waarin de koepels en de inspectie elkaar regelmatig ontmoeten: tien keer per jaar is er een bureauoverleg waarin lopende zaken worden besproken en één keer per jaar vindt een strategisch overleg plaats over de basisset. Deze overleggen blijven onveranderd bestaan. Daarnaast waren er tot voor kort de voor- en naarjaarsoverleggen waarin alle aangeleverde indicatoren werden besproken in individuele gesprekken met de wetenschappelijke verenigingen en betrokken verpleegkundige afdelingen van V&VN. Deze overleggen worden nu vervangen door bijeenkomsten waarin verschillende verenigingen en afdelingen gezamenlijk werken aan (multidisciplinaire) indicatoren. Daarnaast zullen ‘contact inspecteurs’ relaties gaan onderhouden met de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen. Dit laatste is een recent initiatief en is niet meegenomen in het onderzoek.

De indicatoren worden vastgesteld in het bestuurlijk overleg waaraan de bestuurders van de Federatie, NFU, NVZ, V&VN en de inspectie deelnemen. Naast de formele overlegmomenten is er veelvuldig informeel overleg tussen de medewerkers van de inspectie en de koepels en tussen de inspectie en wetenschappelijke verenigingen.² Deze momenten zorgen voor afstemming en helpen om sturing te geven aan de werking van de indicatoren en de basisset in meer algemene zin, zoals we hieronder in meer detail zullen laten zien. De basisset is een dynamisch product van kwaliteitssturing en -handhaving dat om voortdurende afstemming en ‘zorg’ vraagt.

² Dit is anno 2017 nog het geval maar gaat mogelijk veranderen als de nieuwe structuur wordt doorgevoerd waarin multidisciplinaire indicatoren worden ontwikkeld.

Risicoprofielen en indicator ontwikkeling

De indicatoren uit de basisset worden vastgesteld op basis van risico-analyses van de wetenschappelijke verenigingen, verpleegkundige afdelingen en de inspectie. Een risico-analyse geldt voor een periode van vier jaar. In 2012 werden de risico's voor het eerst uitgevraagd aan de hand van risicoprofielen, wat toen nog werd uitgevraagd 'op een A4-tje'. In 2016 heeft de inspectie een format ontwikkeld ('de risicoprofielen') om risico's op een meer gestructureerde manier bij de verenigingen en verpleegkundige afdelingen uit te vragen. Op dit moment is de inspectie samen met de koepelverenigingen bezig om de risico-analyse verder vorm te geven en daarbij ook de risico-analyses van bestuurders te betrekken. Deze ontwikkeling ligt in lijn met het bredere inzicht dat de zorg een product 'van vele handen is' en dat juist in de afstemming en coördinatie van zorg risico's schuil gaan. In de afgelopen periode lag de nadruk op het operationele proces ('de OK') en medicatieveiligheid. Voor komende jaren (2016-2020) zijn de belangrijkste onderwerpen diagnostiek, medicatieveiligheid, en coördinatie van zorg bij kwetsbare groepen. De inspectie gaat met wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen in gesprek om op deze gebieden indicatoren te ontwikkelen.

Het 'werk' van het ontwikkelen van de indicatoren ligt dus bij de wetenschappelijke verenigingen en de verpleegkundige afdelingen van V&VN. Uit interviews met de IGJ blijkt echter dat het met regelmaat de IGJ is die een suggestie doet voor het ontwikkelen van een indicator. De IGJ legt het niet op; een indicator is het begin van een samenwerking om kwaliteit van zorg voor een bepaald zorgaspect te verbeteren. De IGJ probeert een verbeterproces op gang te brengen, en hiervoor is het noodzakelijk dat de urgentie ook in het veld wordt gevoeld. Het kan daarom soms enige jaren duren voordat een indicator er ook daadwerkelijk komt. Het ontwikkelen van indicatoren vraagt om ervaring, kennis en kunde. Het is iets waar beroepsbeoefenaren, in hun rol als kwaliteitsfunctionaris in als vertegenwoordiger voor een wetenschappelijke vereniging of afdeling van V&VN, in moet worden opgeleid:

"Dan komen ze met een indicator en dan denk je 'tjasa dit is te slap of dit gaat zich helemaal niet onderscheiden...', dus dan komt die toch wel van ja maar als we dit gaan vragen dan zie ik het al aankomen... je moet specifiekere zijn of je moet zus en zo. Daar kan dan wel twee jaar langer overheen gaan bij de ene vereniging ten opzicht van de andere." (Inspecteur MSZ 3, 16 mei 2017)

In het onderzoek zagen we dan ook een verschil tussen verenigingen die al langer betrokken zijn, en beroepsverenigingen die later bij de basisset betrokken zijn geraakt. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesisten, de NVA, is bijvoorbeeld vanaf het eerste uur betrokken met de pijnindicator. De NVA gebruikt de overlegmomenten met de inspectie om kwaliteitsbeleid proactief vorm te geven op een laagdrempelige manier:

"Het voorjaar- en najaarsoverleg is een moment waarop je samen bedenkt 'Hé, wat voor problemen liggen er, in het veld, waar wij ons zorgen over maken en waar de inspectie iets over kan zeggen zonder dat je meteen een melding hoeft te doen ofzo, dat je kunt zeggen: we zien iets en hoe kun je daar nu mee omgaan? Is dat iets voor jullie om mee te nemen als je een [inspectie]bezoek aflegt komende periode? Of: is dat misschien iets om een indicator voor te maken? Of de Inspectie zegt: We krijgen veel meldingen van centrale lijnen met complicaties

en die zijn dan vaak niet met een echo geprikt, hoe kijken jullie daar tegenaan? Is dat iets wat 'standaard of care' zou moeten zijn?" (NVA, 5 oktober 2017)

Opvallend is dat een aantal beroepsverenigingen en afdelingen dat later bij de basisset aangesloten is, juist meer afstand ervaart; zij zitten nog niet in de 'inner circle' van de betrokkenen bij de ontwikkeling van de basisset. Uit interviews met wetenschappelijke verenigingen en de V&VN blijkt dat hun focus meer ligt op de formele route. Dit leidt soms tot verwarring en ook teleurstelling. Deze beroepsgroepen ervaren de ontwikkeling van indicatoren voor de basisset als iets dat vooral van de inspectie is, of tonen zich teleurgesteld als de inspectie zich terughoudend opstelt:

"De IGI signaleert zaken en vraagt dan 'willen jullie daar niet een indicator op maken want dat past of hoort bij jullie'. Het is tot nog toe nog niet zo dat wij zelf een indicator hebben aangedragen. Zo is de EVS [Elektronisch Voorschrift Systeem] indicator ook op verzoek van IGI ontwikkeld door de NVZA, maar ook wel met het idee dat dat inderdaad heel belangrijk is om te laten zien dat iedereen daar een rol in speelt en niet alleen de apothekers." (interview NVZA, 8 juni 2017)

In het geval van het EVS-systeem³ bij de apothekers zagen de apothekers een voordeel van het hebben van een indicator in de basisset naast hun eigen bestaande set van indicatoren die alleen voor de eigen beroepsgroep geldt. Een indicator in de basisset helpt bijvoorbeeld om op ziekenhuisniveau invloed uit te oefenen op het voorschrijfgedrag. Hier zit de 'winst' voor een wetenschappelijke vereniging. Wat de NVZA er niet door kreeg was de vraag naar de implementatie van externe registratie voor medicatiefouten. Deze vraag is reeds onderdeel van de set voor de eigen beroepsgroep maar volgens de NVZA ook van belang voor de basisset. Dit werd tegengehouden door de ziekenhuizen die geen nieuwe externe registratie wensten. De inspectie ging met dit bezwaar mee. De NVZA toonde zich teleurgesteld dat dit aspect van de indicator in de eindfase niet meegenomen werd, nadat ze die hadden opgeleverd aan de koepels aangezien reeds overeenstemming was bereikt met andere wetenschappelijke verenigingen.

Iets soortgelijks speelde bij de pijnverpleegkundigen van V&VN die voor het eerst penvoerder waren van de pijnindicator (die elders in dit rapport als case studie staat beschreven). De pijnverpleegkundigen organiseerden, op aanwijzing van de inspectie, een invitationale conference en zetten een multidisciplinaire werkgroep op om op basis van recente onderzoeksuitkomsten naar pijn en lopende initiatieven om pijn bij patiënten te meten, een ziekenhuisbrede indicator te ontwikkelen. Zij moesten, net als de NVZA, op het laatste moment naar hun gevoel bakzeil halen omdat een aantal wetenschappelijke verenigingen, bij monde van de Federatie, de voorgestelde indicator te omvangrijk en belastend vond. V&VN besloot zelf de ziekenhuisbrede indicator nog even uit te stellen en zich voorlopig specifiek te richten op oncologische patiënten op de polikliniek, iets waarvoor wel brede steun was. De Inspectie gaf later aan dat zij mogelijk had kunnen helpen meer steun te vergaren voor een ziekenhuisbrede pijnindicator indien V&VN eerder aan de bel had getrokken. Het is dit meer informele proces van afstemmen en sturen wat nieuwe verenigingen en afdelingen nog moeten leren en dat voor hen in contrast staat met de formele kant van de basisset die gaat over het voldoen aan

³ Elektronisch Voorschrijfsysteem voor medicatie.

voorafgestelde normen. Voor de beroepsverenigingen is het een leerproces. Zoals een van de betrokkenen opmerkte: *“Nu beschikken we wel over de juiste telefoonnummers!”*

De inspectie erkende dat de afloop van deze door de NVZA en V&VN ontwikkelde indicatoren een ongelukkige was. Het deels laten vervallen van de indicatoren op het laatste moment in het traject had te maken met het feit dat er veel kritiek was op de tekst van de indicatoren en “in dit stadium mag er geen gedoe meer zijn, anders gaat de indicator eruit.” (inspecteur 1 MSZ, 9 juni 2017). De inspectie heeft hierbij een doorslaggevende rol en weegt de verschillende belangen af. Het criterium van handhaving is daarbij uiteindelijk het belangrijkste argument: hoe belangrijk is deze indicator voor het toezicht? Is deze indicator onderscheidend?

De voorbeelden van de NVZA en V&VN geven inzicht in de governance structuur van de basisset. Deze governance structuur is er een van overleg en onderhandeling, van geven en nemen. Inspecteurs van MSZ erkennen hun sturende rol bij de ontwikkeling van indicatoren, maar benadrukken dat het een gezamenlijk proces is; zonder de medewerking van de beroepsgroepen komen er geen indicatoren. Inspecteurs, en vooral Jan-Maarten van den Berg,⁴ steken veel tijd in het praten met de beroepsbeoefenaren, het ‘voeling’ krijgen voor wat speelt en het leggen van verbindingen tussen specialismen om zicht te krijgen op de risico’s en mogelijke aangrijpingspunten om met behulp van de indicatoren de zorg te verbeteren. Dit is het ‘werk achter de coulissen’ waar de basisset voor een deel op draait; het continu overleggen en verbinden van de werkvloer, de koepels en de inspectie waarbij de inspectie ‘experimenteert’ met haar formele en toezichhoudende rol en een meer faciliterende rol aanneemt om de basisset tot een werkzaam en daadwerkelijk gezagdebbend product te maken dat kwaliteit en kwaliteitsverbetering stuurt.

Tegelijkertijd laat de analyse zien dat de koepels en beroepsverenigingen een impliciete vetomacht hebben; het huidige systeem van overleg en afstemming met duidelijke deadlines maakt het mogelijk om strategisch te handelen door eerst af te wachten en op het laatste moment, als aanpassingen in de tekst niet meer mogelijk zijn, met grote bezwaren te komen waarna het aan de inspectie is om tot een besluit te komen. Voorbeelden hiervan zijn de eerdergenoemde registratie van de NVZA en de ‘diabetische voet’ (zie onderstaande paragraaf over V&VN). Het element van gezamenlijkheid waarop de basisset is geënt kan op zo’n moment niet de kracht maar juist een zwakte blijken omdat een indicator op dat moment kan sneuvelen in belang van de goede bestuurlijke verhoudingen. Het is dan uiteindelijk de IGJ die de doorslag moet geven of een indicator wel of niet wordt opgenomen in de basisset.

⁴ In onderzoeken houden we respondenten graag anoniem. In het geval van Jan-Maarten van den Berg (bij iedereen ‘Jan-Maarten’) is dit vrijwel onmogelijk; hij speelt een centrale rol in de basisset vanaf het prille begin en wordt door menigeen beschouwt als de personificatie van de basisset. Dit komt in de interviews keer op keer terug. Zijn grote verdienste willen we in dit document naar voren laten komen in plaats van verhullen, en tegelijkertijd willen we ook kritisch zijn op het sterke leunen op een enkel persoon bij een belangrijk instrument van de inspectie. Iets wat overigens breed wordt gedeeld, ook door de persoon in kwestie zelf.

De rol van de basisset in het toezicht: van leren naar experimenteren

De indicatoren uit de basisset dienen verschillende doelen voor de inspectie: een indicator maakt vergelijking tussen ziekenhuizen mogelijk en moet kunnen differentiëren (kwaliteitsverschillen moeten zichtbaar worden); een indicator moet sturen en een indicator is een verbindende factor in het bevorderen van kwaliteit. Beroepsgroepen, koepels en inspectie vinden elkaar op het gebied van verbeteringen in de zorg. Daarnaast moet een indicator een aantal eigenschappen hebben: het moet op korte termijn een beweging in gang zetten en het mag een ziekenhuisorganisatie niet onevenredig belasten. Dit laatste element maakt van de indicator een soort ‘balancing act’: een indicator moet werk genereren omdat het ‘iets’ in beweging moet zetten en dat vraagt per definitie inzet van de ziekenhuizen. Tegelijkertijd mag het geen grote registratielast met zich meebrengen omdat de indicator geen weerstand mag oproepen en dienend moet zijn aan het kwaliteitsbeleid. Dit komt treffend tot uiting in de ‘260 regel’ van de inspectie die is vastgelegd in een akkoord met de koepelorganisaties. De basisset bevat gemiddeld 260 variabelen, waarbij jaarlijks ongeveer 25% van de variabelen gewijzigd mag worden.

De beschrijving van de basisset laat zien dat de basisset meer een instrument is om te sturen en te leren dan om af te rekenen. De focus op kwaliteitsverbetering stamt uit het allereerste begin van de basisset in 2003. Marc Berg et al. (2005) beschrijven dit proces in een artikel getiteld ‘feasibility first’. In het artikel staat beschreven dat de inspectie tot een werkbare en gedragen set van indicatoren wilde komen om die in de praktijk te gebruiken om kwaliteit zichtbaar en meetbaar te maken zonder ziekenhuizen hierop onmiddellijk af te rekenen. Leren en de bereidheid om te verbeteren stonden vanaf het begin voorop. De onwil om ziekenhuizen af te rekenen komt treffend tot uiting in de weerstand van de inspectie (en de ziekenhuizen) toen het Algemeen Dagblad de uitkomsten van de indicatoren ging gebruiken om ziekenhuizen te ranken in de inmiddels bekende ‘Top 100 lijst’. Diezelfde lijst is nu, ruim 10 jaar later, een soort verlengde geworden van de basisset, iets waar we hieronder op terugkomen als we het gaat hebben over de experimenterende functie van de basisset.

Een experimenterende basisset

In de beginjaren stond de kwaliteit van de indicatoren en het meten voorop. Hoewel de ‘feasibility first’ aanpak erkende dat het komen tot een valide en representatieve set van indicatoren een onmogelijke opgave was, en zelfs een ongewenste omdat het zou kunnen leiden tot ‘gamen’ (ziekenhuizen die aan specifieke kwaliteitsverbeteringen doen om beter te scoren op de indicatoren zonder onderliggende kwaliteitsinfrastructuur daadwerkelijk te verbeteren, zie o.a. Bevan en Hood 2006) en ziekenhuizen die zich mogelijk gaan ingraven in plaats van openstellen voor verbetering, lag de nadruk wel op meten en representativiteit:

“Marc (Berg) heeft de eerste basis set gedaan en ‘feasibility first’ was vanuit ons perspectief, en zo ver wij hem begrepen, haalbaarheid eerst en niet gedragsverandering eerst. Inmiddels hebben we ook een paar keer samen op congressen gestaan en workshops gedaan en dan merk je dat het toch heel erg de betrouwbaarheid van het meten is en niet de gedragsverandering. (...) dat ging heel erg over het leren om een betere indicator te maken en niet over het leren om te veranderen.” (Inspecteur MSZ1, 7 juni 2017)

De inspectie heeft in 2007 een omslag gemaakt door niet langer het meten voorop te zetten, maar de gedragsverandering centraal te stellen. Het inzicht dat een indicator een gedragsverandering in gang kan zetten en dat hiermee kan worden geëxperimenteerd kwam in 2007 met de introductie van de volumenormen. Het hanteren van een norm voor het aantal ingrepen om kwaliteit te kunnen borgen speelde al langer bij verschillende beroepsgroepen zoals de heekunde, maar botste op weerstand binnen de achterban. In 2007 sloten een aantal chirurgen, de inspectie, de directeur van Achmea, de Nederlandse Vereniging van Kankerpatientenorganisaties (NFK) en oud-Minister van VWS Els Borst de handen ineen om de volumenormen op de kaart te zetten en die onderdeel te maken van het nieuwe regeerakkoord en van de basisset. Het initiatief zette een stormvloed in beweging van zowel kritiek als verandering:

“Het is met de volumenormen net zoals met de kwaliteitsregistraties, wat een andere heftige opbrengst van de basisset is geweest. De eerste DICA-registratie werd een indicator. Het is eigenlijk de les van DICA dat als je die indicator in de basisset opneemt, dan wordt de implementatie snelheid en volledigheid een norm. (...) De DICA werd een indicator en die was binnen 3 jaar 99 en 100% van de patiënten. Die indicator was er ook langer ingebleven dan voor ons nodig was om dat vast te houden. Voor de chirurgen was dat ook wel heel erg confronterend. Zij hadden het idee van ‘wij willen het best wel doen’ alleen toen was het ineens je hebt geen keus... Het werd ook nog eens publiek via het Algemeen Dagblad...” (Inspecteur MSZ1, 7 juni 2017)

Het voorbeeld van de volumenormen en de medische registraties (de DICA) laat zien hoe de basisset veranderingen kan bespoedigen. De rol van de media is hierin een interessante; de krant vertaalt medisch kwaliteitsbeleid naar het publiek, en scoort ziekenhuizen op de nieuw opgelegde normen. Dit genereert een bepaald effect; ziekenhuizen zijn meer geneigd aan de normen te voldoen en kregen met de AD-lijst (en dus met de basisset) een steun in de rug in hun discussie met medisch specialisten die kritisch waren over de nieuw gestelde normen.⁵ Bij de inspectie ontstond met deze ervaringen het inzicht dat de basisset kwaliteitsverandering in gang en het veld in beweging kan zetten; indicatoren waren niet langer (alleen) een representatie van de kwaliteit van zorg in een instelling, of van de mate waarin het een instelling lukt om registraties op te zetten—ze werden *zelf* een vorm van sturing. De in de sociaalwetenschappelijke literatuur veel besproken performativiteit van indicatoren en ranglijsten (Espeland en Sauder 2016, Wallenburg et al. 2016), namelijk dat indicatoren en ranglijsten niet (enkel) representatief zijn voor hetgeen in de praktijk gebeurt maar dit ook sturen (Dahler-Larsen 2013) werd hiemeer actief onderdeel van het IGJ beleid.

Experimenteren gaat bij de basisset over leren en interveniëren. Leren betreft het monitoren wat een indicator doet en daarop bijsturen. Indicatoren ‘leven’ om die reden vaak maar een paar jaar; eerst om te bezien hoe ziekenhuizen het oppakken en vervolgens om daarop bij te sturen of vervolgstappen te zetten. Dit is het ‘doorontwikkelen’ van een indicator. Ziekenhuizen worden daarbij als het ware klaargemaakt voor het echte werk. Een voorbeeld hiervan is opnieuw de pijnindicator waarbij V&VN de pijnmeting komende jaren wil uitbreiden naar andere specialismen en naar de kliniek. Dergelijke interventies zijn onderdeel van het contact tussen de inspectie en de beroepsverenigingen en worden

⁵ Overigens verdienen de volumenormen een discussie op zich, zowel over hun ‘aard’ als de uitwerking, maar dat voert te ver voor dit hoofdstuk. Zie bijvoorbeeld Zuiderent-Jerak et al.

besproken tijdens de formele overleggen. Daarnaast is het contact tussen de bijeenkomsten door een belangrijke basis voor het interventiebeleid. De inspectie is erop gericht initiatieven voor kwaliteitsverbetering op te pakken en die gaandeweg en in samenwerking met de beroepsvereniging onderdeel te maken van de basisset. Meer dan het op papier ontwikkelen van een indicator gaat het om het masseren van ontwikkelingen en het sturen van initiatieven.

