

Verantwoordingsdocument Voorkeursbeleid 2010-2011

september 2010



Zorg kan altijd beter

Mammacarcinoom

De selectiecriteria zijn opgesteld met ondersteuning van Plexus

Inhoudsopgave

1	Toelichting voorkeursbeleid	3
2	Indicatoren & selectie	4
2.1	Eerste toets: volumina per instelling	4
2.2	Tweede toets: overige zorginhoudelijke kwaliteit	5
2.3	Derde toets: patiëntervaring	6
2.4	Prijs.....	10
2.5	Samenvatting indicatoren en weging.....	10
3	Niet meegenomen indicatoren	13
4	Dynamisch model	14

1 Toelichting voorkeursbeleid

Onder het motto "er is verschil, laat je adviseren" helpt CZ als gids in de zorg de klant bij het maken van de beste keus uit het zorgaanbod. De introductie van een voorkeursbeleid per 1 januari 2011 is een volgende stap om verzekerden de weg te wijzen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de volgende vierdeling:

Categorie 1: voorkeursaanbieders die de 'beste borstkankerzorg' leveren

Categorie 2: ziekenhuizen die een 'goed' scoren

Categorie 3: ziekenhuizen die een 'matig' scoren

Categorie 4: ziekenhuizen die een 'onvoldoende' scoren.

Het betreft een generiek model, in principe bedoeld voor alle zorgsoorten die zich voor het voorkeursbeleid lenen. Besloten is het voorkeursbeleid in eerste instantie te beperken tot ziekenhuiszorg en daarbinnen voorlopig tot een beperkt aantal aandoeningen per 1 januari 2011. De reden hiervoor ligt in de bestaande mogelijkheden om voldoende onderbouwde kwaliteitsscores te bepalen.

Voor elk van de geselecteerde aandoeningen zullen de prestaties van de ziekenhuizen gewaardeerd worden op basis van indicatoren die naar twee kwaliteitsdimensies zijn onderverdeeld:

1. medische kwaliteit

2. patiëntervaringen

Bij deze indeling wordt 'tijdigheid' als onderdeel van 'patiëntervaringen' meegenomen. Overigens moet worden geconstateerd dat in de praktijk het onderscheid 'medische kwaliteit' versus 'patiëntervaringen' moeilijk bleek te maken. Veel procesindicatoren in de borstkankerzorg kunnen als zowel een teken van medische kwaliteit als van patiëntgerichtheid worden uitgelegd.

Voor alle indicatoren geldt dat zij betrouwbaar dienen te zijn, valide, vergelijkbaar en onderdeel dienen uit te maken van bestaande registraties dan wel indicatorensets.

Het voorkeursbeleid geldt vooralsnog niet voor zorg in het buitenland en ZBC's/EMS, omdat adequate kwaliteitsinformatie ontbreekt.

2 Indicatoren & selectie

Zoals gezegd worden de ziekenhuizen ingedeeld in 4 categorieën. De indeling wordt bepaald door de totale 'pool' van ziekenhuizen steeds tegen het licht te houden en te toetsen op een nieuwe indicator. Gevolg hiervan is dat er (bijna per definitie) bij elke toets een aantal ziekenhuizen 'afvallen' en dus niet meer meedingen naar een plek in de hoogste categorie: voorkeursinstelling.

Hieronder wordt beschreven welke achtereenvolgende toetsen zijn toegepast. In Hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de indicatoren welke wel zijn onderzocht maar uiteindelijk niet zijn meegenomen in de normen per categorie.

2.1 Eerste toets: volumina per instelling

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat er voor veel hoog-risico interventies en complexe zorg trajecten een sterke correlatie bestaat tussen het geopereerde volume en medisch inhoudelijke kwaliteit. Voor mammacarcinoom bestaat deze relatie ook, naast andere factoren als de organisatie van de mammazorg e.d.¹. De "European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis"² stelt 150 nieuw gediagnosticeerde patiënten per jaar¹ als minimum eis aan instellingen die integrale mammazorg willen. Alleen bij deze aantallen, stelt deze richtlijn, is het mogelijk om op de verschillende onderdelen van deze zorg voldoende expertise en routine op te bouwen om excellente kwaliteit te leveren.

