

Publieke indicatoren zorgmanagement  
in de eerste lijn

*Joekie Markhorst*  
*Hilly Calsbeek*  
*Ellen Keizer*  
*Geertje van de Ven*  
*Jozé Braspenning*



Dit project werd mogelijk gemaakt door ZonMw vanuit het programma Kiezen in Zorg.

Dit is een publicatie van het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.

**Auteurs**

Joekie Markhorst  
Hilly Calsbeek  
Ellen Keizer  
Geertje van de Ven  
Jozé Braspenning

Nijmegen, november 2009

Citeren van delen uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding: Markhorst J, Calsbeek H, Keizer E, van de Ven G, Braspenning J. Publieke indicatoren zorgmanagement in de eerste lijn. Deel 12 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg.

Nijmegen: IQ healthcare, november 2009.

Deze uitgave is te downloaden via [www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl)

ISBN: 978-90-76316-59-8

## INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD .....	5
SET INDICATOREN .....	7
SAMENVATTING.....	12
ABSTRACT .....	13
INLEIDING .....	14
METHODE .....	16
Definiëring van te leveren prestaties .....	16
Search beschikbare indicatoren .....	16
Selectie kernset.....	17
Praktijktoets.....	17
RESULTATEN .....	17
Definitie prestaties.....	17
Preventie .....	18
Voorlichting en advisering .....	20
Aanvullend onderzoek.....	21
Medicatiebeleid .....	22
Verwijsbeleid .....	23
Dossiervoering .....	23
Conclusie prestaties zorgmanagement .....	24
Beschikbare indicatoren .....	27
Selectie kernset.....	27
Resultaten praktijktoets .....	30
DISCUSSIE EN CONCLUSIE.....	31
Discussie .....	31
Conclusie.....	34
REFERENTIES.....	35
BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren .....	37
BIJLAGE 2 Leden projectgroep .....	39



## VOORWOORD

Het zichtbaar maken van de variatie in prestaties van zorgverleners is in de eerste plaats een stimulans voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg; zorgaanbieders hebben inzicht in hun eigen presteren en in dat van anderen. Transparantie is daarnaast van wezenlijk belang voor het nieuwe zorgstelsel waarin patiënten en consumenten in staat worden gesteld om geïnformeerd te kiezen, zowel op het niveau van de zorgaanbieder als van de aandoening. Ten slotte is publieke kwaliteitsinformatie van belang voor partijen als zorgverzekeraars en de inspectie voor de gezondheidszorg; het inkopen van zorg, het aangaan van contracten met zorgaanbieders en het monitoren van de kwaliteit van zorg zijn voorbeelden van doelen waarvoor dergelijke informatie gebruikt kan worden.

Betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie over de prestaties van zorgaanbieders wordt met behulp van kwaliteitsindicatoren gegenereerd. Inmiddels zijn en worden er vele indicatoren ontwikkeld en worden per zorgproduct verschillende (kern)sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg. Het Voorhoedeproject Eerstelijnszorg en Acute zorg is uitgezet om op basis van beschikbaarheid vanuit een eerstelijnsbrede insteek publieke indicatoren te identificeren over de kwaliteit van eerstelijnszorg en acute zorg. Het project werd gefinancierd door ZonMw uit het programma Kiezen in Zorg, deelprogramma Consumenteninformatie en Transparantie van zorg.

In het kader van het Voorhoedeproject presenteren wij een reeks van 12 rapporten over de professionele kwaliteit van (a) langdurige zorg in de eerste lijn (negen rapporten), te weten: COPD, diabetes mellitus, hartfalen, cardiovasculair risicomangement, depressie, dementie, zwangerschap en bevalling, specifieke lage-rugpijn en decubitus, (b) acute zorg (twee rapporten): acute zorg verleend door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen, en acute GGZ, en (c) zorgmanagement in de eerste lijn (één rapport), met betrekking tot: preventie, voorlichting en advies, aanvullend onderzoek, medicatiebeleid, verwijsbeleid en dossiervoering. Het voorliggende rapport maakt onderdeel uit van deze reeks.

Bij de samenstelling van de sets van indicatoren is uitgegaan van reeds ontwikkelde en beschikbare (inter)nationale indicatoren. Aansluitend bij de selectiecriteria van het Amerikaanse National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) is door IQ healthcare een selectieprocedure ontwikkeld aan de hand waarvan per zorgproduct eerste kernsets werden samengesteld. Vervolgens werden experts geconsulteerd ter verdere inhoudelijke validering van de sets. Wij hopen dat de rapporten en indicatoren zullen bijdragen aan een goede meting van de kwaliteit van de zorg aan patiënten in de moderne geïntegreerde eerste lijn.