“Hierbij is het ‘zoeken naar de knop die werkt’; hoe zet je een kwaliteitsverbetering in gang? In het geval van diabetes type II bleek dit heel lastig omdat er geen centrale klinische component was die als katalysator kon dienen: zowel de ziekte zelf als de behandelmethoden en betrokken actorenen bleken te divers en te verspreid om ‘de radartjes in gang te zetten; ze grepen niet op elkaar in’.” (Inspecteur MSZ1, 6 oktober 2017)

De basisset is veranderd van een instrument om kwaliteit van zorg te meten tot een kwaliteitsinstrument van het veld met de inspectie in een fijnmazig netwerk van formele en informele sturing. Tegelijkertijd zijn er zorgen, vooral bij direct betrokkenen. De basisset hangt sterk op persoonlijke contacten en personen, en is daardoor kwetsbaar. Enkele pogingen om nieuwe IGJ-medewerkers op te leiden in de mores van de basisset zijn gestrand doordat medewerkers de organisatie vroegtijdig weer verlieten. Daarnaast is de basisset, door haar succes, het langere termijnbeleid en relatieve onzichtbaarheid een niche binnen de toezichthoudende rol van de inspectie, waarbij ook de werkwijze verschilt van andere toezichtstrategieën. Inspecteurs die niet direct betrokken zijn bij de basisset zien de indicatoren eerst en vooral als een meetinstrument en dan nog als ‘slechts’ één van de signalen in hun toezichtswerk. Zij zijn tot nu toe nauwelijks betrokken bij het experimenteren en kwaliteitswerk waar de basisset volgens anderen juist over gaat en om draait. De niche van de basisset en de relatieve onzichtbaarheid die hiermee samengaat biedt zowel kansen als gevaren: een kans is de experimentele ruimte om te sturen op en te experimenteren met kwaliteit; een gevaar is dat het werk van en achter de basisset grotendeels onzichtbaar is en daardoor niet op waarde wordt geschat.

Hierin komt mogelijk een kentering; recentelijk geeft de IGJ aan een beweging in gang te hebben gezet naar een multidisciplinaire aanpak van het ontwikkelen van indicatoren waarbij wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen elkaar ontmoeten rondom een te ontwikkelen indicator. Overigens is daarbij nog steeds ruimte voor het ontwikkelen van monodisciplinaire indicatoren. De nieuwe overlegstructuur vervangt de voor- en najaarsoverleggen. Het directe een-op-een contact tussen de IGJ en de artsen en verpleegkundigen uit het veld wordt hiermee minder intensief. De IGJ is bezig een alternatieve structuur te ontwikkelen waarbij zogeheten contact-inspecteurs – inspecteurs van de IGJ – de contacten met de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen gaan onderhouden. Deze contacten moeten input opleveren voor de basisset. Dit betekent een verbreding van de betrokkenheid binnen de IGJ bij de basisset. Een aantal wetenschappelijke verenigingen geeft aan deze stap te betreuren, iets waar we in de volgende hoofdstukken verder op in zullen gaan. V&VN heeft de overlegstructuur behouden van voor- en najaarsoverleggen tussen IGJ, het V&VN-bureau en de voorzitters van de actieve V&VN-afdelingen voor de (door)ontwikkeling van indicatoren.

Conclusie en nawoord

De afgelopen jaren is een robuust governance netwerk opgebouwd van kwaliteitssturing door middel van indicatoren. Visueel laat zich dit het best omschrijven als een systeem van in elkaar grijpende radartjes die in beweging komen en samen een kwaliteitsverbetering in gang zetten: de partijen die gezamenlijk een risico-gebied definiëren; de wetenschappelijke vereniging of verpleegkundige afdeling die een indicator ontwikkelt en hiervoor steun genereert; de inspectie die hierop stuurt en toezicht houdt en ziekenhuizen en beroepsbeoefenaren die zich genoodzaakt voelen om te werken volgens de indicatoren omdat de aandacht die de indicatoren genereren het werk stuurt. Het is precies *díe* sturing waar de inspectie in haar experimenterende rol naar zoekt. Het onderzoek laat zien dat de afgelopen jaren een verschuiving is opgetreden van de balans bij de IGJ tussen handhaven en kwaliteitsverbetering, waarbij de nadruk meer is komen te liggen op sturen op kwaliteit.

Deze paragraaf laat verder zien dat de basisset de uitkomst is van een delicaat proces van meedenken, sturing en handhaving. De nadruk is afgelopen jaren verschoven van handhaven naar kwaliteitsverbetering. Hiermee komt de agenderende en informatieve werking van indicatoren meer tot uitdrukking. Huidige pogingen om de indicatorontwikkeling te structureren en te formaliseren waarbij wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen samen indicatoren gaan ontwikkelen met een mediërende rol van de Federatie en V&VN, is een uitdaging omdat de indicatorontwikkeling verder af komt te staan van de inspectie en minder draait om persoonlijk contact. Voor dit onderzoek kwam deze nieuwste interventie te laat, maar het is interessant om het in een vervolg te evalueren en te onderzoeken vanuit de formele, netwerksturende en experimenterende praktijken van de inspectie op het gebied van de basisset.

4.2 Het perspectief van de wetenschappelijke verenigingen

Deze paragraaf beschrijft het proces van de totstandkoming van indicatoren en risicoprofielen vanuit het perspectief van de wetenschappelijke verenigingen. Eerst wordt beschreven hoe wetenschappelijke verenigingen de ontwikkeling van de basisset kwaliteitsindicatoren van de IGJ ervaren hebben. Vervolgens wordt ingegaan op de visie van verenigingen op de werking van indicatoren en het samenspel tussen verenigingen en de Federatie. Het perspectief van de wetenschappelijke verenigingen op de governance structuur en de verschuiving naar de ontwikkeling van multidisciplinaire indicatoren worden belicht. De bevindingen zijn afkomstig uit documentatie over de basisset vanaf 2006 en uit interviews met vertegenwoordigers van vijf wetenschappelijke verenigingen: twee snijdende specialismen, twee beschouwende specialismen en één ondersteunend specialisme. De vraag die in deze paragraaf centraal staat is: *Hoe vormen de wetenschappelijke verenigingen zich een beeld van bestaande en nieuwe risico's in de ziekenhuiszorg en hoe vertalen zij deze naar de selectie van indicatoren in de basisset?*

Wetenschappelijke verenigingen

Nederland heeft op dit moment 32 wetenschappelijke verenigingen die voor het grootste deel nauw samenwerken met de Federatie. De wetenschappelijke verenigingen van de verschillende geregistreerde medische specialismen houden zich, naast belangenbehartiging en opleiden, bezig met kwaliteitsbevordering zoals het ontwikkelen en implementeren van protocollen, richtlijnen en

kwaliteitsindicatoren. De wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen op basis van de opgestelde risicoprofielen en in nauwe samenwerking met de IGJ indicatoren voor de basisset. Zij worden daarbij ondersteund door de Federatie, die een coördinerende rol heeft.

Van een set indicatoren tot een krachtig instrument

De basisset, die in 2003 voor het eerst werd ontwikkeld, kwam voor veel wetenschappelijke verenigingen als een verrassing. Een geïnterviewde medisch specialist en kwaliteitsmedewerker zeggen hierover:

“Dus toen werden er allerlei mensen van verenigingen uitgenodigd, die iets met die indicatoren mogelijk van doen zouden krijgen. En dat was nogal een schokkende bijeenkomst, heb ik begrepen. Want een heleboel verenigingen waren verschrikkelijk boos, dat ze daar niet in gekend waren door de inspectie. Dus dat is... maar ja, iedereen was wel wakker geschud. Dat was natuurlijk wel het effect!” (Specialist en kwaliteitsmedewerker wetenschappelijke vereniging, 7 september 2017)

Na deze eerste IGJ-presentatie is een convenant gesloten tussen de Federatie (in die tijd nog de Orde van Medisch Specialist), de IGJ en de wetenschappelijke verenigingen. In het convenant werd vastgelegd hoe de prestatie-indicatoren verder ontwikkeld zouden worden. De IGJ werkte hierbij samen met de Erasmus Universiteit Rotterdam en het RIVM. Verenigingen zeggen dat deze eerste fase onduidelijk en chaotisch was. Voor hen was het onduidelijk wie de indicatoren verder ging ontwikkelen, en hoe dit zou vallen bij hun achterban ‘als het [medisch] werk ineens onder een vergrootglas komt te liggen’. De intentie van de IGJ om leren en de bereidheid tot verbeteren voorop te stellen moest bij de verenigingen nog landen. Desondanks gaven verenigingen aan het initiatief (zeer) serieus te nemen en een aantal verenigingen richtten een kwaliteitscommissie op.

Verenigingen erkennen in het begin hoofdzakelijk een ‘wij – zij’ cultuur te hebben ervaren. De IGJ nam de leiding door in gesprek met verenigingen te gaan en onderwerpen aan te dragen voor kwaliteitsverbetering. Verenigingen die verantwoordelijk werden gesteld voor dat stukje zorg kregen de opdracht tot het invullen van een format. Dit format bestond enkel uit een korte toelichting van de indicator waarin vervolgens een teller (bijvoorbeeld aantal reïnterventies na 30 dagen) en een noemer (bijvoorbeeld totaalaantal behandelingen per jaar) werden beschreven. Wetenschappelijke onderbouwing, normen uit het veld of draagvlak voor een richtlijn waren nog niet aan de orde. Het format werd ingevuld, teruggestuurd naar de IGJ en vervolgens opgenomen in de basisset. De omslag die in 2007 is gemaakt door de IGJ, naar een meer experimenterende en kwaliteit verbeterende aanpak (zie vorige paragraaf over de IGJ) werd gevoeld door de verenigingen. De eerste verschuivingen vonden langzaam plaats. Het gesprek tussen de IGJ en verenigingen werd opener. Dit werd als positief ervaren door verenigingen:

“Ik denk zelf dat het hele fenomeen van de basisset fantastisch gewerkt heeft. Ik bedoel, er was in het begin natuurlijk heel veel weerstand tegen en heel veel angst en vrees. Nou, dat is reuze meegevallen, je ziet gewoon het effect”. (Oud-bestuurder wetenschappelijke vereniging, 2 oktober 2017)

Net als de IGJ ontwikkelen de wetenschappelijke verenigingen hun rol met betrekking tot de indicatoren en de basisset. Waar initieel indicatoren ontwikkeld werden op aanvraag van de IGJ, gingen verenigingen geleidelijk zelf risico's signaleren op basis van praktijkvariatie in het veld. Indicatoren werden ontwikkeld om deze variatie terug te dringen. Wetenschappelijke evidentie voor een kwaliteitsbeleid was hierbij een belangrijke voorwaarde om voldoende steun te generen bij de achterban. Anno 2017 noemen verenigingen dit echter gedeeltelijk weer 'achterhaald' en wordt meer nadruk gelegd op risico's die in de praktijk worden ervaren. De behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing blijft echter aanwezig.

Metten of verbeteren

Een terugkerende discussie die veelal door verenigingen genoemd wordt, is de vraag of indicatoren er zijn om kwaliteit van zorg te meten of om deze te verbeteren? Op een enkeling na, lijken verenigingen vooral gericht op het verbeteren van zorg. Het perspectief van het lerend vermogen van de IGJ lijkt dus overgenomen. Hierop aansluitend wordt gezegd meer met data-analyse gedaan zou moeten worden. Er worden termen gebruikt als 'vroegsignalering' en 'verbanden ontdekken', bijvoorbeeld door aan te sluiten bij bestaande registraties en daar mogelijke proces- en structuur- indicatoren aan toe te voegen. Kennis is er vaak al wel, maar de kunst is om de juiste en bruikbare kennis naar boven te krijgen. Er wordt gesproken over de uitvraag van "een grote bak data, waar geen cohesie in zit".

Om te verbeteren, stellen de verenigingen, is meer cohesie nodig in het veld. Het samenspel tussen verenigingen is de basis voor beweging. Bijvoorbeeld de discussie of het 'juiste' gemeten wordt om een beweging in gang te zetten. Richtlijnen en wetenschap laten vaak 'the state of art' zien, zo wordt betoogd. De discussie rondom een indicator is gebaseerd op hoe je 'state of art' kunt meten. Daarbij wordt een succes-indicator beschreven als één die valide meetwaarden oplevert en waarbij de registratielast beperkt is. Ook speelt landelijke dekking met juiste case mix correctie een rol. Deze elementen worden door de respondenten belangrijk gevonden. Opvallend blijft hierbij nog steeds dat het belang van meten bovenaan staat. De beweging die wel leidt naar verbetering blijkt te zitten in aandacht, bewustwording en een gevoel van eigenaarschap. Op het moment dat een indicator wordt ontwikkeld, krijgt een vereniging specifiek de verantwoordelijkheid. Op deze manier wordt kwaliteitsverbetering in gang gezet.

Inmiddels leert de huidige situatie dat als een indicator via de basisset uitgevraagd wordt, dit specifieke zorgaspect zichtbaar verbetert. Omringende 'zorggebieden' lijken in het kielzog mee te profiteren. Een voorbeeld hiervan is het betrekken van een klinisch geriater bij patiënten met een heupfractuur, wat maakt dat de geriaters ook eerder bij andere oudere patiënten worden betrokken. Verenigingen beschouwen deze kwaliteitsverbetering als een belangrijke meerwaarde van de indicatoren. Waar indicatoren initieel ontwikkeld werden voor de IGJ, met het oog op toezicht en meten van zorg, worden indicatoren nu steeds vaker gezien als een krachtig middel voor de verbetering van zorg. De indicatoren zijn daarmee meer onderdeel geworden van het eigen kwaliteitsbeleid.

Van mono- naar multidisciplinair

Niet enkel de visie van verenigingen op de werking van indicatoren is verschoven. Ook de perceptie op het samenspel tussen verenigingen, met daarbij de rol voor de IGJ, is sterk veranderd. In de beginfase werden indicatoren monodisciplinair ontwikkeld. Eén vereniging was ‘in de lead’; deze vereniging is verantwoordelijk en daarmee automatisch ook de penvoerder van de indicator. In een enkele situatie werd een andere vereniging geraadpleegd. Deze manier van werken bleek echter snel achterhaald en gaandeweg werden steeds meer verenigingen betrokken bij de ontwikkeling van een indicator. Het multidisciplinaire samenwerken (vooral: het betrekken van meerdere wetenschappelijke verenigingen) kwam daarmee op gang en had een eigen dynamiek: de penvoerder consulteerde de IGJ over de uitwerking van een mogelijke indicator en eventueel andere verenigingen die bij de zorg betrokken zijn. De IGJ ging dan met deze verenigingen in gesprek, maar legde de verantwoordelijkheid voor (het ontwikkelen van) de indicator bij de verenigingen zelf. Niet alles was even strak ingeregeld waardoor het met enige regelmaat voorkwam dat relevante verenigingen niet betrokken werden. Dit werd door de verenigingen niet gezien als de verantwoordelijkheid van de IGJ maar primair die van de verenigingen zelf. Indien een vereniging te laat betrokken wordt bij de ontwikkeling van een indicator loopt deze indicator vaak vertraging op of wordt deze indicator (tijdelijk) afgekeurd om vaak later, na inhoudelijke afstemming, alsnog te worden opgenomen. Erkend wordt dat dit in eerdere situaties tot deuken in de samenwerking tussen verenigingen geleid heeft. Tegelijkertijd is een multidisciplinaire benadering van indicatoren niet meer weg te denken. Anno 2017 wordt benoemd dat monodisciplinaire benadering een gepasseerd station is. Dat wordt bevestigd met de volgende uitspraak:

“Monodisciplinair werken was makkelijker. Maar aan de andere kant ook lastiger. Monodisciplinair patiënten behandelen bestaat ook niet meer.” (Oud-bestuurder wetenschappelijke vereniging, 2 oktober 2017)

Multidisciplinaire samenwerking bij de ontwikkeling van indicatoren wordt gezien als een belangrijke impuls voor kwaliteitsverbetering. Wetenschappelijke verenigingen vinden het nog lastig hier vorm en inhoud aan te geven; het vereist een nieuwe fase in de ontwikkeling van de basisset. Bestuurlijke steun wordt genoemd als belangrijke voorwaarde, zowel vanuit de wetenschappelijke verenigingen als vanuit de ziekenhuizen; op het moment dat de raad van bestuur van een ziekenhuis instemt met een bepaalde indicator of een bepaald onderwerp, geven de verenigingen aan dat de medisch specialisten gemakkelijker mee gaan. Het creëren van urgentie bij de achterban is van belang voor het succesvol kunnen implementeren van een indicator.

Netwerk governance

De geïnterviewde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen benadrukken het belang van onderling overleg en afstemming. Een kwaliteitsmedewerker zegt hierover:

“(...) omdat dingen dan ook gelijk op scherp staan en je niet rustig kunt overleggen hoe je dingen samen kunt oppakken. De discussie staat dan gelijk op scherp en je kunt niet even terugtreden en zeggen; wat willen we nou bereiken? Je gaat het dan echt uitvechten, terwijl

uitvechten werkt niet. Je moet erover polderen. Polderen moet je gewoon doen in achterkamertjes.” (wetenschappelijke vereniging, 27 juli 2017)

Alle gesproken verenigingen benoemen het belang van het werk ‘achter de schermen’ voor de ontwikkeling van indicatoren voor de basisset. Respondenten noemen dit ook wel ‘polderen’. Het wordt geduid als iets krachtigs. Tegelijkertijd worden ook nadelen ervaren. Door het ‘polderen’ worden indicatoren bijvoorbeeld minder scherp opgesteld, vaak zelfs genoemd als “iets zwakker geformuleerd”. Dit wordt gedaan zodat de gedefinieerde indicatoren voor iedereen reëel zijn, en dat alle betrokken verenigingen ze kunnen accorderen. Een vereniging stelde tijdens het interview dat er niet snel een indicator zal zijn die ‘keihard’ is. Het belangrijkste in het samenspel van de ontwikkeling is de regel van governance: het geven en nemen en met elkaar in gesprek blijven:

“Waar het om draait? Hoe moeten we geen ruzie krijgen maar toch allemaal een beetje buigen zodat er consensus ontstaat? Dit komt pas achter de schermen naar voren, dan wordt er echt gepraat.” (wetenschappelijke vereniging, 2 oktober 2017).

Wat voor soort gesprekken ‘voor’ en wat voor gesprekken ‘achter’ de schermen plaats vinden is nader omschreven in de casuïstiek ‘heupfractuur’ (zie volgende hoofdstuk). Maar waar het om draait is het polderen van de basisset; polderen gaat over het nauwe samenspel tussen de spelers waarbij een indicator (in ontwikkeling) het uitgangspunt is voor gesprek. Het polderen in deze context wordt door een vereniging uitgelegd als een geïntegreerd spel. De kern van ‘het spel’ is meerledig en uitdagend: verenigingen ontwikkelen met elkaar een indicator die door allen geaccordeerd moet worden. Daarnaast moet deze indicator de IGJ zicht geven of hetgeen met de indicator beoogd wordt, namelijk of daadwerkelijk de kwaliteit verbetert. Verder moet de financiering geborgd zijn, bijvoorbeeld door het opnemen van de handeling in een DBC. Als laatste mag de registratielast niet te hoog zijn om weerstand vanuit de achterban te voorkomen. Verenigingen zijn het hier unaniem over eens. Tegelijkertijd brengt de invulling van dergelijke elementen discussie met zich mee. Inhoudelijk blijkt het in de praktijk vaak geen grote uitdaging om met elkaar consensus te bereiken. Het inzicht in situaties, vakgebieden of medische handelingen waar verbetering gewenst is, komt veelal in discussies snel bovendrijven. Een kwaliteitsmedewerker noemt dat dit de onderwerpen voor mogelijke indicatoren zijn waar (nog) weinig wetenschappelijke evidentie voor is, waardoor het moeilijker is een richtlijn te formuleren. Een treffende uitspraak hierover is dat *‘iedereen de onderwerpen waar aandacht of prioriteit voor nodig is vaak op zijn klompen aanvoelt’*. (wetenschappelijke vereniging, 30 juni 2017).

Het blijkt in de praktijk echter vaak lastig om vervolgens invulling te geven aan gesignaleerde kwaliteitstekorten en over te gaan tot het ontwikkelen van indicatoren. Dit hangt samen met het openbaar maken van kwaliteitsinformatie. Verschillende verenigingen geven aan dat een indicator ‘als trigger’ moet fungeren in plaats van als afrekenmechanisme. Verenigingen zijn van mening dat de ziekenhuizen eerst de kans moeten krijgen om te verbeteren. Vervolgens kan een indicator in de set worden uitgevraagd en dan pas zouden uitkomsten openbaar moeten worden. Daarnaast wordt gesteld dat door een vereniging veel data al worden uitgevraagd binnen alle verschillende (kwaliteits)registraties en extern opgevraagde indicatoren. De basisset kwaliteitsindicatoren die de IGJ uitvraagt is enkel een fractie hiervan. Een belangrijk verschil is echter dat wat de IGJ uitvraagt meteen

toegankelijk(er) wordt voor een breder publiek. Instellingen hebben dan geen tijd zich hierop voor te bereiden.