Hoewel de Europese richtlijn het heeft over 'nieuw gediagnosticeerde patiënten per jaar', blijkt uit de uitleg daarvan dat het gaat om de ervaring van een ziekenhuis met de integrale zorg rondom de patiënt. Om die reden gaat CZ niet uit van het aantal 'nieuwe patiënten gediagnosticeerd met mammacarcinoom', omdat deze patiënten ook elders behandeld kunnen worden. CZ gaat uit van patiënten die geopereerd zijn. De benodigde data is afkomstig uit klantpreferentievraag 2 van Zichtbare Zorg. Dit gegeven is betrouwbaar aan te leveren, via kankerregistratie en/of DBC registratie. Omdat CZ in de huidige data niet kan zien of het om primaire operaties gaat zal het aantal primair geopereerde patiënten in werkelijkheid (in beperkte mate) lager zijn.

Onderstaande tekst uit Perry N e.a.. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition. European Commission. Health & Consumer Protection Directorate-General; 2008.

"9.5 Mandatory requirements

9.5.1 Critical mass

A Unit must be of sufficient size to have more than 150, newly diagnosed cases of primary breast cancer (at all ages and stages) coming under its care each year.

Note: these are newly diagnosed breast cancers. They may have been diagnosed elsewhere but if they have received any prior treatment and have been transferred, for example, to receive radiotherapy, they should not be counted. All primary treatment must be carried out under the direction of the Unit (operation must be in the unit, adjuvant therapies must be directed by the unit but may have been received in other settings e.g. RT and chemotherapy). Follow up should be under the control of the Unit.

The reason for recommending a minimum number is to ensure a caseload sufficient to maintain expertise for each team member and to ensure cost-effective working of the Breast Unit: the establishment of a clinic staffed by experts is expensive and must have a high through-put of patients."

¹ KWF. Kwaliteit van Kankerzorg in Nederland, 2010.

² Perry N, Broeders M, Wolf C de, Törnberg S, Holland R, Karsa L von. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition. 2006

In de literatuur is het sterkste volume effect aangetoond bij de grens van 70 operaties per jaar (minder dan de helft van de Europese Minimum norm): bij meer dan 70 operaties per jaar was er sprake van een 7-9% mortaliteitsreductie.³ Voor CZ is dit aantal vervolgens als ondergrens vastgesteld: ziekenhuizen die minder dan 70 operaties verrichten vallen in categorie 4 (ziekenhuizen die een 'onvoldoende' scoren).

Ziekenhuizen die tussen 70 en 150 operaties verrichten komen vervolgens in aanmerking voor Categorie 3 (ziekenhuizen die een 'matig' scoren). Boven de 150 operaties kan een ziekenhuis in aanmerking komen voor de kwalificatie voorkeursaanbieder die de 'beste borstkankerzorg' levert (categorie 1). Het daadwerkelijk behalen van deze kwalificatie hangt af van de tweede en derde toets.

2.2 Tweede toets: overige zorginhoudelijke kwaliteit

Na het totaal volume is gekeken naar medisch inhoudelijke indicatoren. Uit de Borstkankermonitor 2010 is een selectie gemaakt van indicatoren die het meeste zeggen over medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg, te weten:

	Indicator	Antwoordcategorie	Bron
1	Differentiatie binnen vakgroep: Minimaal 2 chirurgen die chirurgie uitvoeren	Ja / Nee / Onbekend	Zichtbare Zorg
2	Differentiatie binnen vakgroep: Elke chirurg opereert ten minste 30x	Ja / Nee / Onbekend	Zichtbare Zorg
3	Multidisciplinaire Patiëntenbespreking (zoals geformuleerd door de NABON ⁴)	Ja / Nee / Onbekend	Borstkankermonitor
4	Triple onderzoek op 1e dag	Ja / Nee / Onbekend	Zichtbare Zorg
5	Begeleiding Mammaverpleegkundige	Ja / Nee / Onbekend	Zichtbare Zorg
6	Vast aanspreekpunt tijdens behandeling	Ja / Nee / Onbekend	Zichtbare Zorg
7	% Patiënten geopereerd binnen vier weken	Ja / Nee / Onbekend	Zichtbare Zorg

De indicatoren 3, 4 en 7 konden worden gevalideerd op basis van CQ index vragen en/of eigen gegevens vanuit CZ. Ook 'missing values' uit de Zichtbare Zorg gegevens zijn waar relevant nagevraagd.