Aan de ontwikkeling van de sets van indicatoren hebben zeer veel deskundigen op uiteenlopende terreinen van de zorg deelgenomen. Op deze plaats willen wij hen hartelijk danken voor hun constructieve bijdrage aan dit project.

Nijmegen, augustus 2009

Richard Grol



## SET INDICATOREN

<b>Preventie</b>
<b>1. Influenzavaccinatiegraad van de hoogrisicogroep<sup>1</sup>.</b>
<p>Toelichting<sup>1</sup>: Mensen van 60 jaar en ouder en risicogroepen krijgen van hun huisarts ieder jaar een uitnodiging voor de griepvaccinatie. De griepvaccinatie beschermt tegen ernstige gevolgen (zoals longontsteking of verergering van een eventueel bestaande ziekte) van de meest voorkomende griepvirussen. De kans om griep te krijgen is na vaccinatie veel kleiner en wanneer zich toch griep ontwikkelt dan verloopt de ziekte meestal minder ernstig.</p> <p>Afgeleid van<sup>1</sup>: VIA</p>
<b>2. Opkomstpercentage bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker.</b>
<p>Toelichting: Door het maken van een uitstrijkje is het mogelijk om in een vroeg stadium afwijkingen van de baarmoederhals te ontdekken. Door behandeling van een voorstadium wordt voorkomen dat baarmoederhalskanker ontstaat, waardoor minder vrouwen overlijden. Ook is de behandeling dan vaak minder zwaar.</p> <p>Afgeleid van: VIA</p>
<b>3. Percentage zuigelingen dat in 2005 tijdig is geprikt (hielprik).</b>
<p>Toelichting: In de eerste week na de geboorte krijgt elke baby in Nederland een hielprik. De screening levert belangrijke informatie op over een aantal ernstige aandoeningen. Vroegtijdige opsporing hiervan is belangrijk om schade aan de gezondheid te voorkomen of te beperken.</p> <p>Afgeleid van: GGD</p>
<b>Voorlichting en advisering</b>
<b>4. De zorgverlener geeft informatie ter ondersteuning van een consult, zoals folders, schriftelijk en/of beeld materiaal, internetverwijzingen.</b>
<p>Toelichting: Van mondelinge informatie tijdens het consult komt soms weinig over of blijft soms weinig hangen. Ondersteuning van een consult door voorlichtingsmateriaal is dan nodig. Deze indicator geeft uitdrukking aan het belang dat een zorgverlener hecht aan ondersteuning van een consult met extra informatie.</p> <p>Afgeleid van: VIA</p>
<b>5. In de praktijk zijn de (NHG-)praktijkfolders op een voor de patiënt toegankelijke plaats gepositioneerd.</b>
<p>Toelichting: Voorlichtingsmateriaal kan de zelfredzaamheid van de patiënt en de doeltreffendheid van een consult verhogen. Het is belangrijk dat de folders door de patiënt zelf gepakt kunnen worden.</p> <p>Afgeleid van: VIA</p>

## 6. De praktijk heeft een eigen website.

Toelichting:

Een eigen website is een geschikt medium om patiënten te informeren over de toegang van de praktijk (openingstijden en dergelijke), maar ook over zaken met betrekking tot hun gezondheid, zoals informatie over leefstijl of vaccinaties. Bovendien zijn vanaf de praktijksite links mogelijk naar andere (gezondheids-)sites. Evenals schriftelijk voorlichtingsmateriaal kan de informatie op een website de zelfredzaamheid van een patiënt en de doeltreffendheid van een consult verhogen.

Afgeleid van: VIA

## 7. In de praktijk is een actuele sociale kaart aanwezig.

Toelichting:

Een sociale kaart maakt een breed (regionaal) netwerk van hulpverleners en instanties toegankelijk. Een sociale kaart kan beschouwd worden als een gouden gids voor diagnostische en therapeutische verwijzingen en voor informatie en advies. Een goede sociale kaart helpt patiënten om snel bij de juiste zorgverlener terecht te komen.

Afgeleid van: VIA

## Aanvullend onderzoek

### 8. Overleg met partners in de eerste lijn: Ten minste jaarlijks medisch inhoudelijk overleg tussen huisarts en: wijkverpleging, huisartsenpost, maatschappelijk werk, diëtiste, podotherapeut, fysiotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, eerstelijns psycholoog, apotheker.