Een vereniging stelt dat boven genoemde situaties soms leidt tot 'window dressing'. Hiermee wordt bedoeld op indicatoren die op een specifieke manier worden ingestoken zodat bepaalde, als kwetsbaar ervaren onderwerpen buiten zicht blijven. Een indicator haalt dan niet alle cruciale informatie naar boven waardoor verenigingen hier 'gemakkelijk mee weg komen'. De aspecten die zij liever achter houden, blijven hierdoor ook onzichtbaar. Een vereniging geeft aan dat gesprekken achter de schermen hier vaak doorheen prikken. Hierover zal dan opnieuw discussie tussen verenigingen ontstaan. Als deze er uiteindelijk met elkaar uitkomen is het de IGJ die beslist welke indicator ze definitief in de set opnemen. Naast de genoemde discussie binnen het netwerk over welke informatie verenigingen transparant wensen te maken, speelt ook de indruk mee dat de IGJ liever geen indicator opneemt waar discussie over is. Dit wordt beschreven als onderdeel van het polderen en wordt door verenigingen beschreven als 'timing'. Verenigingen kunnen zich tijdens de ontwikkeling van een indicator afzijdig houden om vervolgens op het laatste moment bezwaar te maken tegen een indicator. Een beleidsmedewerker van een wetenschappelijke vereniging zegt hierover:

"Dat het bij een aantal verenigingen ligt, als je er niet mee eens bent gedurende het proces, blijkt doordat er niets wordt gezegd en dan aan het eind opstaan en met goede tegenargumenten komen... Ik heb het idee dat er een enorme veto power zit in dit proces. Waardoor het soms ook fijn is om even achterover te hangen en op het laatste moment in te stappen." (beleidsmedewerker wetenschappelijke vereniging, 29 september 2017)

De ervaring van verenigingen is dat de IGJ aanstuurt op consensus waardoor de indicator, nadat een vereniging (ernstig) bezwaar heeft gemaakt, opnieuw bediscussieerd moet worden voordat deze in de set opgenomen wordt. Dit leidt tot vertraging. Deze situaties doen zich vooral voor wanneer een onderwerp niet de 'core business' van een vereniging raakt. Een indicator veroorzaakt dan registratielast voor de achterban van een vereniging, zonder dat daarmee direct klinisch voordeel wordt behaald voor het betreffende specialisme. Een dergelijke 'powerkaart' kan echter niet te vaak gespeeld worden omdat hiermee het netwerksysteem van de basisset ondermijnd wordt. De verenigingen geven aan dat dit aftasten, overleggen en onderhandelen vooral achter de schermen plaatsvindt. Een enkele keer is de IGJ hierbij aanwezig maar dit wordt liever voorkomen: "dan moet je dingen voor de neus van IGJ repareren." Door verenigingen wordt echter genoemd dat de IGJ 'steeds soepeler' is. Ze lijken meer bereid mee te gaan met een vereniging wanneer deze aangeeft nog even te willen wachten met een indicator indien hier een goede onderbouwing voor is. Dit onderstreept de netwerkbenadering van de basisset.

Risicoprofielen

De geïnterviewde verenigingen zijn kritisch over de in 2012 door de IGJ geïntroduceerde risicoprofielen. De risicoprofielen worden beschreven als 'losstaand' en 'onduidelijk'. Het is niet duidelijk in hoeverre de risicoprofielen richting zullen geven aan interne kwaliteitsverbetering of externe verantwoording. Tegelijkertijd spreken wetenschappelijke verenigingen de hoop uit dat de risicoprofielen helpen meer grip te krijgen op risico's in de zorg. Verenigingen geven aan dat bij de

introductie van de risicoprofielen in 2012 niet veel aandacht was voor het format. De gesproken verenigingen gaven aan dat bij hen het bestuur of kwaliteitscommissie van de vereniging vooral op basis van eigen inzichten risico's hebben benoemd. Respondenten geven aan dat verenigingen hierop geen terugkoppeling hebben gekregen van de IGJ, waardoor de risicoprofielen ongebruikt bleven liggen.⁶

In 2016 heeft de IGJ de risicoprofielen opnieuw uitgevraagd. Daarbij is aan iedere vereniging de vraag gesteld om de vijf grootste risico's te benoemen. Dit is door verenigingen verschillend opgepakt. In de meeste gevallen is dit gedaan via een inventarisatie door de kwaliteitscommissies bij de achterban ('expert opinion'). Onderscheid is gemaakt tussen algemene risico's die multidisciplinair kunnen worden benaderd en aandoening-specifieke risico's. Opvallend is dat er geregeld risico's genoemd worden waarbinnen de vereniging reeds een richtlijn of zorgpad vastgesteld heeft. Het gaat dan echter vaak over zorgpaden en richtlijnen die in de praktijk nog tot discussie leiden waardoor ervaren risico's blijven bestaan.

Het opstellen van de risicoprofielen is initieel door de verenigingen bewust monodisciplinair gehouden. De vraag was om vanuit de eigen vereniging de risico's te beschrijven, en dit is gedaan. Vanaf de uitvraag was het bekend dat de risicoprofielen gedeeld zouden worden met alle verenigingen. De IGJ heeft, via de Federatie en V&VN, alle risico's verzameld, geprioriteerd en samengevoegd. Deze zijn rondgestuurd naar alle wetenschappelijke verenigingen. Verwachtingen over het vervolg variëren: enerzijds zijn verenigingen 'bang' dat de geïdentificeerde risicoprofielen te weinig concreet zijn waardoor hier moeilijk indicatoren voor kunnen worden gedefinieerd. Daarnaast wordt gezegd dat de risico's die uiteindelijk geprioriteerd zijn, nog te vaag omschreven zijn. Gesteld wordt dat beschreven risicothema's altijd risicogebieden zijn en dat nu soms problemen worden verondersteld waar deze er (nog) niet zijn. De zorg is nooit zonder risico. Anderzijds zijn er ook positieve verwachtingen ten aanzien van de risicoprofielen. Een vereniging noemt het een vorm van 'bewustwording creëren binnen het eigen speelveld' waardoor verbetertrajecten geïnitieerd kunnen worden. Daarnaast worden risicoprofielen ook genoemd als katalysator om extra aandacht te genereren voor specifieke facetten van de zorg die anders onderbelicht blijven. Tegelijkertijd geven verenigingen aan moeite te hebben om de risico's die in kaart zijn gebracht één-op-één om te zetten in een indicator. Soms is een risico te reduceren door aandacht te besteden aan de implementatie van een richtlijn. Verenigingen geven er de voorkeur aan om eerst een richtlijn te ontwikkelen voordat een indicator geïmplementeerd wordt.

Blik vooruit: pilot multidisciplinaire indicatorontwikkeling

Vooruitlopend op een multidisciplinaire insteek van de basisset heeft de IGJ het plan opgevat om één-op-één overleggen met de wetenschappelijke verenigingen (de voor- en najaarsoverleggen) te vervangen door multidisciplinaire bijeenkomsten. De intentie van deze pilot is om een thema of risico(profiel) te selecteren en gelijktijdig met representanten van alle betrokken partijen te bespreken of er een indicator ontwikkeld kan en moet worden en wie daarvoor de verantwoordelijkheid op zich neemt. Op het moment van schrijven heeft één pilot-overleg plaatsgevonden. Verenigingen geven aan

⁶ Bij de membercheck geeft de IGJ aan dat de wetenschappelijke verenigingen een samenvatting hebben ontvangen die vervolgens is besproken, maar dat dit op veel beperktere schaal is gebeurd dan in 2016.

dat hier nog veel onduidelijkheid over is. Ze hebben een aantal bezwaren. Ten eerste vinden de verenigingen dat de IGJ met de pilot meer gericht lijkt op de uitkomst. Verenigingen benadrukken het belang van het overleg dat voorafgaat aan het tot stand komen van een indicator. De verenigingen ervaren het verder als een verlies dat de voor- en najaarsoverleggen zijn komen te vervallen. Dit waren de momenten om laagdrempelig met de IGJ te praten over ervaren risico's en mogelijke kwaliteitsverbetering. Verder zijn de verwachtingen van de IGJ wat betreft de risicoprofielen niet bij alle verenigingen helder. Hier hangt mee samen dat het ook gezien wordt als een grotere uitdaging dan enkel de ontwikkeling van de indicatoren zelf. Voor een indicator wordt vaak een werkgroep opgezet waarin experts samen de meetbaarheid en registratielast van een indicator bediscussiëren. Omdat de risicoprofielen omvangrijk en (nog) niet specifiek zijn is dit een complexer traject. Verenigingen missen verder het dwingende karakter van de overleggen. Zij geven aan een spanningsveld te ervaren tussen eigen belangen en die van de IGJ. De IGJ lijkt in hun ogen een indicator te willen ontwikkelen om het risico te tackelen en toezicht te kunnen houden. Verenigingen stellen dat hier meer voor nodig is dan enkel een indicator. Een indicator vat vaak niet een heel risicoprofiel samen; verenigingen noemen dat het belangrijk is het bredere plaatje te zien waar misschien nog meer wetenschappelijke evidentie of een richtlijn voor nodig is. Daarnaast wordt het risico van tijdsdruk genoemd. Een dergelijk groot overleg, waar veel disciplines bij betrokken zijn, heeft meer tijd nodig om belangen zichtbaar en bespreekbaar te maken. Binnen een tijdsbestek van drie uur grote beslissingen nemen wordt niet als kwaliteit bevorderend gezien.

Tegelijkertijd zien verenigingen ook voordelen. Het nieuwe model bevordert de communicatie en alle partijen zijn vanaf het begin betrokken, wat betekent dat niemand 'vergeten' kan worden of pas later in het proces betrokken kan worden. Het wordt dan lastiger om een indicator in een laat stadium tegen te houden.

Conclusie

Na een eerste gewenningsperiode hebben de wetenschappelijke verenigingen de indicatoren geïncorporeerd als een van de belangrijke instrumenten om kwaliteit van zorg te verbeteren. Indicatoren, en de druk van de IGJ die hiermee samenhangt om aan kwaliteit te werken, helpen om richtlijnen te implementeren en druk uit te oefenen op de eigen achterban om de zorg op specifieke aspecten te verbeteren. Tegelijkertijd zien de wetenschappelijke verenigingen dat indicatoren breder helpen om kwaliteit van zorg op de kaart te zetten. Net als bij de IGJ is de aandacht de afgelopen jaren verschoven van 'representativiteit' (klopt hetgeen wordt gemeten) naar leren en verbeteren. Voor de wetenschappelijke verenigingen blijft het meten zelf echter ook van belang: kwaliteitsinformatie moet betrouwbaar zijn, zeker als die openbaar wordt.

De wetenschappelijke verenigingen roemen de netwerkstructuur van de basisset; de interacties met elkaar en via de Federatie met de koepels van ziekenhuizen en V&VN, worden als belangrijke pijler gezien onder het succes van de indicatoren. Mede om die reden zijn zij sceptisch over de invoering van de risicoprofielen *en* multidisciplinaire indicatoren die de informele contacten met de IGJ gaan vervangen. De wetenschappelijke verenigingen benadrukken dat de netwerkstructuur behouden moeten blijven, net als het formele en informele contact met de IGJ om tot gedragen indicatoren te komen.

4.3 Het perspectief van de V&VN afdelingen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de rol van de beroepsorganisatie voor alle verzorgenden en verpleegkundigen in Nederland (V&VN) bij de ontwikkeling van indicatoren voor de basisset. Als eerste wordt de rol van V&VN in de basisset ziekenhuizen beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de praktijk van indicatorontwikkeling. Daarbij is het relevant dat V&VN een relatief nieuwe partij is in de basisset. Zij moet samenwerken met en daarbij zich een plek verwerven in het governance netwerk van de basisset. De informatie uit dit hoofdstuk is afkomstig van documenten en interviews met een bureaumedewerker van V&VN en betrokkenen van de verschillende afdelingen die momenteel actief betrokken zijn bij het opstellen van (nieuwe) indicatoren voor de basisset. De vraag die in deze paragraaf centraal staat, luidt: *Hoe vormen de verpleegkundige afdelingen van V&VN zich een beeld van bestaande en nieuwe risico's in de ziekenhuiszorg en hoe vertalen zij deze naar de selectie van indicatoren in de basisset?*

V&VN

V&VN is de beroepsorganisatie voor alle verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. De activiteiten van V&VN zijn erop gericht haar doelgroepen in staat te stellen hun beroep op het hoogste kwaliteitsniveau en met trots, passie en professioneel uit te oefenen. Naast het lidmaatschap van V&VN kan men ook lid worden van een afdeling of platform die wat betreft het onderwerp het beste bij het werk of de interesse past. De afdelingen ontwikkelen de indicatoren voor de basisset, waarbij het V&VN-bureau een coördinerende en ondersteunende rol heeft.

Verzorgenden en verpleegkundigen in de basisset

Vanaf begin 2000 werken wondconsulenten samen met de IGJ aan het ontwikkelen van indicatoren voor de basisset. Dit verliep in eerste instantie onafhankelijk van V&VN; de verpleegkundigen werden, als werknemers van de ziekenhuizen, vertegenwoordigd door de NVZ en NFU. In 2008 heeft de IGJ V&VN gevraagd te participeren in de basisset, iets wat destijds ook de wens van V&VN was. V&VN was van mening dat verpleegkundigen meer invloed moesten hebben op (de ontwikkeling van) kwaliteitsindicatoren. Echter, op het moment dat V&VN werd verzocht te participeren hield V&VN af vanwege twijfels over de rol die zij kon vervullen in de basisset. Uiteindelijk is V&VN vanaf 2012 door de IGJ actief betrokken bij de totstandkoming van de basisset kwaliteitsindicatoren (Althuisen 2014), inmiddels tot beider volle overtuiging. In 2015 is V&VN toegetreden als officiële samenwerkingspartner.

De voorgeschiedenis van de verpleegkundige indicatoren in de basisset verschilt per indicator. De oncologische verpleegkundigen waren zelf al bezig met het opstellen van een indicator over een aanspreekpunt voor de patiënt en deze indicator is uiteindelijk in de basisset opgenomen. Ook de wondverpleegkundigen waren al langer bezig met indicatorontwikkeling. De pijnindicator was eerder door wetenschappelijke verenigingen opgesteld. V&VN is vervolgens door de IGJ gevraagd de pijnindicator te gaan trekken, omdat de wens om de bestaande pijnindicator ziekenhuisbreed uit te

rollen onvoldoende tot ontwikkeling kwam. V&VN is gevraagd hier een ziekenhuisbrede indicator van te maken; dit staat meer in detail beschreven in het volgende hoofdstuk. De indicator rondom vrijheidsbeperkende maatregelen is recent en een geheel nieuw ontwikkelde indicator. V&VN is deze indicator op verzoek van de IGJ gaan ontwikkelen, vooral naar aanleiding van de observatie van de IGJ dat vrijheidsbeperkende (VBI) interventies nog altijd een risico vormen voor de kwaliteit van zorg.

De V&VN-leden van een indicatorwerkgroep zijn gemandateerde afgevaardigden van de betreffende afdeling(en) of van V&VN en worden daarbij ondersteund door een bureaumedewerker van V&VN. Hun rol is om – naast inhoudelijke input te leveren – het bestuur en via hen de achterban op de hoogte te houden van de indicatorontwikkeling. Dat de deelnemers zijn gemandateerd vindt V&VN belangrijk: op die manier wordt voorkomen dat iemand alleen zijn/haar persoonlijke mening ventileert.

De afdelingen steunen met name op vrijwilligers; het bestuur van de betreffende afdeling bepaalt of hier een vergoeding tegenover staat. Dit in tegenstelling tot de wetenschappelijke verenigingen die in principe allemaal betaalde bureaumedewerkers in dienst hebben (Althuizen 2014). Ongeveer acht afdelingen van V&VN zijn echt actief met indicatorontwikkeling. Vier daarvan zijn penvoerder van een indicator: V&VN-werkgroep VBI Indicator, V&VN Wondexpertise, V&VN Pijnverpleegkundigen en V&VN Oncologieverpleegkundigen. Anderen doen mee aan de commentaaronde of lezen mee, zoals V&VN Intensive care voor de indicator Sepsis en V&VN Neurologie & Revalidatie voor de indicator Parkinsonregistratie. Ongeveer 25 afdelingen nemen nu (nog) geen deel aan de ontwikkeling van indicatoren voor de basisset; voor een aantal van hen is dat ook niet van toepassing aangezien ze geen relatie hebben met de ziekenhuiszorg of zijn opgericht rondom een bepaald thema, zoals V&VN Wetenschap in Praktijk. Verder zijn niet alle verpleegkundige verenigingen verbonden aan V&VN, zoals de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen en Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen.

Indicatorontwikkeling als hét middel voor kwaliteitsverbetering?

Een intern probleem waar V&VN tegenaan loopt is het vinden van afdelingen c.q. leden die willen participeren in de indicatorontwikkeling. Er is zeker sprake van een positieve drive en enthousiasme, maar daarnaast spelen tijdsgebrek en de vraag wat het de verpleegkundige persoonlijk oplevert en wat het oplevert in zijn/haar werk voor de patiënt. Een andere reden dat veel afdelingen nu niet betrokken zijn bij de basisset is dat zij de toevoegde waarde niet zien van indicatorontwikkeling. Daarvoor zijn verschillende redenen. Ten eerste heeft het vaak geen prioriteit binnen de betreffende V&VN-afdeling met betrekking tot het werken aan kwaliteitsverbetering. Er worden andere keuzes gemaakt, waar men zelf meer direct invloed op heeft en waaraan de leden behoefte hebben. Scholing en het oplossen van arbeidstekorten worden als belangrijkere middelen gezien om de kwaliteit van de zorg te verbeteren dan via deelname aan de basisset. Daarnaast wordt de registratielast van indicatoren als hoog ervaren terwijl zij niet direct resultaat opleveren; indicatoren worden ontwikkeld om pas een jaar later voor het eerst te worden uitgevraagd en de resultaten ervan komen nog eens een jaar later beschikbaar. Wat daarbij ook speelt, is dat de feedback op de werkvloer vertraagd is en er geen terugkoppeling op de individuele scores van de verpleegafdelingen zelf wordt gegeven, waardoor men niet ziet hoe de (individuele) kwaliteit verbetert. Daarnaast zijn verpleegkundige afdelingen huiverig omdat de indicatoren door externe partijen (zorgverzekeraars, de media) worden

gebruikt om een oordeel te vellen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Een medewerker van V&VN gaf ook aan dat de indicatoren (nog) niet goed passen bij de focus van verpleegkundigen:

“Nou, ze vinden het leuk om met de inhoud bezig te zijn en dat trekt ze, maar de hele methodologie enzo... [...]Maar ook de politiek eromheen en de tijdschema's, daar hebben ze snel hun bekomst van. Een enkeling vindt het leuk, dus dat vraagt echt veel begeleiding om hun eigenlijk in de inhoud te houden en te ontzorgen maar de rest moet wel nog gedaan worden.” (V&VN-bureau, 7 maart 2017)

De focus van verpleegkundigen en verzorgenden ligt op de zorgpraktijk en het direct werken aan kwaliteitsverbetering, bijvoorbeeld door middel van feedback en scholing. V&VN gaf aan dat verpleegkundigen en verzorgenden de indicatoren niet kunnen negeren, maar daarin hun rol moeten gaan pakken:

“Ze moeten ervan overtuigd raken dat een doel van indicatorontwikkeling en –uitvraag ook is om leren en verbeteren te stimuleren. Ze zijn namelijk heel erg intrinsiek gemotiveerd om de beste zorg aan de patiënt te geven.” (V&VN-bureau, 22 januari 2018)

De afweging wordt gemaakt tussen wat het ontwikkelen van een indicator kost en wat het oplevert, ten opzichte van andere manieren om aan kwaliteitsverbetering te werken.

Multidisciplinaire ontwikkeling van indicatoren

De (door)ontwikkeling van de indicatoren onder leiding van V&VN heeft steeds plaatsgevonden in werkgroepen waarin zowel V&VN-leden als leden van wetenschappelijke verenigingen zitting hebben. De insteek van V&VN is om samen te werken; immers, “in het ziekenhuis werk je ook samen” (V&VN 1, 7 maart 2017). Deze insteek verwacht zij ook van de andere werkgroeppartners. Aangegeven wordt dat de betrokkenheid van de wetenschappelijke verenigingen weleens te wensen overlaat, of dat die betrokkenheid pas op een laat moment plaatsvindt waardoor eerder ingezette activiteiten worden belemmerd of zelfs getorpedeerd (zie bijvoorbeeld de casuïstiek over de pijnindicator en onderstaand). Sommige indicatoren die betrekking hebben op het verpleegkundig handelen zijn in een eerder stadium ontwikkeld door medisch specialisten die daarbij V&VN niet hebben betrokken. Andersom gebeurt het ook, dat een wetenschappelijke vereniging vindt dat zij niet hoeft te worden betrokken, omdat het hen niet zou aangaan. De vraag is of dat altijd terecht is.