³ Skinner Ka, Helsper JT, Deapen D, Ye W, Sposto R. Breast Cancer: Do Specialists Make a Difference? *Annals of Surgical Oncology*. 2003 ;10(6):606-615.

⁴ NABON. Handboek organisatie mammazorg. 2008.

Om in aanmerking te kunnen komen voor categorie 1 (voorkeursaanbieders die de 'beste borstkankerzorg' leveren) is het vereist dat de instelling op alle zeven de indicatoren "Ja" scoort.

Om in categorie 2 geplaatst te worden, dient in ieder geval het antwoord op de medisch meest 'harde' indicatoren 1, 2 en 3 'ja' te zijn. Ziekenhuizen scoren een 'matig' (categorie 3) als zij niet voldoen aan één of meerdere van de indicatoren 1, 2 en 3. Het gaat hier om gegevens die (via het Zichtbare Zorg aanlever proces, maar ook door eigen validatie) relatief betrouwbaar zijn. Het zijn aspecten van het zorgproces die meer dan de andere hierboven genoemde indicatoren een aanwijzing geven over de *medisch-inhoudelijke* kwaliteit van de geleverde zorg.

Belangrijke, aanvullende informatie hierbij is dat uit de antwoordscores van Zichtbare Zorg blijkt dat de indicatoren 1, 5 en 6 niet (meer) differentiëren tussen ziekenhuizen: alle ziekenhuizen scoren 'ja' op deze indicatoren. In een volgende cyclus (voor de zorginkoop 2012, zie ook hoofdstuk 4) zullen deze criteria dan ook kunnen vervallen.

2.3 Derde toets: patiëntervaring

Naast medisch inhoudelijke kwaliteit hecht CZ ook sterk aan patiëntgerichtheid. Om ook dit aspect te laten meewegen is gebruik gemaakt van de CQ-index. Dit is een wetenschappelijk gevalideerde vragenlijst die in 2009 is uitgezet.

De mammacare CQ index is nog relatief nieuw. Daarom is op dit moment primair uitgegaan van de twee meest samenvattende vragen: die naar een rapportcijfer voor het ziekenhuis en voor de chirurg. Dit zijn de hoofdindicatoren voor patiëntervaring. De overige, meer inhoudspecifieke vragen⁵ worden voorsnog uitsluitend gebruikt als validatie voor de hoofdindicatoren.

De CQ-index kent een vertaalslag van absolute naar relatieve scores. Door middel van een t-toets ($\alpha=0,05$) wordt gekeken of absolute scores (in de vorm van gemiddelden) afwijken van het marktgemiddelde.

- Wanneer een ziekenhuis voor een indicator significant lager scoort dan marktgemiddeld, krijgt dit ziekenhuis voor deze indicator 1 ster.
- Wanneer een ziekenhuis voor een indicator niet significant hoger of lager scoort dan het marktgemiddelde, krijgt dit ziekenhuis voor deze indicator 2 sterren
- Wanneer een ziekenhuis voor een indicator significant hoger scoort dan marktgemiddeld, krijgt dit ziekenhuis voor deze indicator 3 sterren.

Categorie 1: voorkeursaanbieders die de 'beste borstkankerzorg' leveren

Om in aanmerking te kunnen komen voor het predicaat "voorkeursaanbieders die de 'beste borstkankerzorg' leveren" verwacht CZ een patiëntgerichtheid die significant beter is dan de rest van het zorgveld. Dit betekent dat het naar sterren vertaalde 'rapportcijfer ziekenhuis' 3 sterren moet zijn.