Althuisen (2014) stelt dat er grote verschillen in professionele cultuur zijn tussen medisch specialisten en verpleegkundigen die al worden gevormd tijdens de opleiding. Verpleegkundigen leren te werken als onderdeel van een team; medisch specialisten stellen zich eerder op als individu en coördinator. Dit vertaalt zich dan tevens in een hiërarchische structuur die ook zichtbaar is bij de ontwikkeling van de indicatoren. De IGJ legt de nadruk op het belang van samenwerking. In het voorbeeld van de diabetische voet werd gezegd dat “de IGJ in deze casus uiteindelijk wel een goede rol heeft gespeeld in het betrekken van de specialisten” (V&VN 3,16 maart 2017). Echter, binnen dezelfde casus zijn medisch specialisten op het allerlaatste moment niet akkoord gegaan met de indicator, omdat zij

vonden dat er een indicator was ontwikkeld over hun uitkomsten van zorg (o.a. amputatie als ongewenst effect—iets waarvan de betreffende verenging stelde dat dit in sommige gevallen ook een wenselijke uitkomst kon zijn) zonder dat zijzelf waren betrokken. V&VN vindt dat de IGJ is meegegaan met de kritiek van de artsen, waardoor voor het gevoel van de verpleegkundigen ‘al het werk voor niets is gedaan’.

Netwerk governance

De samenwerking kan er dus aan de buitenkant wel goed uit zien, maar achter de schermen kunnen er spanningen zijn die de ontwikkeling van een indicator belemmeren. V&VN verwacht daarin een duidelijker beleid van de IGJ:

“Er spelen andere dingen een rol, soms gaat het helemaal niet over die indicatoren, soms gaat het over macht of over wie het nou echt voor het zeggen heeft, is dat de Federatie of is dat de IGJ? Weet je, het lijkt alsof we het nu hebben over een thema voor een volgend jaar of over de lay-out van een boekje, maar we hebben het over iets heel anders.” (V&VN-bureau, 7 maart 2017)

“Men [IGJ] wil de samenwerking niet schaden en dus geen harde besluiten nemen. Dit is precies het gevaar van een governance structuur” (V&VN-bureau, 22 januari 2018)

Doordat de indicatorontwikkeling is gebaseerd op consensus mist zij de scherpte die interessant zou zijn voor kwaliteitsverbetering en waar de IGJ op zou kunnen sturen. V&VN wil verder bijdragen aan patiëntenzorg, onder andere met indicatoren en daarvoor is scherpte soms ook nodig. Omdat zij sterk dat patiëntenbelang voelen en er in netwerk governance ook andere belangen spelen ontstaat op de inhoud soms spanning. Dit was bijvoorbeeld het geval bij een uitkomstindicator voor het aantal amputaties bij de diabetische voet. Deze is uiteindelijk niet in de set gekomen, omdat de medisch specialisten het geen geschikte indicator vonden.⁷ Onderstaand citaat is een ander voorbeeld waarom er soms voor een minder scherpe indicator wordt gekozen:

“Ja, dat [een indicator waarop wat nog te verbeteren valt en die dus geschikt is voor toezicht] haal je inderdaad onderuit. Maar ja, weet je, wij hadden vol kunnen houden aan het hele ziekenhuisgedachte, maar dan hadden we het niet eens door de werkgroep gekregen, laat staan door de wetenschappelijke verenigingen en dan hadden we helemaal niks aan kunnen leveren. Dus soms moet je ja, ergens beginnen en dan maar hopen dat je in de loop der jaren, want ja, we blijven natuurlijk houder van de indicator, en het ging ons er in eerste instantie om dat die oude indicator eruit en in ieder geval een nieuwe set erin, die dus op allerlei manieren nog aan te passen is in de komende jaren. Maar ja, dan moet je wel eerst draagvlak hebben.” (V&VN Pijnverpleegkundigen, 9 maart 2017)

De focus van de indicatoren verschilt, afhankelijk van de eigenaar van de indicator en de samenstelling van de ontwikkelgroep. V&VN geeft aan dat de verpleegkundige indicatoren worden ontwikkeld vanuit

⁷ De vaatchirurgen waren in deze casus van oordeel dat een amputatie geen ongewenste uitkomst hoeft te zijn; het kan ook een goede behandeling en dus ‘gewenste uitkomst’ zijn in bepaalde omstandigheden.

het patiëntenperspectief. Over de medische disciplines werd opgemerkt dat daar veel meer de eigen belangen, strategische belangen en financiële belangen worden afgewogen, náást het patiëntenperspectief. Dit verwonderde de respondent, omdat *“iedereen altijd zegt dat ze met eenzelfde doel in de zorg zitten, zowel artsen als verpleegkundigen”* (V&VN Pijnverpleegkundigen, 9 maart 2017). Hetzelfde verhaal geldt ook voor het opstellen van het risicoprofiel: indien de insteek van het onderwerp meer praktisch was (bijvoorbeeld VBI), dan was het risicoprofiel veel meer gericht op het patiënten perspectief. De oncologie- en pijnindicatoren en -risicoprofielen zijn meer gericht op organisatie en financiën.

Risicoprofielen

V&VN stelt dat de meeste indicatoren nu ontwikkeld zijn zonder voorafgaand opgesteld risicoprofiel. Vaak was men al bezig met de indicatorontwikkeling toen door IGJ werd gevraagd te werken aan de hand van een risicoprofiel. De risicoprofielen zijn door V&VN-afdelingen in een later stadium alsnog ingevuld, maar daarvoor bestonden geen duidelijke instructies. Zij hebben dit uiteindelijk gedaan aan de hand van de zes d's (death, disease, disability, discomfort, dissatisfaction, social disruption); dit zijn geaccepteerde doelen van evaluatie (White 1967; Sanazaro & Williamson 1968). Het proces om te komen tot een risicoprofiel verschilde tussen de diverse ontwikkelgroepen, bijvoorbeeld doordat de ene voorzitter de hele groep heeft meegenomen in het bepalen van de belangrijkste risico's, terwijl de andere voorzitter zelf een eerste voorzet heeft gedaan.

Het opstellen van indicatoren door een sector om diezelfde sector te beoordelen wordt door V&VN gezien als ambivalent, zeker gezien het feit dat de IGJ op die indicatoren haar toezicht baseert. IGJ zou zelf (ook) moeten weten waar de risico's zitten. Dit kan dan worden samengevoegd met de door de professionals opgestelde risicoprofielen.

“De risicoprofielen zijn ‘open minded’ opgesteld, maar de vertaling daarvan naar indicatoren is niet altijd één-op-één, bijvoorbeeld als onderwerpen te gevoelig liggen”. (V&VN-bureau, 22 januari 2018)

Blik vooruit: Methodologische ondersteuning en indicatoren over sectoren heen

V&VN ziet ruimte voor verbetering in de kwaliteit van de indicatoren: *“Het is de kunst een goede betekenisvolle, veelzeggende vraag te stellen die meet wat je wil”* (V&VN-bureau, 22 januari 2018). Zij missen bijvoorbeeld een duidelijk tijdspad of een ‘draaiboek’ voor het opstellen van de indicatoren. Ook is er nu geen methodologische ondersteuning voor het ontwikkelen van een goede indicator, juist om de indicator scherp en betekenisvol te krijgen, met een lage registratielast. De meetbaarheid wordt pas achteraf beoordeeld door de NVZ en NFU. V&VN heeft nu het AIRE-instrument⁸ gebruikt voor de

⁸ Om indicatorontwikkelaars op het terrein van de medische zorgverlening te ondersteunen bij het selecteren en ontwikkelen van ‘goede’ prestatie-indicatoren hebben onderzoekers van de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, in opdracht van de Orde van Medisch specialisten, een instrument ontwikkeld waarmee de methodologische kwaliteit van indicatoren en de daaraan gekoppelde rapportages kan worden beoordeeld: het ‘Appraisal of Indicators through Research and Evaluation’ (AIRE) instrument (de Koning et al. 2007)

ontwikkeling van indicatoren, maar had ook daar graag meer ondersteuning bij gehad. Een procesbegeleider met verstand van indicatorontwikkeling was ook van toegevoegde waarde geweest, vindt V&VN. Het 'zelf uitvinden' is een tijdrovend en daarmee kostbaar proces.

Een andere wens voor de toekomst die V&VN nog heeft, is het ontwikkelen van indicatoren die toepasbaar zijn in meerdere sectoren. Ze zijn immers niet alleen betrokken bij de MSZ, maar bijvoorbeeld ook bij de GGZ en de VV&T; en ook gezien de trend dat patiënten steeds korter in het ziekenhuis verblijven, maar dat de verantwoordelijkheid voor de zorg daar niet eindigt. Voorbeelden van dergelijke indicatoren zijn pijn en medicatieveiligheid.

Conclusies

V&VN is pas sinds enige jaren betrokken bij de basisset. Deze paragraaf laat zien dat de verpleegkundige afdelingen hier net iets anders in staan dan de wetenschappelijke verenigingen. De insteek van V&VN is leren en verbeteren. Indicatoren zijn hiervoor een van de mogelijkheden – naast bijvoorbeeld scholing – om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren. Hiervoor zijn 'scherpe indicatoren' nodig. V&VN vindt dat de huidige opzet van de basisset te veel is gericht op consensus waardoor kansen op 'scherpe indicatoren' worden gemist. Het is de kunst om binnen netwerk governance dat zo te doen, dat de indicatoren kunnen bijdragen aan betere patiëntenzorg.

5 Besluitvorming over selectie van indicatoren voor de basisset: het samenspel tussen IGJ, de wetenschappelijke verenigingen en de afdelingen van V&VN

In dit hoofdstuk gaan we aan de hand van drie casestudies na hoe indicatoren in de basisset worden ontwikkeld en welke werking zij hebben. We richten ons daarbij op zowel de indicator zelf, als het proces en de bestuurlijke infrastructuur waarin de indicator is ontwikkeld. Hiermee trachten we antwoord te geven op de laatste deelvraag van dit onderzoek: *Hoe verloopt de besluitvorming over de selectie van indicatoren in de basisset in het samenspel tussen de IGJ en de veldpartijen?*

Voor de selectie van casestudies is gekozen voor een methode van maximale variëteit (Creswell 1998); gekozen is voor drie indicatoren die van elkaar verschillen in looptijd, werking en complexiteit. Daarbij werden drie criteria toegepast: een indicator met een lange levensduur, een indicator die moeizaam tot stand is gekomen, en een kortstondige succesvolle indicator. De selectie is vervolgens afgestemd met de IGJ, de Federatie en V&VN. De geselecteerde indicatoren zijn achtereenvolgens: de pijnindicator, de indicator voor heupfractuur, en de time out indicator. Voor de casestudies zijn semigestructureerde interviews uitgevoerd met betrokkenen van de IGJ en wetenschappelijke verenigingen. Daarnaast is documentstudie uitgevoerd.

Dit hoofdstuk bestaat uit de drie casestudies gevolgd door de conclusies waarin we antwoord geven op de deelvraag naar de selectie van indicatoren voor de basisset in het samenspel tussen de IGJ en de veldpartijen.

5.1 Ontwikkeling indicatoren voor meten en behandelen van pijn⁹

“Vijftien jaar pijnscore, hoe lang nog een indicator? (...) Toen deze indicator in 2003 in de eerste basisset werd opgenomen was het doel duidelijk. Patiënten hadden onacceptabel veel pijn, zonder dat dit werd opgemerkt. Een zorgverlener ziet niet op afstand of een patiënt pijn heeft. Alleen ernaar vragen helpt. Er zijn gelukkig ook patiënten die geen pijn hebben, of waarbij de routine pijnbestrijding ruim voldoende is. Die patiënten kunnen dan ook melden dat zij een lage pijnscore hebben en wellicht vermindering van pijnmedicatie nodig hebben. Dat is geen ‘administratieve lastendruk’, maar zorg. Het is zichtbaar (en mogelijk zelfs begrijpelijk), dat leidinggevenden niet altijd tijd hebben om uit te leggen waarom een pijnmeting noodzakelijk is. Het is één van de functies van een toezichthouder om als laatste redmiddel te dienen. In het uiterste geval ‘moet het van de inspectie’. (...) Deze indicator is daarmee de oudste indicator van de inspectie. Het wordt tijd dat de ziekenhuizen en zorgprofessionals ervoor zorg dragen dat deze indicator niet langer onderscheidend is.” (IGJ, Het Resultaat Telt 2015: 24)

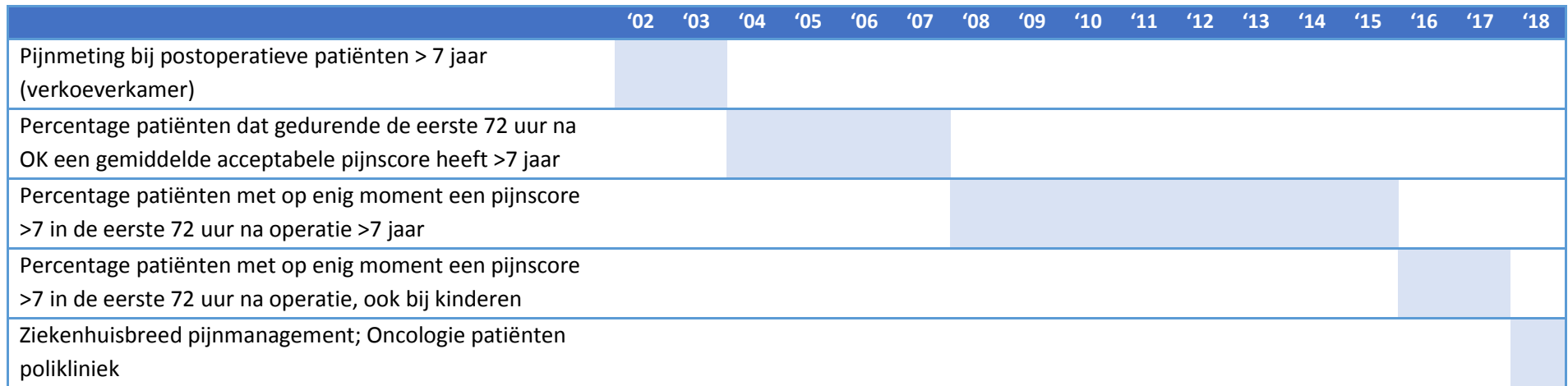
⁹ Deze casestudie is gebaseerd op documentenanalyse en interviews met de IGJ, NVA, NVALT, Federatie en V&VN (in totaal 8 interviews; IGJ en NVA zijn twee keer gesproken).

Inleiding

De pijnindicator zit in de basisset vanaf het begin en is daarmee de langstlopende indicator van de basisset. Dit maakt de indicator tot een interessante casus: waaraan heeft de indicator de lange levensduur te danken, en wat maakt het tot een succesvolle indicator? Bovendien biedt deze indicator de kans meer te leren over de (door)ontwikkeling van indicatoren.

Door de jaren heen is de indicator regelmatig van gedaante en inhoud veranderd en sinds 2016 ook van penvoerder; de afdeling pijnverpleegkundigen van V&VN heeft de indicator overgenomen van de Nederlandse Verenigingen voor Anesthesiologie (NVA). De tijdslijn (figuur 5) geeft weer hoe de pijnindicator door de jaren heen is uitgebreid van de verkoeverkamer naar de verpleegafdelingen. De 'winst' die jaarlijks met de pijnindicator is behaald is de voornaamste reden dat zij nog steeds in de basisset zit. Er vindt nog jaarlijks verbetering op de indicator plaats, namelijk dat bij meer patiënten pijn wordt gemeten. De indicator heeft zich geleidelijk uitgebreid van direct postoperatieve patiënten op de verkoeverkamer naar pijn na een operatie, en daarmee naar een bredere groep van patiënten in het ziekenhuis.

In de beschrijving van de verdiepende casus 'pijnindicator' laten we zien hoe de pijnindicator zich heeft ontwikkeld en welke discussies daarbij spelen. Deze beschrijvingen laten zien hoe de pijnindicator zich geleidelijk heeft ontwikkeld van meten (wordt er gescoord?) naar pijnbestrijding. Hoewel discussies hieromtrent nog steeds lopen is de pijnindicator ook om deze reden interessant: de indicator is steeds meer gericht geraakt op het aanpakken van een medisch en verpleegkundig probleem in plaats van meten als uitkomst van het gebruik van een indicator.



Figuur 5: Tijdslijn pijnindicator

De indicator voor pijn in de basisset: een overzicht

De pijnindicator is in eerste instantie een gezamenlijk initiatief geweest van de NVA en de IGJ. Zij sloten hiermee aan op lokale initiatieven van anesthesisten en nurse practitioners om op gevalideerde wijze postoperatief pijn te meten. De indicator betrof de eerste twee jaar alleen patiënten op de verkoeverkamer; de plek in het ziekenhuis waar anesthesisten verantwoordelijk zijn voor postoperatieve patiënten. Kinderen waren van de indicator uitgesloten, wat samenhangt met de afwezigheid van een gevalideerde methode om pijn bij kinderen te meten. Kinderen zijn pas sinds 2016 in de pijnindicator geïncorporeerd.

Na twee jaar was de indicator 'uitgewerkt'. Het doel was (bijna) bereikt: in de meeste ziekenhuizen werd op de verkoeverkamer standaard pijn gemeten en geregistreerd. In 2005 werd op 66% van de Nederlandse verkoeverkamer afdelingen standaard pijn gemeten, een percentage dat in 2007 opliep naar nagenoeg 100% (zie tabel 4). In 2005 werd de indicator, in samenwerking met de grootste snijdende specialismen (heelkunde, orthopedie, gynaecologie), uitgebreid naar de verpleegafdelingen. De betrokkenheid van de snijdende specialismen als 'accorderende partijen' was van belang om draagvlak te krijgen voor pijnmeting op de verpleegafdelingen. Tabel 4 laat zien dat het aantal ziekenhuizen dat standaard pijn ging meten geleidelijk toenam; van 63% in 2005 tot ruim 93% tien jaar later.

Tabel 4: ziekenhuisregistraties pijnindicator (Het percentage ziekenhuizen dat sores bijhoudt op de verschillende aspecten van de pijnindicator)

Jaar	Gem. percentage geregistreerde pijnmetingen op verpleegafdeling	Gem. percentage geregistreerde pijnmetingen op verkoever	Pijnscore >7.0 op verpleegafdeling
2005	63	66	
2006	70	73	
2007	-	+/- 100	
2008	69,8	+/- 100	5,6
2009	77,5	+/- 100	6,1
2010	78,2	+/- 100	7,2
2011	82	+/- 100	6,4
2012	85	+/- 100	7,2
2013	89,1	+/- 100	6,9
2014	92,2	+/- 100	6,9
2015	93,7	+/- 100	6,8

De aard van de indicator verschoof van het meetproces naar zorguitkomst: "Het percentage patiënten dat gedurende de eerste 72 uur na een operatie een gemiddeld acceptabele pijnscore heeft (namelijk 4 of minder)." In 2007 werd de definitie aangepast: "Het percentage patiënten dat gedurende de eerste 72 uur na een operatie op enig moment ernstige pijn ervaart", waarbij 'ernstig' werd gedefinieerd als een score van 7 of hoger. Uitkomsten hierop schommelen al jaren rond de 7%, met een grote variatie

tussen de ziekenhuizen. Deze variatie heeft vooral te maken met hoe de pijn wordt gemeten; in ruste of juist in activiteit:

“[In dit ziekenhuis] hebben wij een andere manier om om te gaan met die pijn, dus niet alleen die pijnscores maar met andere meezaken daaromheen... [het gaat over] functioneren en stabiliteit. We hadden altijd een hele hoge score, omdat we de pijnscore bij bewegen maten dus de hoogste pijnscore... omdat die verantwoordelijk zijn voor de complicaties. Je kan pijnscores in ruststand aanleveren maar dat zegt niet zoveel. Heel veel ziekenhuizen hadden eerst heel veel pijnscores in rust en zo laag mogelijk want dan sta je goed op de lijst bij de inspectie, dus wij stonden altijd ergens bovenin.” (Gespecialiseerd pijnverpleegkundige, 22 mei 2017)

Naast het meten van pijn staat in de eerste 10 jaar van de indicator het hebben van een ziekenhuisbreed pijnprotocol en een acute pijnservice centraal, waarmee indirect de nadruk wordt gelegd op de behandeling van pijn. In 2009 verdwijnt dit onderdeel van de pijnindicator omdat nagenoeg alle ziekenhuizen dan over een ziekenhuisbreed pijnprotocol en een acute pijnservice beschikken (zie tabel 5). Bij de IGJ verschuift dan de aandacht naar het registreren van pijn. Dit is halverwege de jaren '00 in de ziekenhuizen nog weinig gestandaardiseerd. Regelmatig wordt gebruik gemaakt van (kleine) steekproeven. Dit maakt ook dat in 2007 geen gemiddelde score van de ziekenhuizen wordt gegeven; er zijn onvolledige gegevens van ziekenhuizen, er lijken schattingen te worden gemaakt in plaats van dat 'harde cijfers' worden geleverd en er wordt gebruik gemaakt van steekproeven. De IGJ stelt hierover in Het Resultaat Telt:

“Dit jaar zijn er meer ziekenhuizen die gegevens kunnen leveren, hoewel de registratie nog steeds problemen oplevert, omdat gegevens over pijnmetingen genoteerd worden in een papieren status of een verpleegkundig dossier. Ook als wel digitaal wordt geregistreerd blijkt het niet altijd mogelijk een overzicht voor alle (of groepen) patiënten op te vragen.” (IGJ, Het Resultaat Telt 2007: 79)

De komst en (door)ontwikkeling van elektronische patiëntendossiers heeft de afgelopen jaren geleid tot meer gestandaardiseerde gegevens. Resultaten van pijnscores kunnen daardoor ook beter met elkaar worden vergeleken. De aandacht is hiermee verschoven naar het signaleren van pijn en de behandeling van pijn bij een grotere groep patiënten.

Tabel 5: ziekenhuisbreed pijnprotocol en acute pijnservice (Het percentage ziekenhuizen dat over ziekenhuisbreed pijnprotocol en acute pijnservice beschikt)

Jaar	Ziekenhuisbreed pijnprotocol	Acute pijnservice
2004	75	61
2005	84	76
2006	94	94
2007	94	94

In 2015 is V&VN gevraagd de pijnindicator over te nemen van de NVA:

“Een paar jaar geleden zaten we tijdens het najaarsoverleg met de inspectie om tafel en toen hadden we het over de pijnindicator en dat die in de vorm dat die was zijn beste tijd gehad had, vanwege het succes van de indicator of vanwege de hoge scores die erop behaald worden. Toen hebben we met de inspectie samen de wens uitgesproken dat het eigenlijk een ziekenhuisbrede indicator moet worden; spoedeisende hulp, interne afdeling etc. Daar zagen wij het politieke draagvlak niet zo voor als we dat vanuit de NVA zouden doen. Toen hebben we voorgesteld om dat vanuit V&VN te doen en samen met de inspectie hebben we V&VN gevraagd om de initiatiefnemer van de indicator te worden.” (NVA, 5 oktober 2017)

Een indicator vereist draagvlak; het meten en registreren vereist immers ‘werk’ en daardoor vaak een aanpassing in de zorgverlening. Voor de NVA was het lastig een ziekenhuisbrede indicator te initiëren omdat de anesthesiologie in de meeste gevallen alleen gedurende een beperkt aantal uren bij een patiënt betrokken is. V&VN, als nieuw gevestigde partij binnen het netwerk van de basisset, leek een meer geëigende partij om de indicator op zich te nemen. Het verzoek werd omarmd door de afdeling pijnverpleegkundigen van V&VN die al de wens had pijnbestrijding meer systematisch en evidence-based aan te pakken. Het penvoerderschap van de indicator bood hiervoor een kans, wat we hieronder verder zullen laten zien.

Van pijn meten naar pijn behandelen? Discussies over een nieuwe pijnindicator

De wens om met de pijnindicator te gaan sturen op de behandeling van pijn werd al in 2010 geuit door de IGJ:

“Het meten van pijn is inmiddels volkomen gebruikelijk. Het goed vastleggen van scores voor analyse nog niet. Verschillende fases van ontwikkeling zijn dan ook te onderscheiden. Als eerste (1) het hebben van een infrastructuur (pijnprotocol en een pijnservice). De tweede fase is het daadwerkelijk uitvoeren van metingen bij patiënten. Hierbij is een onderscheid te maken in (2a) de pijnmetingen op de verkoever (een afgebakende groep patiënten en personeel op één afdeling) en (2b) het uitvoeren en vastleggen van pijnmetingen op de verpleegafdelingen (een brede groep patiënten, verpleegkundigen en afdelingen). De volgende stap (3e fase) is het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking van de patiënt per afdeling: het hebben en gebruiken van de uitkomst (> dan 7) van de pijnmeting (een brede groep patiënten en afdelingen en een uitkomstmaat). De 4e fase is het inzicht hebben in de data: het systematisch registreren en analyseren van informatie over pijn, ten behoeve van het leveren van verantwoorde zorg.” (IGJ, Het Resultaat Telt 2010: 26).

Ook voor de NVA was adequate behandeling van pijn het uiteindelijke doel. Zij zagen dat dit in de praktijk veelal ook gebeurde; een indicator stuurt de aandacht:

“Dat het meer de aandacht voor het onderwerp is, dat is misschien nog wel belangrijker en de achterliggende gedachte bij een indicator. Dat de indicator zelden dat is wat je wil verbeteren, maar dat wat je wil verbeteren meten is vaak heel moeilijk... dus moet je wat anders doen. Ik

denk dat het meten van pijn al een aardig compromis is om zonder hele grote registratielast toch kwaliteitsverbetering te krijgen.” (NVA, 5 oktober 2017)

De NVA zette vooral in op ‘nudging’; het zachtjes sturen op behandeling van pijn. Hoewel uit empirisch onderzoek blijkt dat pijnmetingen soms wel geregistreerd maar niet altijd daadwerkelijk gemeten worden (cf. Wallenburg et al. 2016), doet dit volgens de NVA niets af aan het effect:

“Ik denk wel dat als je selectief patiënten niet meeneemt [niet de pijn scoort] omdat je iets ziet aan die patiënt wat jou de indruk geeft dat het goed is, dan ben je al in het proces bezig met een afweging maken en dat vind ik belangrijker dan dat perse die score wordt gedaan. Die verpleegkundige denkt er wel bewust over na (...).” (NVA, 5 oktober 2017)

De NVA legt meer de nadruk op de performatieve werking van een indicator (Dahler-Larsen 2013); een indicator zet een bepaalde ontwikkeling of gedrag in beweging. De pijnverpleegkundige van V&VN daarentegen legde nadruk op het belang van goed meten en registreren zelf: patiënten kunnen altijd pijn hebben en een meetinstrument kan dat zichtbaar, bespreekbaar en behandelbaar maken. De pijnverpleegkundigen, als nieuwe penvoerder van de pijnindicator, wensten een meer systematische kwaliteitsverbetering op het gebied van pijn, aansluitend bij de stand van de wetenschap. Zij zetten een brede werkgroep op om een ziekenhuisbrede pijnindicator te ontwikkelen waarbij alle medisch specialismen werden uitgenodigd – een uitnodiging, overigens, waar niet alle wetenschappelijke verenigingen op zijn ingegaan, iets wat later tot hoogoplopende discussies leidde, zoals we hieronder zullen laten zien.

Als penvoerder deed V&VN een eerste voorstel. Gestoeld op wetenschappelijke literatuur werd een driedelige indicator opgezet: (1) een ziekenhuisbrede pijnindicator (kliniek en polikliniek) voor alle patiënten; (2) elektronisch registreren van pijnmetingen; (3) ziekenhuizen moeten beschikken over een multidisciplinair pijnteam waarin systematisch aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt. De pijnindicator verschoof hiermee van enkel acute pijn (namelijk postoperatief) naar alle soorten pijn. Het includeren van een multidisciplinair pijnteam gericht op de identificatie en aanpak van pijn laat zien dat de indicator een wezenlijk andere is dan de bestaande pijnindicator, en gericht op behandeling in plaats van meten en registreren (zie kader).

Begin 2017 leidde vooral het ziekenhuisbrede aspect van de indicator tot weerstand. De longartsen hadden al in een vroeg stadium aangegeven zich niet te kunnen vinden in de omvang van de indicator en maakten bezwaar tegen de stelling dat het uitvragen van pijn van belang is voor iedere patiënt omdat niet iedere patiënt pijn hoeft te hebben. De longartsen hadden deze kritiek al aan het begin van de ontwikkeling van de nieuwe pijnindicator gedeeld, maar omdat ze verder niet meer bij de ontwikkeling van de indicator betrokken waren geweest kwam deze kritiek pas tijdens de consultatieronde weer op tafel. Ook de neurologen waren toen (zeer) kritisch. De kritiek betrof met name de hoge registratielast die de nieuwe indicator met zich mee zou brengen. De longartsen stelden dat hun eerdere kritiek niet voldoende was verwerkt. Beide wetenschappelijke verenigingen gaven aan niet te kunnen instemmen met de ziekenhuisbrede pijnindicator. Dit leidde ertoe dat de Federatie, die steeds bij de ontwikkeling van de pijnindicator betrokken was geweest, druk op V&VN zette om de pijnindicator weer in te trekken.

Box 1: Indicator: ziekenhuisbreed pijnmanagement (basisset 2018)

Ziekenhuisbrede pijnindicator

Het streven is dat binnen ieder ziekenhuis bij alle patiënten de pijn gemeten en geregistreerd wordt. Bij patiënten met acute (postoperatieve) pijn: minimaal 3 x per dag, op de SEH en dagbehandeling bij triage/binnenkomst en ontslag, bij patiënten met kanker op de polikliniek 1 x per dag. Bij alle overige patiënten minimaal 1 x per dag.

Elektronische registratie

Aantal klinische chirurgische patiënten waarbij minimaal 1 x per dag tijdens elke opnamedag een pijnmeting digitaal geregistreerd is. (norm: 90%)

Multidisciplinair pijnteam

- 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor alle opgenomen patiënten met pijn: 10 punten
- Multidisciplinaire samenstelling: 10 punten
- De anesthesioloog en de verpleegkundige of anesthesiemedewerker hebben een aanvullende vakinhoudelijke opleiding ten aanzien van pijnbehandeling positief afgerond: 10 punten
- Uitvoering van patiëntconsulten: 10 punten
- Ondersteuning van pijneducatie aan patiënten: 10 punten
- Ondersteuning pijneducatie aan medewerkers: 10 punten
- Ondersteuning bij het opstellen van protocollen en/of werkwijzen ten aanzien van pijnmanagement: 10 punten
- Ondersteuning ten behoeve van digitale registratie van pijngegevens: 10 punten
- Ondersteuning bij kwaliteitsverbetering op het gebied van pijnbehandeling: 10 punten (hiervoor dient de PDCA cyclus te worden gevolgd)
- Het uitvoeren van een audit met betrekking tot de uitvoering van het afgesproken pijnbeleid op de afdelingen: 10 punten

(norm: 80 punten)

Daarop besloot V&VN de indicator voor de basisset 2018 smaller te formuleren en alleen te richten op oncologiepatiënten op de polikliniek (zie box 1). De intentie is de komende jaren langzaam uit te breiden naar de gewenste ziekenhuisbrede indicator:

“We dachten van nou, als we in ieder geval bij de oncologie patiënten voor elkaar krijgen dat daar pijn wordt gemeten, dan kunnen wij in een volgens stadium... want die indicator moet natuurlijk elk jaar doorontwikkeld worden... kijken of we er een andere groep patiënten bij kunnen doen.” (pijnverpleegkundigen V&VN, 22 mei 2017)

De IGJ, die alleen aan het begin van het traject betrokken was geweest, reageerde wat verbaasd op de ontstane onrust. De IGJ gaf aan dat als zij eerder betrokken was geweest, ze mogelijk een mediërende rol had kunnen spelen tussen V&VN en de wetenschappelijke verenigingen. Tegelijkertijd stelde de IGJ dat het een proces is waar de afdelingen en verenigingen doorheen moeten omdat het uiteindelijk hun

kwaliteitsbeleid is. Voor de IGJ is het van belang of de indicator een instrument is om kwaliteit van zorg te sturen. De nieuwe pijnindicator voldoet aan deze eis.

Conclusie

De pijnindicator is weliswaar de langstzittende indicator van de basisset, maar zij is verre van statisch: de pijnindicator van 2003 was een wezenlijk andere indicator dan die van 2018. Door de jaren heen is het bereik van de indicator steeds verder uitgebreid en zijn steeds meer partijen betrokken geraakt. Een belangwekkende nieuwe ontwikkeling is de stap naar ziekenhuisbreed pijnmanagement. Dit betreft niet alleen een omvangrijke groep patiënten maar ook een breder perspectief op pijn en pijnmanagement. Bovendien is hierbij een andere partij in de lead; de pijnverpleegkundigen die een meer evidence-based en systematische benadering willen van pijnmanagement dan die de anesthesisten voor ogen hadden. Een lopende discussie is bijvoorbeeld wanneer pijn moet worden gemeten (in rust of in actie) en bij wie. Pijn komt daarmee als aandoening en risico (acute pijn die leidt tot chronische pijn bijvoorbeeld) steeds meer centraal te staan in plaats van als een gevolg van een operatieve ingreep.

5.2 Ontwikkeling indicatoren voor de behandeling van een heupfractuur

Inleiding

De multidisciplinaire indicator heupfractuur gericht op kwetsbare ouderen (zie box 2) wordt over 2017 voor het eerst uitgevraagd. Daarmee komt een eind aan de lange aanloop die deze indicator nodig heeft gehad om in de basisset te komen. Tegelijkertijd is de indicator niet nieuw; in de loop der jaren zijn verschillende aan heupfractuur gerelateerde indicatoren in de basisset opgenomen geweest. De lange aanloop van de nieuwe indicator, en vooral de onderhandelingen die hieraan ten grondslag liggen, maken de indicator tot een interessante casestudie om inzicht te verkrijgen in de netwerkstructuur van de basisset en hoe de besluitvorming rondom indicatoren in het samenspel tussen wetenschappelijke verenigingen en de IGJ verloopt. Een tweede reden waarom deze indicator interessant is, is haar multidisciplinaire karakter die aansluit bij de verbreding van zorgverlening naar organisatie van zorg (cf. Allen 2015).

De indicator heupfractuur is gedefinieerd als “de functionele uitkomst bij kwetsbare ouderen na een proximale femurfractuur”. Kenmerkend voor deze indicator is de holistische benadering waarbij de patiënt met een femurfractuur wordt gezien in zijn fysieke, psychische en sociale context; meer dan de behandeling van de fractuur op zich gaat het over de gezondheid en het welzijn van kwetsbare ouderen. In deze paragraaf wordt de ontwikkeling van de indicator gereconstrueerd op basis van documentanalyse en interviews. Interviews zijn gehouden met vertegenwoordigers of oud-betrokkenen van de vijf betrokken wetenschappelijke verenigingen (NVA, NVKG, NVvH, NIV en oud-ervaringsdeskundige van de NOV)¹⁰ en met de IGJ. Opvallend daarbij was dat de verschillende partijen

¹⁰ NVA: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (Ondersteunend specialisme)

NOV: Interview is gedaan met een orthooped die een aantal jaren geleden betrokken is geweest bij de

soms een andere visie hadden op hetgeen wat en wanneer is gebeurd, waardoor het lastig was een eenduidige tijdslijn te reconstrueren.¹¹ In deze paragraaf bespreken we de verschillende perspectieven en belevingen ten aanzien van de indicator; netwerk governance gaat immers niet alleen over overeenstemming en afstemming, maar ook over conflicterende verwachtingen, perspectieven en belangen. We laten vervolgens zien hoe de verschillende visies zijn samengebracht in de nieuwe indicator.

Box 2: Indicator Functionele uitkomst van kwetsbare ouderen met een proximale femurfractuur (basisset 2017)

De indicator ‘functionele uitkomst van kwetsbare oudere’ hangt samen met de kwaliteitsregistratie heupfracturen (de Dutch Hip Fracture Audit) waarbij uitkomsten worden gemeten op twee domeinen: mobiliteit en ADL. Voor het domein mobiliteit is gekozen voor de Mobility score: een semi kwantitatieve maat: 1 Onbekend; 2 Mobiel zonder hulpmiddel; 3 Buitenshuis mobiel met een stok; 4 Buitenshuis mobiel met rollator of looprek; 5 Alleen binnenshuis mobiliserend; 6 Geen functionele mobiliteit.

Voor het domein functionaliteit is gekozen voor de Katz-6 ADL-lijst. Deze lijst die de algemene dagelijkse activiteiten (ADL) meet, is nu voor alle 70-plussers onderdeel van de VMS-indicator kwetsbare ouderen bij opname. Nieuw voor deze categorie wordt de score bij ontslag en drie maanden na behandeling.

1. Heeft u hulp nodig bij baden of douchen?
2. Heeft u hulp nodig bij het aankleden?
3. Heeft u hulp nodig bij het naar het toilet gaan?
4. Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal?
5. Heeft u hulp nodig bij een transfer van bed naar stoel?
6. Heeft u hulp nodig bij het eten?

Per positief beantwoord item wordt een 1 gescoord (met hulp) en per negatief gescoord item een 0 (onafhankelijk). De score wordt opgeteld om de mate van afhankelijkheid in het ADL-functioneren weer te geven. Voor de pre-operatieve score wordt de score gebruikt, zoals de situatie was vóór de heupfractuur.

Andere indicatoren

Voordat de huidige indicator over heupfractuur in de basisset werd opgenomen, zijn er door de jaren heen verschillende indicatoren over heupfractuur in de set geweest. Een overzicht van deze indicatoren is weergegeven in figuur 6. Een aantal van deze indicatoren heeft invloed gehad op de

Nederlandse Vereniging voor Orthopedie (Snijdend specialisme) en de ontwikkeling van de indicatoren.

NIV: Nederlandse Internisten Vereniging (Beschouwend specialisme)

NVKG: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (Beschouwend specialisme)

NVvH: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (Snijdend specialisme)

¹¹ De tijdslijn zoals weergegeven in figuur 6 is zoveel mogelijk gebaseerd op schriftelijke bronnen.

ontwikkeling van de indicator ‘functionele uitkomst na heupfractuur’, zoals hieronder verder beschreven zal worden.

	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
Percentage patiënten van 65+ met heupfractuur dat afgelopen jaar binnen een kalenderdag na presentatie geopereerd is.											
Heroperaties bij heupfractuur											
Medebehandeling geriatrie bij heupfractuur											
Certificering voor Orthopedisch, Chirurg, Traumatoloog											
Functionele uitkomst na heupfractuur											

Figuur 6: Overzicht van de verschillende indicatoren van heupfractuur in de set

De ontwikkeling van de initiële indicator voor heupfractuur

Vanaf het begin van de basisset in 2003 is gesproken over het belang van een indicator voor heupfractuur. Patiënten met een heupfractuur moesten in die tijd vaak lang op een behandeling wachten. Ook bleek de heupoperatie een ingreep met een zeer hoge mortaliteit. De IGJ heeft het voortouw genomen in de ontwikkeling van de indicator. Allereerst is een indicator ontwikkeld voor het opereren van patiënten met een heupfractuur binnen vierentwintig uur. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) was daarvan de penvoerder en dus eindverantwoordelijk. Enkele jaren na invoering van deze indicator kwamen er berichten uit het veld dat de indicator een pervers effect had op de kwaliteit van zorg. Een, in die tijd, betrokken bestuurslid van de NVA zegt hierover:

“En dat betekende dat alle ziekenhuizen ineens een patiënt met een heupfractuur met voorrang gingen opereren, om maar te zorgen dat ze binnen die vierentwintig uur bleven. Dus allerlei zieke oude mensjes, die dement over een badkamermatje gestruikeld waren, die moesten allemaal hop op tafel, omdat het binnen vierentwintig uur moest.” (NVA, 7 september 2017)

Hoewel de NVvH en de NVA van mening verschilden over de tijdsdruk die was ontstaan als gevolg van de druk om operaties binnen vierentwintig uur uit te voeren, waren beide verenigingen het erover eens dat het om een kwetsbare groep patiënten gaat met vaak ook comorbiditeit. Dit brengt operationele risico's met zich mee waardoor eerst kritisch gekeken moet worden of een patiënt fysiek sterk genoeg is om te worden geopereerd. Dit werd bemoeilijkt door de gecreëerde tijdsdruk. De internisten waren in die tijd nog niet betrokken. Toen de NIV op de hoogte raakte van de discussie over comorbiditeit en kwetsbaarheid zijn zij gaan 'meelezen' met de indicator.

In 2008 was het de NVA die (opnieuw) aan de bel trok en aangaf te willen overleggen met de andere verenigingen en de IGJ over alternatieve indicatoren voor heupfractuur. De NVA gaf aan bezorgd te

zijn over de gevolgen van de tijdsdruk veroorzaakt door de indicator op de werkdruk en ziekteverzuim. De IGJ, op haar beurt, wilde meer aandacht voor het welzijn van kwetsbare ouderen, en vroeg de NVA zich op deze kwetsbaarheid te richten. Er werden verschillende bijeenkomsten georganiseerd met de kwaliteitscommissie en de richtlijncommissie van de NVA en de IGJ om te bekijken wat een goede maat zou zijn om de kwaliteit van zorg voor deze patiëntengroep te meten en monitoren. Tijdens deze bijeenkomsten heeft de IGJ de hoge mortaliteitscijfers bij de doelgroep voorgesteld als mogelijke uitkomstmaat. Het verzoek voor een indicator werd wederom bij de NVvH neergelegd omdat zij als onderdeel van de registratie voor traumatologie een uitkomst 'mortaliteit' registreerden. De NVvH, op dat moment breder actief binnen de basisset, zegde toe penvoerder te worden. De NOV werd gevraagd mee lezen in verband met hun ervaringen en betrokkenheid met heupoperaties, naast de NIV en de NVA die al betrokken waren.