Idealiter zou ook het naar sterren vertaalde 'rapportcijfer voor de chirurg' 3 sterren moeten zijn. Echter, het CQI onderzoek brengt hier een beperking met zich mee: alleen respondenten die contact hebben gehad met een chirurg beoordelen de chirurg. Dat is maar een beperkt percentage van het aantal respondenten. Dit betekent dat het aantal antwoorden op deze vraag beduidend lager is dan op de rest van de CQ-vragen. Lage aantallen leiden er door grotere betrouwbaarheidsintervallen toe dat verschillen veel minder snel significant zijn. Dit betekent dat scores onrealistisch hoog zouden moeten

⁵ Bij deze analyse zijn de vragen die reeds in de zorginhoudelijke indicatoren zijn verwerkt (indicator 3 en 4) geëxcludeerd.

zijn alvorens 3 sterren behaald kunnen worden. Vandaar dat de eis voor het aantal sterren op deze vraag beperkt is gebleven tot 2.

Naast de eisen aan de relatieve score moet ook de absolute score van zowel ziekenhuis als chirurg hoger of gelijk zijn aan een 7,5⁶.

De beide naar sterren vertaalde rapportcijfers moeten in voldoende mate iets zeggen over de ervaren kwaliteit. Daarom mag de discrepantie tussen deze rapportcijfers en de overige patiëntervaring scores van de CQ-index niet te groot zijn. Bepaald is dat gemiddeld (alle sterren opgeteld en vertaald naar de relatieve score) deze overige indicatoren niet lager dan met 2,0 sterren beoordeeld mogen zijn.

Categorie 2: ziekenhuizen die een 'goed' scoren

Om in aanmerking te komen voor categorie 2 moet voldaan worden aan al deze normen:

1. Het rapportcijfer van het ziekenhuis is hoger of gelijk aan een 7,5
2. Het rapportcijfer van de chirurg is hoger of gelijk aan een 7,5

Categorie 3: ziekenhuizen die een 'matig' scoren

Als wordt voldaan aan één van onderstaande normen, valt een ziekenhuis onder categorie 3.

1. Het rapportcijfer voor het ziekenhuis is hoger of gelijk aan een 6,5
2. Het rapportcijfer voor de chirurg is hoger of gelijk aan een 6,5
3. Het naar sterren vertaalde rapportcijfer voor het ziekenhuis scoort minimaal 2 sterren
4. Het naar sterren vertaalde rapportcijfer voor de chirurg scoort minimaal 2 sterren
5. Gemiddeld (alle sterren opgeteld en vertaald naar de relatieve score) mogen de overige indicatoren niet lager dan met 2 sterren beoordeeld zijn.

Categorie 4: ziekenhuizen die een 'onvoldoende' scoren

Wanneer aan géén enkele van de voorwaarden van categorie 3 wordt voldaan, scoort het ziekenhuis te laag om te contracteren.

Voor een dienstverlenend bedrijf is een gemiddelde klantbeoordeling lager dan een 7 zeer ongewenst. Om die reden vallen ziekenhuizen die lager scoren dan een 6,5 in de vierde categorie. Het ziekenhuis moet echter ook ondergemiddeld ten opzichte van de andere ziekenhuizen scoren. Daarom komt een ziekenhuis op patiëntervaring in categorie 4 als, naast de lage absolute score, ook de relatieve score op het rapport cijfer minder dan 2 sterren is.

Waarom gebruikt CZ zowel absolute als relatieve beoordelingen?

Omdat beide van belang zijn:

- Absolute beoordelingen (cijfers) geven de meest accurate beoordelingen over de kwaliteit van dienstverlening.
- De relatieve score (sterren) is nodig om te beoordelen hoe een ziekenhuis scoort ten opzichte van anderen. Dat is vooral van belang in de uiterste gevallen (categorie 1 en 4). Dan moet het absolute cijfer óók gezien worden ten opzichte van andere ziekenhuizen.

Voor categorie 1 geldt: Om de beste te zijn vindt CZ dat een ziekenhuis een hoog rapportcijfer moet hebben (absolute score). Daarnaast moet het ook nog eens met het aantal sterren boven de andere ziekenhuizen uitsteken (relatieve score).

Voor categorie 4 geldt dat onvoldoende borstkankerzorg gepaard gaat met een laag rapportcijfer (absolute score). Het ziekenhuis moet echter ook ondergemiddeld ten opzichte van de andere ziekenhuizen scoren (relatieve score).

⁶ Ook bij de absolute scores heeft CZ gebruikt gemaakt van een t-toets ($\alpha=0,05$). Dit om op een zo eerlijk mogelijke manier om te gaan met de invloeden van de respondent aantallen. Dit betekent dus dat de upperbound van het 95% betrouwbaarheidsinterval moet voldoen aan de norm van de 7,5.

Patiëntervaring indicatoren

Indicatoren	Nummer/omschrijving van vraag/thema	Uitkomst
Indicator 1	T1 Bejegening zorgverleners in de fase van onderzoeken	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 2	T2 Bejegening verpleegkundigen in de fase van operatie	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 3	T3 Bejegening chirurg in de fase van operatie	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 4	T4 Autonomie	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 5	T5 Bejegening zorgverleners in de fase van de chemotherapie	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 6	T6 Informatievoorziening chemotherapie	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 7	T7 Afstemming/samenwerking	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 8	T8 Overgang psychosociale zorg	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 9	T9 Overgang fysiotherapie	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 10	T10 Overgang revalidatie	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 11	Vraag 8 Hoe snel kon u na uw contact met de huisarts terecht in het ziekenhuis?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 12	Vraag 25 Zijn de mogelijke gevolgen van eventuele behandelingen met u besproken?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 13	Vraag 41 Zijn de gevolgen van de operatie met u besproken?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 14	Vraag 47 Heeft u na de operatie te maken gehad met andere wondcomplicaties?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 15	Vraag 78 Bent u geïnformeerd over mogelijkheden van psychosociale zorg (zorg rondom uw gevoelens, emoties en sociale omgeving)?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 16	Vraag 79 Heeft u hulp gehad bij een verwijzing naar psychosociale zorg?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 17	Vraag 80 Kon u zo snel als u wilde terecht bij een instelling of een zorgverlener voor psychosociale zorg?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 18	Vraag 84 Bent u geïnformeerd over mogelijkheden van revalidatieprogramma's (zoals Herstel en Balans)?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 19	Vraag 85 Heeft u hulp gehad bij een verwijzing naar revalidatieprogramma?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 20	Vraag 86 Kon u zo snel als u wilde terecht bij een revalidatieprogramma?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 21	Vraag 94 Hielpen de zorgverleners u binnen een kwartier na de afgesproken tijd?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 22	Vraag 95 Waren de zorgverleners in het ziekenhuis bereid te praten over fouten	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld
Indicator 23	Vraag 96 Had u voldoende privacy (bescherming van privé zaken) in het ziekenhuis?	1 = ondergemiddeld 2 = gemiddeld 3 = bovengemiddeld

2.4 Prijs

In de beoordeling is nog geen rekening gehouden met een prijscomponent. Wij overwegen om bij de toetsing voor de inkoop voor 2012 bij de indeling van de ziekenhuizen de prijs mee te laten wegen. Hiervoor zullen de vanaf 1-1-2011 geldende, maar op dit moment nog af te spreken, (DBC) tarieven voor borstkanker zorg gehanteerd worden.

2.5 Samenvatting indicatoren en weging

Categorie 1: voorkeursaanbieders die de 'beste borstkankerczorg' leveren

Voldoet aan de

Volumenorm

Volume van centrum: meer dan 150 operaties per jaar (ZiZo-data)

Volume opererende chirurgen: meer dan 30 borstkankeroperaties per chirurg per jaar (ZiZo-data)

En aan alle

Indicatoren ZiZo/Borstkankermonitor/CZ

Differentiatie binnen vakgroep: Minimaal 2 chirurgen die chirurgie uitvoeren (ZiZo-data)

Multidisciplinaire Patiëntenbespreking: volledig borstkankerteam volgens NABON-eisen (BM-data, waar nodig gevalideerd door CZ data)

Goed functionerende mammapoli: Tripple onderzoek op 1 dag + uitslag diagnose binnen 5 werkdagen (ZiZo-data, waar nodig gevalideerd door CQ index data en CZ-data)

Begeleiding door Mammaverpleegkundige (ZiZo-data)

Vast aanspreekpunt tijdens behandeling (ZiZo-data)

Wachttijd tot OK < 4 weken (ZiZo-data, waar nodig gevalideerd met CQ Index data en CZ data)