Twijfels over mortaliteit als uitkomstmaat

Nadat de IGJ de uitkomstmaat 'mortaliteit' geïnitieerd had zijn de verenigingen hiermee aan de slag gegaan. Gedurende de overlegperiode bleef de indicator 'operatie binnen vierentwintig uur', in de set om zo de aandacht voor de doelgroep vast te houden. Tussen 2009 en 2012 zijn de NOV, de NVA, de NIV en de NVvH bezig geweest met de ontwikkeling van de nieuwe indicator. Ondertussen betrok de IGJ en de Federatie in 2012 de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) bij het proces om zo meer zorg te genereren voor kwetsbare ouderen met comorbiditeit. De NVKG gaf aan als vereniging te klein te zijn om zonder extra (financiële) middelen actief deel te kunnen nemen aan de ontwikkeling van een indicator. De IGJ bleef met de vereniging in gesprek en overtuigde hen in 2012 van het belang van deelname. Dit voorbeeld laat treffend zien dat de netwerkstructuur van de basisset ook een bepaalde bestuurlijke traagheid met zich meebrengt, en dat het net zo goed gaat over het 'verleiden' om mee te doen als om toezicht op kwaliteit van zorg.

Ondertussen presenteerde in 2013 de NVvH de indicator heupfractuur met als uitkomstmaat mortaliteit. De betrokken wetenschappelijke verenigingen uitten hun zorgen over de nieuw ontwikkelde indicator; met name omdat het toepassen van case mix correctie als (te) complex beschouwd werd vanwege de gevoeligheid van de uitkomst. Daarnaast kwam het argument terug dat patiënten met heupfractuur vaak de kwetsbare oudere is waarbij comorbiditeit een grote rol speelt. De NVA uitte opnieuw kritiek op de indicator en de NOV en NIV steunden de NVA hierin.

De aanwezigheid van de continue discussie over mortaliteit zorgt ervoor dat de NVA in 2013 via een officiële brief de indicator mortaliteit afwijst. De IGJ toont begrip maar geeft de verenigingen ook te verstaan een 'nee' niet te kunnen accepteren. In een interview erkent de IGJ dat zij mortaliteit als indicator besloten te behouden om zo druk te zetten op de ontwikkeling van een nieuwe, betere, indicator voor deze patiëntengroep. De IGJ probeert druk op de verenigingen te zetten zodat zij in beweging blijven, maar niet zoveel druk dat 'het klappt' en er niets overblijft. De IGJ stelt dat de inhoud van de indicator voor hen van secundair belang is; wat betreft de uitkomstmaat zijn meerdere uitkomsten mogelijk en is het aan de wetenschappelijke verenigingen om de uitkomstmaat te bepalen. Het primaire belang vanuit de IGJ is aandacht voor de patiënten doelgroep met daarbij een kwaliteitsslag in de zorg voor deze patiënten. De verenigingen voelen allemaal de druk en praten verder. Een tegenvoorstel wordt verwacht vanuit de IGJ. Hiermee verschuift de indicator, alvorens

deze in de set opgenomen is, naar een nieuwe discussie over de inhoud van de indicator, en wie daarbij betrokken moeten zijn om de zorg te verbeteren.

In diezelfde periode heeft de NVKG financiële middelen gekregen om een richtlijn te ontwikkelen voor de medebehandeling van klinisch geriater bij de chirurgische patiënt. Ook groeit het besef dat de klinisch geriater met de jaren een grotere rol zal krijgen in de zorg voor kwetsbare ouderen. De betrokkenen zijn het erover eens dat deze rol ook gepakt moet worden. Met die reden worden de klinisch geriater opnieuw gevraagd mee te denken over de ontwikkeling van een nieuwe indicator voor patiënten met heupfractuur. Met het oog op de belangen voor de doelgroep en de beschikbare middelen die vrij zijn gekomen met de richtlijn stemt de NVKG toe. Verschillende multidisciplinaire overleggen vinden plaats tussen de verenigingen, op uitnodiging van de IGJ die nog steeds primair belang hecht aan het speerpunt kwetsbare ouderen. Tijdens deze overleggen komt wederom naar voren dat men het eens is dat een indicator voor deze doelgroep ontwikkeld moet worden. Een knelpunt wordt echter gezien in de onderlinge afstemming en de wisselende mate van betrokkenheid van verenigingen. Ook wordt door verschil in werkculturen tussen verschillende medische specialismen de behandeling vanuit verschillende invalshoeken belicht. Het gevolg hiervan is een verschil in mening tussen de NVvH en de NOV enerzijds (beide een snijdend specialisme) en de NVKG en de NIV (beide een beschouwend specialisme) anderzijds, met de NVA aan de zijlijn.

Het vervolg voor heupfractuur: functionele uitkomstmaat

Naast de richtlijn waar de NVKG actief mee is, wordt gewerkt aan een kwaliteitsregistratie waarvan een onderdeel de functionele uitkomstmaat na heupfractuur is. Met deze ontwikkelingen in het achterhoofd oppert de NVKG de uitkomstmaat 'functionaliteit' voor de indicator, wat uiteindelijk wordt goedgekeurd door de NVvH en de NOV. Functionaliteit gaat hier over mobiliteit en het uitvoeren van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). De uitkomstmaat is gebaseerd op een kwaliteitsregistratie die nog in ontwikkeling is en waar beide partijen bij betrokken zijn. Verdere inzichten uit het veld die wetenschappelijk nog niet goed uitgekristalliseerd zijn, zorgden echter voor discussie met de NIV en NVA. Zij waren niet direct overtuigd en vreesden met name een omvangrijke registratielast met verschillende uitkomstmaten. Multidisciplinaire indicatoren zijn nog relatief nieuw en verenigingen geven aan dat zij hier met en aan elkaar moesten wennen. Door deze omstandigheden liepen verenigingen met de IGJ wederom tegen de muur. Onderstaande quote bevestigt deze knelpunten:

*“Het lastige is dan in zo’n situatie, zeg maar dat zich bepaalde wetenschappelijke verenigingen wel terecht ermee bezig zijn, dat het niet hun primaire zorg is en dat er soms dan wat dingen blokkeren waarvan iedereen zegt dat het eigenlijk wel de goede richting zou moeten zijn.”
(NVA, 7 september 2017)*

De bovenstaande quote legt de nadruk op de 'core business' van een vereniging. Wanneer een vereniging akkoord gaat met een indicator, maar zij niet het primair verantwoordelijke specialisme voor deze patiëntencategorie zijn, kan discussie ontstaan over registratielast, zoals eerder beschreven in het hoofdstuk over de wetenschappelijke verenigingen. Wat hier meespeelt is (een gebrek aan) de doorzettingsmacht die een vereniging bij de achterban heeft, en die ook weer samenhangt met de

personen die in het bestuur van een vereniging actief zijn. Na verschillende bijeenkomsten tussen alle partijen en de IGJ neemt begin 2014 de NVKG de taak als penvoerder van de indicator op zich. De verenigingen accorderen het voorstel en de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de indicator verschuift naar de NVKG. De NVVH initieert een kwaliteitsregistratie door middel van een audit, de NVKG gaat aan de slag met het opstellen van de betreffende kwaliteitsregistratie, wat een gezamenlijke registratie van de betrokken partijen zal worden. De gepresenteerde kwaliteitsregistratie stuit echter op weerstand bij de meelezende partijen die een hoge registratielast vrezen zonder duidelijk voordeel. Samen met de IGJ wordt besloten een pilot te houden met de kwaliteitsregistratie. De NIV voert de pilot uiteindelijk niet volledig uit en de resultaten zijn niet op tijd binnen. Dit leidt tot ontevredenheid bij de NVKG. De NIV bevestigt dat zij nog steeds aan boord is, maar spreekt haar twijfels uit over de registreerbaarheid van de uitkomstmaat. De NIV laat weten 'te hopen dat de achterban het ondersteunt'. Dit voorbeeld laat zien hoe de besturen van wetenschappelijke verenigingen moeten laveren tussen de IGJ, collega besturen en hun achterban.

Begin 2015 komen de verenigingen, behalve de NIV, opnieuw samen met de IGJ. Eerdere besluiten worden doorgevoerd en uitkomsten uit de kwaliteitsregistratie zullen de indicator gaan vormen. De discussie krijgt nog een staartje in een overleg in december 2015 waar de vraag op tafel ligt of er direct een uitkomst vastgesteld moet worden of dat er eerst een procesindicator in de set komt. De IGJ houdt zich hierin bewust afzijdig omdat voor haar meerdere uitkomsten acceptabel zijn; de IGJ wil vooral *een* indicator om de aandacht te vestigen op de zorg voor kwetsbare ouderen. Besloten wordt voor de set van 2017 en 2018 een proces-indicator aan te leveren, waarna deze vanaf 2019 zal worden doorontwikkeld tot een uitkomstindicator. Alle betrokken verenigingen accorderen dit besluit. De NVKG werkt de uiteindelijke (proces)indicator 'functionaliteit na heupfractuur' uit en deze wordt ingediend voor de set van 2017 en 2018. De betrokken verenigingen erkennen dat de uiteindelijke indicator geen scherpe indicator is geworden voor alle partijen, maar door het belang van het thema, de druk van de IGJ en de keuze om met een proces-indicator te starten, heeft iedereen de indicator geaccordeerd.

Conclusie

De casus heupfractuur laat zien dat het lastig is om complexe zorgproblematiek te 'vangen' in een indicator. Voor de IGJ was heupfractuur al lange tijd een risico in de zorg. Daarbij ging het niet zozeer om de aandoening zelf, als wel dat het vaak gaat om een kwetsbare groep ouderen bij wie de fractuur eerder een uiting is van grotere en meervoudige problematiek. Complexiteit gaat hier ook over het bij elkaar brengen van verschillende specialismen met ieder hun eigen betrokkenheid bij de doelgroep en bij de indicator. De casus laat het samenspel zien dat onderliggend is aan de basisset: partijen met ieder hun eigen belangen die elkaar, onder druk van de IGJ, overeenstemming moeten zien te vinden in het maken van een indicator. Daarbij zie we dat dit niet alleen valt of staat met de welwillendheid en bereidheid van de wetenschappelijke vereniging zelf, maar ook met de achterban van die vereniging. Voor de wetenschappelijke verenigingen betekent het ontwikkelen van indicatoren soms dat zij moeten (leren) navigeren tussen de IGJ, patiënten, collega verenigingen en de eigen achterban.

De casus geeft daarnaast meer inzicht in de rol en positie van de IGJ. De IGJ is een sturende partij; zij geeft richting aan de zorggebieden waarvoor een indicator wordt ontwikkeld. Daarbij kan de IGJ druk

zetten op veldpartijen om tot de indicator en gewenste verbeteringen in de zorg te komen. Tegelijkertijd, en conform de inzichten uit de netwerk governance literatuur, is de IGJ hierbij afhankelijk van de bereidwilligheid van de veldpartijen. Echter lijkt deze er wel te zijn, maar mede door de complexiteit leidt dit er soms toe dat een indicator (veel) langer op zich laat wachten dan volgens de IGJ wenselijk is.

Tot slot geeft de casus inzicht in het ontwikkeltraject van een indicator. Bij de indicator heupfractuur werd eerst gefocust op operatietijd; een indicator die meer gaat over logistiek dan over de ingreep zelf en die bovendien leidde tot een grote druk om snel te opereren zonder daarbij eerst de specifieke situatie van de patiënt goed te kunnen beoordelen. Door de jaren heen is de aandacht verschoven naar behandeling van de aandoening naar de complexiteit van het behandelen van een kwetsbare groep patiënten met comorbiditeit waarbij de uitkomst van zorg van veel meer afhankelijk is dan een succesvolle operatieve ingreep. Dit 'vangen' van de complexiteit van zorg in zowel klinische behandeling als organisatie van zorg is een belangrijke uitdaging waar de basisset nu voor staat.

5.3 Ontwikkeling van de indicator voor de time-out procedure

Deze paragraaf gaat over de Time-out indicator 'Stopmoment IV', als voorbeeld van een succesvolle indicator in de basisset. 'Stopmoment IV' is gericht op de operatieve ingreep zelf. De indicator is in 2012 in de basisset opgenomen en werd voor de laatste keer uitgevraagd in de basisset van 2014. Het succes van de indicator maakt dat zij maar kort in de basisset heeft gezeten. Deze casestudie is interessant omdat het inzicht geeft in de dynamiek die een indicator teweeg kan brengen, waardoor snelle verbeterlagen kunnen worden gerealiseerd.

Voor de casestudie is een documentanalyse uitgevoerd en zijn interviews gehouden met een inspecteur van de IGJ en met vijf medewerkers/leden van drie wetenschappelijke verenigingen: de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en een ervaringsdeskundige van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV).

In deze paragraaf wordt eerst uitgelegd wat de time-out procedure behelst en wat Stopmoment IV precies inhoudt. Vervolgens wordt de ontstaansgeschiedenis van de indicator beschreven waarbij wordt ingegaan op onderwerpen als eigenaarschap, samenwerking, resultaat en de doorontwikkeling van een indicator. We eindigen met een aantal conclusies over wat een snel succes van een indicator ons leert over de werking en doorwerking van de basisset.

Time-out procedures en stopmoment IV

In de richtlijnen voor het operatieve proces staan vijf cruciale stopmomenten beschreven. Tijdens deze stopmomenten moet alle informatie aanwezig en kloppend zijn, voordat de patiënt de volgende stap van het operatieve proces in kan (NVA en NVvH 2010):

- Stopmoment I = Preoperatief: Veiligheid (o.a. Zijn de juiste maatregelen getroffen om het perioperatieve risico zoveel mogelijk te beperken?);

- Stopmoment II = Planning: Planning en organisatie (o.a. Is aan alle randvoorwaarden voldaan, zoals akkoord operateur?);
- Stopmoment III = Voorbereiding voor de operatie: Organisatie en patiëntveiligheid (o.a. Zijn alle preoperatieve afspraken uitgevoerd?);
- Stopmoment IV= Voorbereiding operatie: Veiligheid (o.a. Is dit de juiste patiënt? Wat is de plaats/zijde van de operatie?);
- Stopmoment IV = Operatie: Patiëntveiligheid (o.a. Nogmaals: Is dit de juiste patiënt? Wat is de plaats/zijde van de operatie?).

De indicator Time-out geeft informatie over het vierde stopmoment (zie box 3). Een laag percentage patiënten waarbij dit stopmoment is uitgevoerd kan wijzen op te weinig samenwerking tussen het chirurgische en anesthesiologische team en het ontbreken van standaardisatie in handelen en overdracht. Het ontbreken van standaardisatie kan leiden tot een verhoogd risico op sterfte en complicaties bij operaties (NVA en NVvH 2010; de Vries et al. 2010). Daarnaast kan het niet volgen van de richtlijnen ook duiden op onvoldoende hygiënisch gedrag en onvoldoende maatregelen voor infectiepreventie (IGZ 2017).

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog (c.q. AIOS) en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid personeel en materialen en bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, vóór de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt. De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam (NVA en NVvH 2010).

Box 3: Stopmoment IV

De geschiedenis van Time-out indicator Stopmoment IV

Box 4 geeft de Time-out indicator Stopmoment IV weer zoals deze in 2015 voor het laatst werd uitgevraagd.

Percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV:

- Inclusie criterium: Alle electieve ingrepen vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn Peroperatief proces.
- Teller: aantal electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd.
- Noemer: totaal aantal patiënten waarbij de besproken electieve operatie is goedgekeurd en ingepland.

Box 4: Indicator Stopmoment IV, zoals voor het laatst uitgevraagd in 2015

Toezicht door de IGJ

Sinds 2006 voert de IGJ jaarlijks inspectiebezoeken uit in het kader van het Toezicht Operatief Proces (TOP),¹² ondanks dat er toen nog geen richtlijnen waren. Uit meldingen bij de IGZ bleek dat verwisselingen, bijvoorbeeld een links-rechtsverwisseling bij een knieoperatie waarbij het verkeerde been werd geopereerd, voortvloeiden uit een niet goed uitgevoerde time-out procedure. Ook constateerde de IGJ tijdens observatiebezoeken op de OK's, dat de uitvoering van de time-out nog vaak te wensen overliet. Zo werden niet alle teamleden bij de procedure betrokken, werden vaak gesloten vragen gesteld en ontbrak het aan regie (Ligthart et al. 2013). Stopmomenten worden beschouwd als essentiële veiligheidsvoorzieningen in een proces. Zij zorgen ervoor dat eerdere fouten het proces niet verder kunnen verstoren (IGZ 2017).

De time-out indicator is vanuit de IGJ een klassiek voorbeeld van risicogestuurd toezicht. Het uitvoeren van een operatie is nooit zonder risico's. Door een hele serie maatregelen, variërend van het invoeren van een coördinerende specialist, die een patiënt veilig door het proces kan leiden, tot aan het steeds meer voorspelbaar maken van het proces, werd het risico steeds verder teruggebracht (IGZ 2017).

In geval van calamiteiten door verwisseling vanwege een niet of onjuist uitgevoerde time-out, treedt de inspectie sinds 1 april 2013 consequent handhavend op. In beginsel werd iedere verwisseling direct door de inspectie onderzocht en daarna aan de tuchtrechter voorgelegd, tenzij uit het onderzoek bleek dat de verwisseling niet voorkomen had kunnen worden (Ligthart et al. 2013). Dit tuchtrechtbeleid is inmiddels aangepast. Het beleid gaf zoveel misverstanden dat het contraproductief was. Er ontstond meer discussie over de handavingsmaatregel dan over het doel van de maatregel. De IGJ handelt nu weer conform de gebruikelijke calamiteitenprocedure. Bij verwijtbaar gedrag komt de IGJ in actie.

Indicator in combinatie met richtlijn

In de afgelopen jaren hebben zeker ook de veldpartijen een belangrijke bijdrage geleverd aan de patiëntveiligheid door de ontwikkeling van richtlijnen die het operatief proces veiliger maken (Ligthart

¹² "De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderzoekt de kwaliteit van het operatieve proces: Toezicht Operatief Proces (TOP). Dat gebeurt in ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en particuliere klinieken. De richtlijnen gepubliceerd door verenigingen en koepels betrokken bij het operatieve proces zijn vertaald naar toetsingskaders- en instrumenten. Algemeen toetsingskader voor het operatief proces is een set van normen en daarbij horende toetsingscriteria waarop de inspectie toetst, gebaseerd op wet- en regelgeving en veldnormen." (bron: <https://www.igj.nl/zorgsectoren/ziekenhuizen-en-klinieken/operatief-proces>; geraadpleegd 09/11/2017).

et al. 2013). De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Orde van Medisch Specialisten (*thans Federatie, red.*) (h)erkenden veel van de door de IGZ gevonden tekortkomingen en hebben samen met V&VN, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) (*thans, Patiënten Federatie, red.*), diverse snijdende disciplines en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO het initiatief genomen de richtlijn 'Preoperatief traject' te ontwikkelen. De richtlijn is gedurende twee jaar ontwikkeld door een multiprofessionele kerngroep, in samenspraak met een brede multiprofessionele klankbordgroep en door middel van twee conferenties 'invitational conferences', een praktijktest en schriftelijke commentaarrondes. Uiteindelijk werd de richtlijn in december 2009 door vrijwel alle betrokken belangenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen geaccordeerd (Wolff et al. 2010).

De indicator Stopmoment IV werd in 2012 voor het eerst uitgevraagd in de basisset (gegevens over 2011). De ontwikkeling van de indicator is dus nog een jaar eerder afgerond, in hetzelfde jaar als de bijbehorende richtlijn werd gepubliceerd (2010). Het doel was ook om de indicator daadwerkelijk al in de basisset te hebben op het moment dat de richtlijn zou uitkomen. De planningsprocessen van het opstellen van een indicator en van het opstellen van een richtlijn zijn lastig op elkaar af te stemmen als deze naast elkaar lopen. Idealiter wordt volgens de wetenschappelijke verenigingen eerst de richtlijn geschreven en worden daarna de indicatoren opgesteld, zodat de inhoud aansluit bij de richtlijn. In het geval van Stopmoment IV is dus meer afstemming tijdens het proces nodig geweest. Desondanks kan de indicator over Stopmoment IV gezien worden als een relatief eenvoudige indicator. Over de indicator antibioticaprofylaxe heeft men bijvoorbeeld een jaar langer gedaan dan over de ontwikkeling dan over de indicator voor Stopmoment IV.

De indicator bleek uiteindelijk een katalysator te zijn voor de implementatie van de richtlijn. Doordat de indicator al in de set zat – en de IGJ de implementatie daarmee onafwendbaar maakte – wisten ziekenhuizen meteen na het uitbrengen van de richtlijn dat ze ermee aan de slag moesten (IGJ, 7 juni 2017 en 16 november 2017; NVvH, 28 augustus 2017). Daarvoor was er wel discussie over de zinvolheid van het stopmoment onder professionals. De geïnterviewde van de NVA gaf aan dat door collega's werd gezegd: *"Dus, wat een onzin, nee, je kan toch zelf wel opletten welke kant ik opereer en waarom moet ik... Waarom moeten we daar nu een time-out voor doen?"* (NVA, 14 september 2017). In zekere zin kon de geïnterviewde van de IGJ in die gedachtegang meegaan. Maar volgens hem heeft de indicator een bredere functie dan dat alleen en is deze dus ook van toepassing op andere vakgebieden:

"Als dit wordt ingezet als maatregel tegen links- rechts verwisseling is dat ook (een beetje) begrijpelijk. Het is dan een structurele maatregel om een zeldzaam incident te voorkomen. Als maatregel om te focussen op de ingreep en even een rustmoment te introduceren om alle te voorziene verstoringen weg te nemen (dat is de 'echte' functie van een time-out). Dat verklaart ook waarom vakken zonder 'zijdigheid' ook de time-out overnemen met goed resultaat." (IGJ, 16 november 2017)

De richtlijn zorgde voor een overzicht van de wetenschappelijke onderbouwing van het nut van stopmomenten. Door deze werkwijze vindt namelijk telkens een evaluatie plaats of alle gegevens aanwezig en gecontroleerd zijn om daarmee een volledig beeld van de actuele situatie en benodigde acties te krijgen. Hierdoor wordt de patiënt op de meest veilige wijze door het operatieve proces

geloofdst. Aangetoond is dat een goede uitvoering van een dergelijke systematiek de complicaties en sterfte aanzienlijk verminderen (de Vries 2009; Haynes et al. 2009).