En aan alle

Indicatoren CQ

Rapportcijfer ziekenhuis: groter of gelijk aan 7,5

Rapportcijfer chirurg: groter of gelijk aan 7,5

Rapportcijfer instelling: 3 sterren

Rapportcijfer chirurg: 2 of 3 sterren

Gemiddelde score op CQ index: 2 of 3 sterren

Categorie 2: ziekenhuizen die een 'goed' scoren

Voldoet aan de

Volumenorm

Volume van centrum: meer dan 150 operaties per jaar (ZiZo-data)

Volume opererende chirurgen: meer dan 30 borstkankeroperaties per chirurg per jaar (ZiZo-data)

En aan

Indicatoren ZiZo/Borstkankermonitor/CZ

Differentiatie binnen vakgroep: Minimaal 2 chirurgen die chirurgie uitvoeren (ZiZo-data)

Multidisciplinaire Patiëntenbespreking: volledig borstkankerteam volgens NABON-eisen (ZiZo-data)

En aan de

Indicatoren CQ

Rapportcijfer ziekenhuis: hoger of gelijk aan een 7,5

Rapportcijfer chirurg: hoger of gelijk aan een 7,5

Categorie 3: ziekenhuizen die een 'matig' scoren

Er zijn twee mogelijkheden:

Minder dan 150 operaties per jaar, maar meer dan 70 (ZiZo-data)

Tweede mogelijkheid:

Meer dan 150 operaties per jaar

EN VOLDOET NIET AAN EEN OF MEER VAN DE VOLGENDE EISEN:

- Volume opererende chirurgen: meer dan 30 borstkankeroperaties per jaar (ZiZo-data)
- Differentiatie binnen vakgroep: Minimaal 2 chirurgen die chirurgie uitvoeren (ZiZo-data)
- Multidisciplinaire Patiëntenbespreking: volledig borstkankerteam volgens NABON-eisen (ZiZo-data)

In beide gevallen moet tevens voldaan worden aan:

Minimaal één van onderstaande normen op basis van de CQ-score:

Rapportcijfer ziekenhuis: hoger of gelijk aan een 6,5

Rapportcijfer chirurg: hoger of gelijk aan een 6,5

Rapportcijfer ziekenhuis: 2 of 3 sterren

Rapportcijfer chirurg: 2 of 3 sterren

Gemiddeld (alle sterren opgeteld en vertaald naar de relatieve score): 2 of 3 sterren

Categorie 4: ziekenhuizen die een 'onvoldoende' scoren

Minder dan 70 operaties per jaar (ZiZo-data)

Of

Indicatoren CQ

Score ziekenhuis op alle onderstaande normen is als volgt:

Rapportcijfer ziekenhuis: lager dan 6,5

Rapportcijfer chirurg: lager dan 6,5

Rapportcijfer ziekenhuis: 1 ster

Rapportcijfer chirurg: 1 ster

Gemiddeld (alle sterren opgeteld en vertaald naar de relatieve score): minder dan 2 sterren

3 Niet meegenomen indicatoren

Door de Borstkankermonitor en door Zichtbare Zorg worden een aantal indicatoren gehanteerd die niet door CZ zijn overgenomen. Hieronder wordt kort aangegeven wat de overwegingen zijn geweest om een criterium op dit moment niet over te nemen.