Eigenaarschap en samenwerking

Formeel is de NVA eigenaar van de indicator en is de NVvH nauw betrokken; dit komt overeen met het proces rondom het opstellen van de richtlijn. Reden van het penvoerderschap van de NVA is niet dat zij er inhoudelijk het meest vanaf weten, maar dat anesthesisten bij alle operaties aanwezig zijn en de andere specialisten alleen bij de operaties van hun eigen specialisme (NVA, 14 september 2017). Voor het opstellen van de indicator is geen speciale werkgroep ingericht. In totaal zaten 15 verenigingen aan tafel bij het opstellen van de richtlijn en dus de indicator. De IGJ gaf aan dat dat wel uniek is, zo'n grote groep.

Over de samenwerking zegt de Inspecteur van de IGJ:

“De OK werd altijd gezien als een gesloten cultuur, waarin het lastig was verbeteringen door te voeren. Een bepaald project ('OK Oké') daarover is bijv. ook faliekant mislukt.¹³ Door veel gesprekken te voeren [al vanaf 2006, toen de IGJ begon met de inspectiebezoeken over TOP], stonden de WV-en er steeds meer voor open: het ging van wantrouwen naar samenwerking en het hebben van gezamenlijke doelen. Langzamerhand werd het ook een intrinsieke motivatie om het goed te willen doen.” (IGJ, 7 juni 2017)

Uit deze quote komt een aantal succesfactoren naar voren met betrekking tot de samenwerking; er moet eerst vertrouwen zijn, men moet gezamenlijke doelen hebben en er moet sprake zijn van een intrinsieke motivatie. Deze intrinsieke motivatie groeide niet alleen door de gesprekken, maar ook door toenemend wetenschappelijk bewijs dat time-out procedures zinvol zijn. Indicatoren moeten zijn gestoeld op evidentie en dus gelinkt zijn aan de richtlijnen (ervaringsdeskundige met de NOV, 2 oktober 2017).

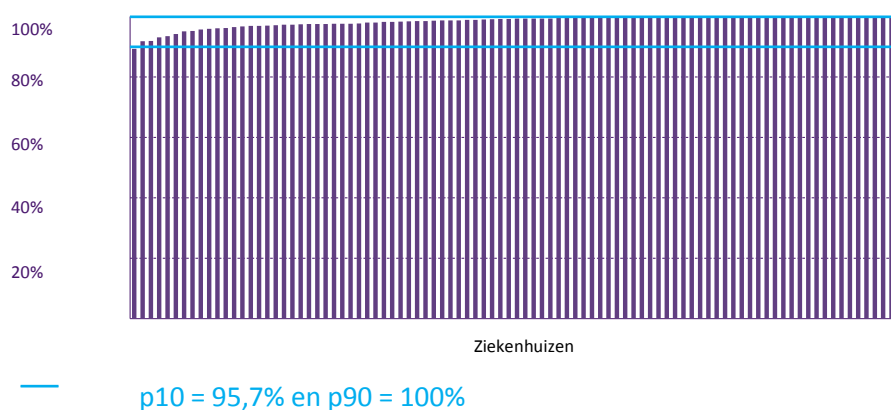
Tijdens de accorderingsfase uitten een aantal wetenschappelijke verenigingen bezwaren. Vooral van één vereniging werd dat niet verwacht, omdat het richtlijndeel over de time-out in eerste instantie van hen afkomstig was. Uiteindelijk heeft deze wetenschappelijke vereniging de indicator geaccepteerd en heeft de andere vereniging een eigen versie van de richtlijn ontwikkeld. De andere WV-en accordeerden snel (IGJ, 7 juni 2017). De bezwaren waren in feite niet de time-out, maar het feit dat de patiënt moet worden 'gezien' (ontmoet en gesproken) voor de ingreep. Dat wilden zij niet omdat de patiënten vaak uit andere steden kwamen. Daarnaast vonden zij enkele delen niet noodzakelijk, omdat zij altijd in een vast team werken. Beide argumenten werden door de andere verenigingen niet valide geacht, omdat zij ook bij andere ingrepen voorkwamen en al waren verwerkt. Standaardisering en

¹³ Het project *OK oké* is onderdeel van het programma 'Sneller Beter'. Dat is eind 2003 gestart om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren. Het bleek o.a. al snel dat er geen eenvoudige strategie was om de operatiekamers dertig procent beter te benutten. Daarvoor waren de soort operaties te divers en waren er te veel medische disciplines met een eigen dynamiek bij betrokken. Zie voor meer informatie Consortium Sneller Beter pijler 3, 2008.

daarmee voorspelbaarheid werden door de andere verenigingen belangrijker geacht (IGJ, 16 november 2017).

Het resultaat van de indicator en het verdwijnen uit de set

Sinds 2012 is de spreiding tussen de ziekenhuizen elk jaar afgenomen. In 2015 nam de spreiding af naar 89,3%-100% (2012; 62,1%-100%, 2013; 78,4%-100%, 2014; 84,4%-100%) (figuur 7 en tabel 6). Het aantal ziekenhuizen dat in 2015 bij 100% van de electieve patiënten stopmoment IV heeft uitgevoerd en heeft vastgelegd is vrijwel constant gebleven met 28 ziekenhuizen (2014; 25 en 2013; 30) (IGZ 2017).



Figuur 7: Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (n=93) (IGZ 2017)

Tabel 6: Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (n=93) (IGZ 2017)

Gemiddelde (%) (min-max)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
98,4 (89,3-100)	98,9	28

De indicator kan dus worden gezien als een succes, aangezien de score binnen een paar jaar is geëindigd op bijna 100%. Bevorderende factoren waren dat er al een beweging in het veld was, maar dat deze een katalysator nodig had. Die katalysator werkte op twee manieren. De richtlijn zorgde voor een wetenschappelijke onderbouwing van de indicator, waardoor professionals overtuigd raakten van het belang om stopmomenten toe te passen. Daarnaast zorgde de indicator in de basisset ervoor dat de richtlijn snel werd geïmplementeerd, want er zou op worden toegezien. Andere succesfactoren waren de meetbaarheid van de indicator, de goede registreerbaarheid en het gevoel dat professionals hebben gekregen over de werkzaamheid van de indicator: “[...] en mensen vinden hem... Uiteindelijk, als je er eenmaal aan gewend bent, dan voel je ook dat het wat helpt” (NVA, 14 september 2017). De indicator heeft “wel een soort van bewustwording gecreëerd. Dat je niet zomaar ergens aan gaat beginnen” (NVvH, 28 augustus 2017). Samengevat:

“Ik denk wel zelf dat het hele fenomeen van de basisset fantastisch gewerkt heeft. Ik bedoel, er was in het begin natuurlijk heel veel weerstand tegen en heel veel angst en vrees en noem maar op. Nou, dat is allemaal reuze meegevallen en ja, je ziet gewoon het effect. Nou, wat je vertelt, die indicator, die structuurindicator voor die time-out is er weer uit, want het was 99,9% was het goed.” (Ervaringsdeskundige met de NOV, 2 oktober 2017)

Uiteindelijk is de indicator Stopmoment IV in 2015 voor het laatst uitgevraagd, omdat de te behalen winst nog maar minimaal was en er zo ruimte in de basisset kwam voor indicatoren die meer risicoreductie kunnen bereiken (IGZ 2017). *“De wetenschappelijke verenigingen hadden er wat meer moeite mee, om een indicator al zo snel weer uit de set te halen, vooral als er zichtbaar succes is”* (IGJ, 7 juni 2017). Maar uiteindelijk is het de IGJ die bepaalt wanneer een indicator uit de set gehaald kan worden (IGJ, 7 juni 2017).

Doorontwikkeling

Uit de documentanalyse kwam naar voren dat de NVA zich in het najaarsoverleg 2014 afvroeg hoe je erachter kunt komen of de time-out goed uitgevoerd wordt wanneer een ziekenhuis deze automatisch verplicht laat registreren in een systeem waardoor de score uitkomt op 100%. De NVA en de NVvH hebben hier verschillende gesprekken over gehad met de IGJ. De wijze waarop de time-out wordt uitgevoerd zou een interessant onderwerp kunnen zijn voor een indicator. Maar dit is lastig te meten en wellicht beter onderdeel van het incidententoezicht/calamiteitenonderzoek. De richtlijn waarop de indicator is gebaseerd wordt momenteel herzien. Wellicht dat deze aanknopingspunten geeft voor een nieuwe indicator met betrekking tot het operationele proces (Verslagen najaarsoverleg 2014, voorjaarsoverleg 2015, najaarsoverleg 2015).

In de tussentijd zijn er wel time-out indicatoren ontwikkeld voor andere vakgebieden. In het voorjaarsoverleg van 2012 werd voor het eerst gesproken over een time-out indicator die wordt opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL). In de basisset voor 2014 is de nieuwe indicator *Time-out procedure endoscopische verrichtingen* opgenomen (Verslagen voorjaarsoverleg 2012, voorjaarsoverleg 2014, voorjaarsoverleg 2016). De indicator Time-out procedure endoscopische verrichtingen werd in 2016 voor het laatst uitgevraagd. De doelstelling van de indicator werd (bijna) behaald: In 100% van de gevallen vond er een time-out bij endoscopische verrichtingen plaats. Slechts vier van de 88 ziekenhuizen gaven aan de uitvoering van de TOP nog niet in een digitaal verslagstelsel vast te leggen (IGZ 2017). In het najaarsoverleg 2013 werd voor het eerst over gesproken over een indicator over de Time-out procedure voor interventieradiologen. Ook voor de interventieradiologen is de time-out procedure een belangrijk proces dat in orde moet zijn. De IGJ gaf daarbij aan dat de bewustwording voor dit soort veiligheidselementen goed via de basisset kan lopen. De basisset kan als katalysator werken. Uiteindelijk is de indicator *Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies* in 2016 in de set gekomen (Verslag najaarsoverleg 2013).

Conclusies

Deze casestudie geeft inzicht in de dynamiek die een indicator teweeg kan brengen en waardoor snelle verbeterlagen kunnen worden gerealiseerd. De belangrijkste bijdragen daaraan waren dat er al een

beweging in het veld gaande was en de verschillende beroepsgroepen werkten aan een gezamenlijke richtlijn over stopmomenten. De richtlijn en indicator werkten uiteindelijk als een katalysator op elkaar in. Daarnaast waren de meetbaarheid, registreerbaarheid en de werkzaamheid van de indicator bevorderende factoren; doordat deze goed waren, was de indicator relatief makkelijk te administreren. Enkele succesfactoren voor de samenwerking werden ook genoemd: Er moet eerst vertrouwen zijn in elkaar, men moet gezamenlijke doelen hebben en er moet sprake zijn van een intrinsieke motivatie om de kwaliteit van dit zorgproces te verbeteren. Dit is tegelijkertijd een proces van jaren van voorbereiding geweest; voorafgaand aan snelle successen kan lang ‘backstage’ werk voorafgaan.

5.4 Conclusies drie casestudies

De drie onderzochte indicatoren hebben ieder hun eigen dynamiek. De pijnindicator is in haar verschillende verschijningsvormen steeds een succesvolle indicator geweest in die zin dat de indicator keer op keer een snel effect sorteerde. Dit was echter niet zo snel als bij de Time Out procedure waarbij ziekenhuizen binnen het jaar al aan de door de indicator gestelde norm voldeden waardoor de indicator niet langer bruikbaar was voor de basisset (in geval van een hoge compliance verdwijnt het discriminerend vermogen). Bij de pijnindicator ligt dit net anders; hierop wordt jaarlijks nog ‘winst’ behaald (geleidelijk gaan steeds meer ziekenhuizen zich naar de norm gedragen) en de indicator transformeerde van ‘enkel’ de verkoeverkamer naar een ziekenhuis brede indicator – hoewel het daadwerkelijk ziekenhuisbreed meten van pijn bij alle patiënten nog niet is gerealiseerd. Het feit dat dit niet is gelukt, ondanks de inspanningen van V&VN daartoe, laat ook zien dat indicatoren politiek zijn. Welke indicator in de basisset komt is, veel meer dan een afweging van risico en risicoprofielen, de uitkomst van een lang proces van het duiden van risico’s, het ‘verleiden’ door de IGJ van wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen om met dat risico aan de slag te gaan, het strategisch druk zetten van de IGJ dat het ook daadwerkelijk gebeurt, en de wensen en verwachtingen van verenigingen, afdelingen en de koepels. Als de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen ‘eruit’ komen, zijn er nog de NVZ, NFU, V&VN en de Federatie die hun licht op de ontworpen indicatoren laten schijnen. Ook in dat proces kunnen indicatoren nog wijzigen of zelfs worden afgewezen, een voorbeeld hiervan is het Medicatie Verificatie Systeem.

Het politieke van indicatoren wordt ook goed zichtbaar in de casus van de indicator heupfractuur. Deze indicator kwam tot stand na een lang en moeizaam ontwikkelproces dat meerdere keren onderbroken werd door conflicten en uiteenlopende verwachtingen bij betrokkenen. Deze indicator illustreert het vermogen van de IGJ om vast te houden aan een indicator en strategisch te opereren in het bij elkaar brengen en houden van relevante partijen. In deze casus was het de IGJ die de klinisch geriaters geleidelijk naar voren schoof als centrale actor voor de zorg aan kwetsbare ouderen. Daarmee slaagde de IGJ erin de indicator te verbreden van de operatieve procedure (‘opereren binnen 24 uur’) naar het welzijn en functioneren van oudere patiënten bij wie een femur fractuur soms ‘slechts’ een symptoom is van een bredere problematiek. Ook het overdragen van de pijnindicator van de NVA naar V&VN is het resultaat van een politieke beslissing: de invloed van de anesthesisten beperkt zich tot de operatieve patiënten. Een ziekenhuisbrede indicator vraagt daarom om een bredere verantwoordelijke partij. Met het overdragen verandert ook de strategie; waar de NVA vooral gericht

was op het onder de aandacht brengen van pijn en pijnbestrijding zijn de pijnverpleegkundigen meer gefocust op een evidence-based aanpak van pijnbeleid.

Indicatoren, stelden we eerder vast, gaan over meer dan meten; ze gaan vooral over sturen. De analyse in dit hoofdstuk bevestigt deze constatering en laat zien dat indicatoren vooral gaan over strategie; het proberen te verwezenlijken van kwaliteitsbevordering en het vergroten van invloed op hoe de zorg wordt verleend. De netwerkstructuur van de basisset maakt dat die strategie voor een groot deel over strategisch handelen en het opbouwen van coalities gaat om gestelde doelen te realiseren.

6 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

De basisset is de afgelopen vijftien jaar uitgegroeid tot een krachtig instrument voor een van de manieren voor kwaliteitsverbetering in de zorg. De basisset is gestoeld op een robuust governance netwerk van de IGJ en veldpartijen. Visueel laat de basisset zich dit het best omschrijven als een systeem van in elkaar grijpende radertjes die in beweging komen en samen een kwaliteitsverbetering in gang zetten: de wetenschappelijke vereniging of verpleegkundige afdeling die onder toezicht oog van de koepelverenigingen en IGJ een indicator ontwikkelen en hiervoor steun genereren, de IGJ die hierop stuurt en toezicht houdt en ziekenhuizen en beroepsbeoefenaren die zich genoodzaakt voelen om te werken volgens de indicatoren omdat de aandacht die de indicatoren genereren het werk stuurt. De druk van openbaarheid van kwaliteitsinformatie en uitkomsten van vergelijkingen (o.a. door media aandacht) versterkt dit effect.

De kwantitatieve analyse die wij hebben beschreven in hoofdstuk 2 laat zien dat de indicatoren die in de basisset worden opgenomen snel effect sorteren. De meeste indicatoren (85%) in de basisset laten een positief beloop in de tijd zien, waarbij de grootste verandering meestal in het eerste jaar (58%) of het tweede jaar (23%) plaatsvindt. Van de indicatoren die deel uitmaakten van de basisset 2014 hebben anno 2016 50% hun doel behaald. Voor 28% procent was dit al na 1 jaar het geval, waarna de indicator niet langer effectief is als toezicht instrument. De indicator verdwijnt dan uit de basisset of wordt doorontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is de pijnindicator die de afgelopen 15 jaar is verbreed van het meten van pijn bij patiënten op de verkoeverkamer naar een indicator gericht op de behandeling van pijn. De meeste indicatoren, zo laat de analyse zien, hebben echter een kortere levensduur. Dit hangt ook samen met het feit dat de indicatoren in de basisset tot stand komen in nauwe samenwerking met de koepels en veldpartijen en dus vooraf bekend zijn bij de ziekenhuizen; ziekenhuizen kunnen anticiperen op de kwaliteitsverbeteringen zoals voorgespiegeld door de indicator. Dit kwam duidelijk naar voren in de casus van de time out indicator waarin binnen een jaar het doel was gerealiseerd. De wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen verschillen met de IGJ van mening of een indicator daarmee 'zinloos' wordt. Volgens de IGJ is met een hoge compliance het effect bereikt. De wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen vinden dat met het verdwijnen van een indicator de urgentie om met het betreffende zorgaspect bezig te zijn verdwijnt en de aandacht verslapt. Dit meningsverschil weerspiegelt de verschillende doelstellingen die in de basisset verenigd zijn: de IGJ wil een continu kwaliteitsproces in beweging brengen en houden. Het opwekken en vasthouden van een gevoelde urgentie om kwaliteit te verbeteren overstijgt een enkele indicator. De wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen zijn vooral gericht op 'hun' indicator en het verbeteren van dat betreffende zorgaspect.

De basisset, zo laat dit onderzoek zien, is een delicaat proces van meedenken, sturing en handhaving. Het is gestoeld op strategie en vertrouwen tussen deelnemende actoren. De afgelopen jaren is de aandacht verschoven van handhaving naar kwaliteitsverbetering, waarbij steeds meer aandacht is gekomen voor de performatieve werking van de indicatoren en de basisset; indicatoren generen bepaalde effecten en hierop wordt geanticipeerd. De indicatoren lijken daarmee te zijn ontwikkeld tot strategische instrumenten om een bepaald gedrag te realiseren. Dit wordt zowel gedaan door de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen als de IGJ, en in onderlinge afhankelijkheid. Een voorbeeld is het doorontwikkelen van een indicator. De IGJ kan bijvoorbeeld

genoegen nemen met een 'niet optimale' indicator om een vereniging 'op te leiden' in het maken van indicatoren en de basisset. De IGJ blijft dan in gesprek met de betreffende penvoerder en bespreekt regelmatig de mogelijkheden om een indicator uit te breiden of van aard te laten veranderen. Maar ook de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen handelen hierin strategisch. Zie opnieuw het voorbeeld van de pijnindicator waarin 'voor nu' genoeg werd genomen met een smallere focus op de oncologische polikliniek met de nadrukkelijke wens om komende jaren ziekenhuisbreed pijn uit te gaan vragen. Dit strategisch handelen en het onderhandelen is een leerproces. Ons onderzoek laat zien dat dit proces tijd kost om de spelregels te begrijpen en vertrouwen tussen nieuwe partijen en bestaande partijen op te bouwen. Soms gaan nieuwe partijen eerst een keer 'onderuit' om dan pas die strategie te leren te begrijpen. Dit leidt tot frustraties die mogelijk voorkomen kunnen worden door meer expliciete begeleiding vanuit de kant van de IGJ.

Voor de IGJ is het openbaar maken van kwaliteitsinformatie – in het Resultaat Telt maar ook in de media – een strategie om urgentie te kweken bij de raden van bestuur in de ziekenhuizen. Raden van bestuur van ziekenhuizen spelen een belangrijke rol in het faciliteren van kwaliteitsverbetering. De openbaarmaking van resultaten maakt echter ook dat de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen terughoudend zijn in het ontwikkelen van meer risicovolle indicatoren, die een beeld kunnen geven dat zorg suboptimaal is. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de verdere ontwikkeling van de basisset waarin nu een stap wordt gezet naar indicatoren voor multidisciplinaire zorgverlening, die als meer risicovol worden beschouwd.

De basisset is aldus een instrument geworden waarmee op kwaliteit kan worden gestuurd omdat de indicator een norm stelt en de uitkomsten van de indicatoren als instrumenten van handhaving en transparantie de urgentie creëren om aan die norm te gaan voldoen. Voor de koepelorganisaties is de basisset, naast belangenbehartiging (vooral: beperken van de registratielast) een vorm van sturing. De basisset zet het onderwerp van kwaliteit op de agenda van zorginstellingen en professionals. De Federatie en V&VN hebben een belangrijke rol bij het coördineren van de activiteiten rondom de indicatoren en de basisset. Voor V&VN gaat het ook over verder professionaliseren, zowel in het samenspel met de andere actoren als in het motiveren en organiseren van de eigen achterban. De wetenschappelijke verenigingen, op hun beurt, zijn steeds meer gericht geraakt op leren en verbeteren. Het onderzoek laat zien dat dit met name voor de meer ervaren verenigingen geldt die hun relatie met de IGJ rondom de basisset gebruiken om kwaliteitsverbeteringen in de gang te zetten. De verpleegkundige afdelingen lijken nog aan het begin van dit traject te staan om indicatoren in te zetten voor leren en verbeteren; zij doen dit veelal middels andere methoden zoals bijvoorbeeld scholing.

De netwerkstructuur van de basisset heeft voor- en nadelen. Een belangrijk voordeel is het draagvlak dat ermee wordt gecreëerd bij de ziekenhuizen en zorgverleners; het zijn immers hun eigen vertegenwoordigers die de indicatoren opstellen. Daarbij hoort ook de samenwerking tussen disciplines en beroepsgroepen die hiermee in werking wordt gezet; dit is een belangrijke performatieve werking van de basisset waar de IGJ zich van bewust is en waarop zij ook op anticipeert in haar beleid. Een nadeel van de netwerkstructuur is dat 'scherpere' indicatoren de basisset mogelijk niet halen vanwege het afbreukrisico. Hoewel de IGJ op sommige momenten haar doorzettingsmacht gebruikt om een indicator op te nemen dan wel te laten vervallen, bijvoorbeeld in het geval van de NVZA-indicator voor een registratie voor medicatie-voorschrijffouten (die op het laatste moment werd afgeblazen), kan de IGJ niet te vaak haar gezag expliciet inzetten omdat dit indruist tegen de

horizontale overlegstructuren die kenmerkend zijn voor een netwerk. Bovendien is de structuur zo ingezet dat de IGJ geen indicatoren oplegt maar die door het veld laat ontwikkelen. Dit maakt het voor veldpartijen mogelijk om om de spreekwoordelijke hete brij heen te draaien.

Het onderzoek laat verder zien dat de nadruk op de informele infrastructuur van de basisset geleidelijk aan het opschuiven is naar een meer formele structuur waarin instrumenten als het risicoprofiel en multidisciplinaire overleggen als vervanging van de voor- en najaarsoverleggen een grotere rol gaan spelen. Een belangrijke vraag is wat dit gaat betekenen voor het huidige systeem van netwerk governance dat deels gestoeld is op informele contacten en wederkerigheid. Onderdeel van deze verschuiving is het komen tot multidisciplinaire indicatoren die recht doen aan de toenemende nadruk op multidisciplinaire zorgverlening waarbij nieuwe risico's optreden. Voor met name de wetenschappelijke verenigingen betekent dit een omslag van de wens om eigen kwaliteitsdoelstellingen door te voeren voor de eigen (en aanpalende) beroepsgroepen middels een indicator, naar samen werken aan een gedeeld risico. Hoewel dit winst kan betekenen door een gedeeld eigenaarschap, kan het er ook toe leiden dat alleen die risico's aan bod komen waar alle partijen zich in kunnen vinden en waarbij het afbreukrisico gering is. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor de komende periode.

Bij aanvang van het onderzoek signaleerde de IGJ een aantal knelpunten in de basisset. Deze knelpunten gingen vooral over risico- en indicatorselectie. Kort gezegd was de vraag: hoe selecteren we de juiste indicatoren voor de voornaamste risico's in de zorg voor de komende jaren? Dit onderzoek levert daar geen eenduidig antwoord op. Er zijn geen specifieke kenmerken of eigenschappen te noemen voor risico- of indicatorselectie die deze succesvol of kansrijk maken anders dan dat het succes zit in het aangaan met en onderhouden van interne en externe relaties die het mogelijk maken om risico's en mogelijkheden tot verbetering te verkennen alvorens tot een indicator over te gaan. Het is belangrijk dat de IGJ het ontwikkeltraject in het oog houdt en minder ervaren actoren ondersteunt om doelen te verwezenlijken. Experimenteren en het uitoefenen van doorzettingsmacht gaan hand in hand. Belangrijk is om vrijblijvendheid te voorkomen, zeker in de overgang naar multidisciplinaire indicatoren. Het onderzoek laat het belang van backstage work zien in het ontwikkelen van 'onveilige' indicatoren. Met het vervallen van de voor- en najaarsoverleggen is het van belang dat de IGJ, wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen ruimte houden en (opnieuw) vinden voor overleg en het opbouwen en consolideren van onderling vertrouwen.

Uit dit onderzoek komen nog twee andere knelpunten naar voren. Ten eerste vormt de basisset, en de onderliggende netwerk governance benadering, een niche binnen de IGJ. Hierin schuilt zowel de kracht als een mogelijk gevaar; de kracht is ruimte om te experimenteren met kwaliteitsverbetering. Het gevaar is dat bij het beoordelen en selecteren van risico's onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de ervaringen van andere, niet direct bij de basisset betrokken inspecteurs. Verbreding van het aantal betrokkenen binnen de IGJ kan een breder inzicht geven in het signaleren van risico's, en biedt ruimte om soms buiten het netwerk te opereren om zo aan te sturen op de ontwikkeling van meer risicovolle indicatoren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een koppeling te maken met andere vormen van toezicht, zoals het incidenten- en thematoezicht. Ten tweede is de patiënt afwezig in het onderzoek; patiënten spelen nu niet of nauwelijks een rol in de ontwikkeling van indicatoren voor de basisset. Het patiëntenperspectief kan helpen nieuwe of andere risico's te identificeren, dan wel als extra actor invloed uitoefenen op de ontwikkeling van meer 'gevoelige' indicatoren.

Op basis van dit onderzoek komen we tot een aantal aanbevelingen. We richten ons tot de IGJ, maar omdat de basisset een netwerk is, richten we ons daarmee ook tot de koepels en veldpartijen.

- De overgang naar de ontwikkeling van steeds meer multidisciplinaire indicatoren vraagt om extra aandacht voor het behoud van onderling vertrouwen en samenwerking in het bestaande netwerk. Dit onderzoek heeft laten zien dat de een-op-een contacten tussen de IGJ en de wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige afdelingen een belangrijke pijler vormen onder het succes van de basisset. Dit dient te worden bewaakt.
- Vermijd de ontwikkeling van zwakke indicatoren door een te sterke nadruk op consensusvorming. De IGJ kan hierin een rol spelen door meer zelf risico's te identificeren en deze in te brengen binnen het netwerk, bijvoorbeeld door meer gebruik te maken van het incidententoezicht van de IGJ. Daarnaast kan de IGJ beter gebruik maken van haar gezag als veldpartijen terughoudend zijn bij de totstandkoming van een indicator, bijvoorbeeld doordat inzichten of doelstellingen uiteenlopen, of koepels van mening zijn dat het veld er nog niet 'klaar' voor is.
- Het patiëntperspectief speelt nog nauwelijks een rol binnen de basisset. Betrokkenheid van patiëntenverenigingen bij de totstandkoming van indicatoren in het multidisciplinaire overleg kan de inbreng van patiënten versterken en relevante risico's aanvullend op andere perspectieven in beeld brengen. Deze mogelijkheid zou verder kunnen worden verkend.
- Zorg voor goede begeleiding, opleiding, en positionering van nieuwe partijen die aan de basisset gaan deelnemen. Zorg dat er van meet af aan wordt geïnvesteerd in onderling vertrouwen met bestaande deelnemers.

Literatuur

Allen, D. *The invisible work of nurses. Hospitals, organisation and healthcare*. London: Routledge, 2015.

Althuisen, M.H.M. 2014. *How to collaborate effectively with V&VN in the basic set system? Insights into the administrative culture of the Dutch Order of Medical Specialists (OMS) and the Dutch Nurses' Association (V&VN)*. Maastricht: Master thesis Maastricht University, juli 2014.

Bos, M., Leistikow, I. Links-rechtsverwisseling hardnekkig fenomeen. Betrokkenen realiseren zich soms niet het belang van hun eigen rol. *Medisch Contact* 2017, 38:18-21.

Bryman, A. Barriers to integrating quantitative and qualitative research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007, 1 (1):8-22.

Consortium Sneller Beter pijler 3. Sneller Beter. Tien geleerde lessen uit de praktijk. 2008.

Creswell, J.W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

Dahler-Larsen, P. Constitutive effects of performance indicators. *Public Management Review* 2013, 16 (7):969-986.

Damgaard, B., Torfing, J. The impact of metagovernance on local governance networks: Lessons from Danish employment policy. *Local Government Studies* 2011, 37 (3):291-316.

de Bruijn, H. *Managing performance in the public sector*. New York and London: Routledge, 2002.

de Koning, J.S., Kallewaard, M., Klazinga, N.S. Prestatie-indicatoren langs de meetlat – het AIRE instrument. *TSG* 2007, 85:261-4.

de Vries E.N., Prins H.A., Crolla R.M.P.H., et al, and the SURPASS Collaborative Group. The effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Eng J Med* 2010, 363:1928-1937.

Goodman, A., Guell, C., Jones N.R., and Ogilvie, S. Healthy travel and the socio-economic structure of care commuting in Cambridge, UK: a mixed-methods analysis. *Social Science & Medicine* 2012, 74:1929-1938.

IGZ. *Kwaliteitsindicatoren 2016. Basisset ziekenhuizen*. Utrecht: IGJ, 2015.

IGZ. *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2017*. Voor ziekenhuizen en particuliere klinieken. Utrecht: IGJ, 2016a.

IGZ. *Toetsingskader toezicht operatief proces algemeen*. Utrecht: IGJ, 2016b.

IGZ 2017. *Het resultaat telt ziekenhuizen 2015*. Utrecht: IGJ, 2017.

Kickert, W.J.M., Klijn E.H., and Koppenjan, J.(eds.). *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. London: Sage, 1997.

Kieft 2013. In: *Ontwikkeling en vaststelling verpleegsensitieve kwaliteitsindicatoren t.b.v. IGZ basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen*. Utrecht: V&VN, april 2015.

Klijn, E.H., Koppenjan, J. *Governance networks in the public sector*. Oxford: Routledge, 2016.

Ligthart, M., Stikvoort, M., Schoemaker, E. IGJ pakt operatieverwisselingen verder aan. Te veel patiënten lopen nog schade op. *Medisch Contact*, 13 juni 2013.

Metcalfe, L., Lapenta, A. Partnerships as strategic choices in public management. *Journal of Management & Governance* 2014, 18:51-76.

NVA, NVvH. *Richtlijn Het preoperatieve traject*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2010.

Peters, G., Pierre, J. Developments in intergovernmental relations: towards multi-level governance. *Policy & Politics* 2000, 29 (2):131-135.

Provan, K.G., Kenis, P. Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Theory and Research* 2008, 18:229-252.

Provan, K.G., Milward, H. Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review* 2002, 61 (4):414-423.

Qvist, M. Meta-governance and network formation in collaborative spaces of uncertainty: the case of the Swedish refugee integration policy. *Public Administration* 2007, 95:498-511.

Rhodes, R.A.W. Understanding governance: ten years on. *Organization studies* 2007, 28:1243-1264.

Sanazaro, P., Williamson, J. End-Results of Patient Care: A Provisional Classification Based on Reports by Internists. *Medical Care* 1968, 6:123-130.

V&VN. *Website www.venvn.nl*. Geraadpleegd 12-10-2017.

Wallenburg, I., Hopmans, C.J., Buljac-Samardzic, M., den Hoed, T., IJzermans, J.N.M. Repairing reforms and transforming professional practices: a mixed-methods analysis of surgical training reform. *Journal of Professions and Organization* 2016, (3):86-102.

Wallenburg, I., Quartz, J., Bal, R. Making hospitals governable: performativity and institutional work in ranking practices. *Administration & Society* 2016, 1-27.

White, K.L. Improved Medical Care Statistics and the Health Services System. *Public Health Reports* 1967, 82:847–854.

Wolff, A.P., Boermeester, M., Janssen, I., Pols, M., Damen, J. De landelijke CBO-richtlijn 'Preoperatief traject'. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 2010, 154: A2532.

Bijlage A. Geselecteerde uitkomstmaat bij indicatoren met meerdere uitkomstmaten in de basisset van 2014

Indicator	Keuze uitkomstmaat	Onderbouwing keuze
Heupoperaties bij heupfractuur	Heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur.	Grootste groep (n = 90)
Tijde peroperatieve antibioticaprofylaxe	Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven.	Is het met gerelateerd aan de originele vraag vanuit de indicator.
Deelname QRNS	QRNS – Maligne glioom	Grootste groep.
Diabetische voetwonden geïnclassificeerd volgens de Texasclassificatie.	Graad 2	Even grote groepen, middelste groep gekozen.
Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen.	Percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding	Dichtste bij de originele uitgevraagde indicator
Behandeling van ondervoeding	Percentage ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op de vierde opnamedag van de op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen	Grootste groep + dichtste bij de originele vraag.
Screening op ondervoeding op de polikliniek	Percentage patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek dat gescreend is op ondervoeding	Staat het dichtste bij de originele indicator.
Beademinsuren kinderen op de IC	Percentage kinderen dat langer dan 120 uur beademd is	Grootste groep
Percentage patiënten bij wie kankelweefsel is achtergebleven na een eerste borst besparende operatie	Percentage patiënten bij wie kanker weefsel is achtergebleven.	Dichtste bij de originele vraag
Aantal anatomische resecties	Door longchirurgen	Grootste groep
MDO longcarcinoom / urologische tumoren	postoperatief	Meer in het proces al, de andere is voor de start van de behandeling
Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom	Aantal patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom die zijn behandeld	Ovarium carcinoom wordt vaker in een hoger stadium ontdekt – grootste groep.
Palliatieve radiotherapie botmetastasen	Percentage patiënten dat binnen 10 dagen na aanmelding is behandeld.	Is de gestelde norm
Deelname DUCA	Percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd	Grootste groep
Interval bij patiënten met een TIA/ herseninfarct	Percentage	Norm
Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's	Totaal aantal	Dichtste bij de vraag / de norm

Behandeling patiënten met en STEMI	Percentage patiënten dat na een STEMI minimaal een intake voor hartrevalidatie heeft gehad	Dichtste bij de originele vraag
Surveillance van ziekenhuisinfecties	Surveillance	Dichtste bij de originele vraag
Percentage spontane partus in de NTSV groep	Percentage 3 (C/E)	Is het totaal nummer.
HSMR	Gebruikt u HSMR om sterfte te monitoren?	Dichtste bij de originele vraag
Dossier onderzoek vermijdbare zorg gerelateerde schade	Gebruikt u dossieronderzoek	Dichtste bij de originele vraag

Bijlage B. Uitkomsten univariate logistische regressie analyses

Kenmerken en Referentie categorie		Grootste verandering in het 1 ^e jaar (0=ja/ 1=nee) (n = 48)	
		OR	CI 95%
Indicator familie <i>Registratie</i> (n = 12)	Screening (n = 12)	1	0,18 – 5,5
	Doorlooptijd (n = 3)	1	0,07 – 14,64
	Complicatie-incidentie (n = 8)	0,3	0,05 – 1,94
	Coördinatie (n = 5)	0,7	0,09 – 6,47
	Kwaliteitsbeleid (n = 8)	0,5	0,08 – 3,13
Indicator niveau <i>Proces</i> (n = 20)	Structuur (n = 19)	0,4	0,13 – 1,78
	Uitkomst (n = 9)	0,3	0,07 – 1,74
Type zorg <i>Snijdend</i> (n = 20)	Ondersteunend (n = 7)	7,3	0,74 – 72,6
	Verpleegkundig (n = 3)	2,4	0,19 – 31,53
	Beschouwend (n = 11)	3,2	0,66 – 16,03
	Management (n = 7)	0,9	0,16 – 5,21
Multidisciplinariteit <i>Mono-disciplinair</i> (n = 12)	Bi-disciplinair (n = 18)	0,25	0,04 – 1,48
	Multi-disciplinair (n = 18)	0,16	0,03 – 0,95
Meetbaar doel/ norm <i>Wel een meetbaar doel</i> (n = 5)	Wel een doel, niet meetbaar (n = 15)	0,19	0,02 – 1,9
	Geen doel (n = 28)	1	0,08 – 12,56
Wetenschappelijke richtlijn <i>Ja, indicator is ontwikkeld uit richtlijn</i> (n = 26)	Nee (n = 4)	1,59	0,14 – 17,56
	Richtlijn na indicator (n = 3)	0	--
	Nee, wel evidentie (n = 15)	0,51	0,17 – 2,21
Aantal jaren in de set		0,86	0,68 – 1,09
Aantal signalen		0,96	0,83 – 1,11
Aantal variabelen		1,01	0,89 – 1,16

Kenmerken en Referentie categorie		Laatste meting boven de 95%? (0=ja/ 1=nee) (n = 34)	
		OR	CI 95%
Indicator familie <i>Registratie</i> (n = 12)	Screening (n=7)	1,31	0,19 – 9,1
	Doorlooptijd (n=2)	---	---
	Complicatie-incidentie (n=3)	3,5	0,24 -51,9
	Coördinatie (n=6)	0,86	0,12 – 7,11
	Kwaliteitsbeleid (n=5)	0,43	0,04 – 5,4
Indicator niveau <i>Proces</i> (n = 17)	Structuur (n=14)	0,19	0,03 – 1,11
	Uitkomst (n=3)	2,25	0,17 – 29,77
Type zorg <i>Snijdend</i> (n = 17)	Ondersteunend (n = 5)	3,11	0,35 – 27,55
	Verpleegkundig (n=2)	4,67	0,22 – 97,5
	Beschouwend (n=6)	---	----
	Management (n=4)	1,56	0,12 – 20,61
Multidisciplinariteit <i>Mono-disciplinair</i> (n = 8)	Bi-disciplinair (n = 14)	0,67	0,11 – 4,21
	Multi-disciplinair (n = 12)	1,19	0,19 – 7,47
Meetbaar doel/ norm <i>Wel een meetbaar doel</i> (n = 7)	Wel een doel, niet meetbaar (n=13)	1,56	0,22 – 11,37
	Geen doel (n=14)	1,39	0,19 - 9,97
Wetenschappelijke richtlijn <i>Ja, indicator is ontwikkeld uit richtlijn</i> (n = 20)	Nee (n=1)	---	---
	Richtlijn na indicator (n=2)	3	0,16 – 57,37
	Nee, wel evidentie (n=11)	2,5	5,53 – 11,9
Aantal jaren in de set		1,24	0,9 – 1,72
Aantal signalen		0,92	0,74 – 1,13
Aantal variabelen		0,85	0,57 – 1,25

Kenmerken en Referentie categorie		Laatste meetmoment verbeterd t.o.v. eerste meetmoment (0=ja / 1=nee) (n=60)	
		OR	CI 95%
Indicator familie <i>Registratie</i> (n = 17)	Screening (n =14)	0,78	0,11 – 5,46
	Doorlooptijd (n = 4)	1,56	0,12 – 20,61
	Complicatie-incidentie (n = 8)	1,56	0,21 – 11,83
	Coördinatie (n = 7)	0,78	0,07 – 9,08
	Kwaliteitsbeleid (n = 10)	0,52	0,05 – 5,8
Indicator niveau <i>Proces</i> (n = 29)	Structuur (n = 21)	1,47	0,32 – 6,7
	Uitkomst (n = 10)	1,56	0,24 – 10,19
Type zorg <i>Snijdend</i> (n = 25)	Ondersteunend (n = 6)	2,44	0,33 – 18,14
	Verpleegkundig (n = 4)	2,44	1,89 – 31,77
	Beschouwend (n = 16)	1,69	0,3 – 9,65
	Management (n = 7)	1,22	0,11 – 13,97
Multidisciplinariteit <i>Mono-disciplinair</i> (n = 14)	Bi-disciplinair (n = 24)	0,73	0,14 – 3,89
	Multi-disciplinair (n = 22)	0,58	0,1 – 3,38
Meetbaar doel/ norm <i>Wel een meetbaar doel</i> (n = 10)	Wel een doel, niet meetbaar (n = 21)	1,22	0,1 – 11,3
	Geen doel (n = 29)	1,16	0,37 – 34,94
Wetenschappelijke richtlijn <i>Ja, indicator is ontwikkeld uit richtlijn</i> (n = 31)	Nee (n = 4)	0	--
	Richtlijn na indicator (n = 3)	0	--
	Nee, wel evidentie (n = 22)	1,53	0,38 – 6,09
Aantal jaren in de set		0,86	0,62 – 1,19
Aantal signalen		0,96	0,81 – 1,14
Aantal variabelen		1,02	0,87 – 1,19

CI=Confidence intervall/betrouwbaarheidsinterval;

OR=Odds Ratio;

Referentiecategorie; de categorie waar de rest van de categorieën binnen die groep tegen af gezet wordt.