Indicator	Reden om indicator niet mee te nemen
% Patiënten met achtergebleven kankerweefsel (BM, Zichtbare Zorg)	Het gaat hier om een potentieel zeer krachtige uitkomstindicator. De statistische betrouwbaarheid van de aangeleverde data en de kwaliteit van de registratie- en data aanlevering processen zijn op dit moment zeer matig van aard. Derhalve is het momenteel niet mogelijk hier verantwoorde conclusies uit te trekken.
% lokale 5 jaars recidieven (Zichtbare Zorg)	Idem. Zie voor een uitgebreide analyse bijvoorbeeld: van der Heiden-van der Loo M. et al. Weinig lokaal recidieven na mammachirurgie: goede kwaliteit van de Nederlandse borstkankerczorg. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2010 ;154(28).
Directe reconstructie	Het gaat hier om een belangrijke ontwikkeling in de zorg voor borstkanker. De indicator wordt op dit moment door BVN uitgevraagd, maar maakt (nog) geen deel uit van een landelijk erkende indicatorenset. Bovendien is het op basis van de aangeleverde data vooralsnog niet mogelijk om een oordeel te vellen over de kwaliteit van de aangeboden plastische chirurgie.
Psychosociale zorg	Het gaat hier eveneens om een belangrijk aspect van borstkankerczorg. Op dit moment wordt door BVN uitgevraagd of het ziekenhuis 'de behoefte aan psychosociale zorg standaard in kaart brengt met een signaleringsinstrument'. Zonder af te willen doen aan het belang hiervan, waren er twee overwegingen om deze indicator niet mee te nemen: <ul style="list-style-type: none"> - het gebruiken van een signaleringsinstrument is wel een belangrijke voorwaarde voor maar geen bewijs van goede zorg - de CQ index gaat veel uitgebreider in op de ervaringen van de patiënt met deze zorg. Het belang van psychosociale zorg is hiermee via de CQ index geborgd.
Aanwezigheid hulpprogramma's	De hulpprogramma's (voor zenuwpijn, lymfoedeem en vermoeidheid) worden door alle ziekenhuizen aangeboden.
Aanwezigheid voorzieningen	Het gaat hier om structuurinformatie waarvan het niet duidelijk is of dit ook altijd <i>kwaliteitsinformatie</i> is. Het al dan niet aanwezig zijn van voorzieningen kan in sommige omstandigheden worden gecompenseerd door adequaat gebruik van voorzieningen elders. Het gaat hier ook niet om een landelijk vastgestelde lijst van 'noodzakelijke' of 'wenselijke' voorzieningen.
Deelname CQ index 2011	CZ vindt dat elk ziekenhuis aan de CQ index zou moeten meedoen, zowel als onderdeel van interne benchmarking als ook om kwaliteitsinformatie voor patiënten en zorginkoop te genereren. De discussie over deelname in 2011 tussen ziekenhuizen, verzekeraars en BVN loopt op dit moment. De resultaten daarvan kunnen aanleiding geven tot aanpassing van het initiële antwoord op het verzoek in 2011 mee te doen. Om die reden is het op dit moment niet wenselijk het initiële antwoord te betrekken in het al dan niet toekennen van een kwaliteitsoordeel over het betreffende ziekenhuis.

4 Dynamisch model

De scores van de ziekenhuizen op de verschillende indicatoren kunnen in de loop van de tijd veranderen. CZ hoopt natuurlijk op een continue verbetering van de kwaliteit van zorg aan haar verzekerden. Op het moment dat er nieuwe CQ en Zichtbare Zorg data beschikbaar komen, kunnen de scores (en daarmee de indeling van de ziekenhuizen in de categorieën) worden aangepast. Hierbij gaat CZ uit van een voorlopige peildatum van 1 augustus 2011, en een definitieve vaststelling van de scores en categorie-indeling van 1 oktober 2011. Ziekenhuizen kunnen desgewenst nieuwe (of verbeterde) scores doorgeven aan CZ, maar deze resulteren gedurende het lopende jaar in principe niet in een aanpassing van de categorie waarin het ziekenhuis zich bevindt.

ACHTERKANT

Deze selectiecriteria zijn opgesteld met ondersteuning van Plexus

Disclaimer

CZ heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van de toetsen en indicatoren. De criteria en normen die zijn gebruikt, zijn waar mogelijk gebaseerd op de laatste standaarden en inzichten. CZ aanvaardt echter geen aansprakelijkheid voor onjuistheden of onvolledigheden van informatie afkomstig van derden, hoewel die informatie wel zoveel mogelijk door CZ is gevalideerd. CZ aanvaardt derhalve geen aansprakelijkheid voor schade, overlast, ongemak of andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de door CZ verstrekte informatie.

Gebruikers kunnen geen rechten ontleen aan de inhoud van de rangschikking. Hoewel de rangschikking na een zorgvuldig proces tot stand is gekomen, kan CZ aan verzekerden geen resultaten van behandelingen garanderen.

© CZ, 27 september 2010