Toelichting:

Regelmatig overleg met collega's en andere professionals in de eerste lijn is van belang om (regionaal) afspraken te maken en bij te stellen ingeval er nieuwe ontwikkelingen zijn op medisch inhoudelijk gebied. Tevens biedt het ruimte voor informeel contact en het oplossen van eventuele problematiek, wat het verwijzen en consulteren ten goede komt. Dit alles is in het belang van de continuïteit van zorg voor de patiënt.

Afgeleid van: VIA

### 9. Overleg met partners in de eerste lijn: Ten minste jaarlijks organisatorisch/logistiek overleg tussen huisarts en: wijkverpleging, huisartsenpost, maatschappelijk werk, diëtiste, podotherapeut, fysiotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, eerstelijns psycholoog, apotheker.

Toelichting:

Evenals het maken van afspraken over medisch inhoudelijke onderwerpen is het van belang dat er (regionaal) afspraken gemaakt worden over de logistiek en organisatie. Hierbij kan gedacht worden aan patiëntenstromen, maar ook aan het gebruik van bepaalde formulieren, software of apparatuur. Tevens biedt het ruimte voor informeel contact en het oplossen van eventuele problematiek, wat het verwijzen en consulteren ten goede komt. Dit alles is in het belang van de continuïteit van zorg voor de patiënt.

Afgeleid van: VIA

### 10. Overleg met partners in de tweede lijn: Bijeenkomsten over medisch inhoudelijke onderwerpen tussen huisarts en: interne specialisten, heelkundige specialisten, neurologen / psychiaters.

Toelichting:

Medisch-inhoudelijke bijeenkomsten met de tweede lijn zijn belangrijk voor de implementatie van transmurale afspraken, voor nascholing, voor informeel contact en zijn bovendien eventueel te combineren met een bezoek aan patiënten. Dit alles is in het belang van de continuïteit van zorg voor de patiënt.

Afgeleid van: VIA

### **11. Overleg met partners in de tweede lijn: Gestructureerd overleg transmurale afspraken.**

**Toelichting:**

Transmurale afspraken zijn samenwerkingsafspraken tussen de eerste en tweede lijn. Deze afspraken zijn vaak gemaakt door afgevaardigden vanuit de eerste en tweede lijn en hebben daardoor soms weinig draagvlak. Voor zowel de eerste als tweede lijn is het van belang om de afspraken in praktijk te brengen en regelmatig te bespreken hoe het loopt.

Afgeleid van: VIA

### **Medicatiebeleid**

### **12. In de praktijk zijn er werkafspraken over het navragen van contra-indicaties en intoleranties bij de patiënt.**

**Toelichting:**

Het navragen van contra-indicaties bij patiënten zou moeten gebeuren bij iedere patiënt die medicatie ophaalt (meestal in de apotheek). In deze indicator wordt specifiek gevraagd naar vastgelegde werkafspraken over het vragen naar mogelijke contra-indicaties bij iedere patiënt die tot dusverre onbekend is in de apotheek. Het op de hoogte zijn van mogelijke contra-indicaties is een randvoorwaarde voor het uitvoeren van een zorgvuldige medicatiebewaking. In deze indicator wordt gevraagd naar vastgelegde werkafspraken hierover (in de apotheek).

Afgeleid van (indicator en toelichting): IGZ/KNMP

### **13. De zorgverlener neemt deel aan het farmacotherapeutisch overleg (FTO).**

**Toelichting:**

Voorwaarden voor een veilige medicatievoorziening voor de patiënt zijn het consequent vastleggen van bijwerkingen, contra-indicaties/voorzorgen, intoleranties en allergieën in het medicatiedossier. Om doelmatige farmaceutische zorg te bevorderen, werken voorschrijvers en apotheekhouders samen binnen overlegstructuren, zoals het farmacotherapeutisch (transmuraal) overleg (FT(T)O). De invulling die aan het FTO wordt gegeven varieert van informatie-uitwisseling tot het maken van bindende afspraken. Deze afspraken dienen periodiek geëvalueerd te worden.

Afgeleid van: VIA

### **14. Percentage patiënten met polyfarmacie waarbij een medicatiereview is uitgevoerd.**

Medicatiereview: een systematische analyse van alle medicatie van een patiënt die (door de apotheker) met de (huis)arts en/of met de patiënt zelf wordt besproken.

Polyfarmacie: het gelijktijdige, chronische gebruik van meer dan vijf geneesmiddelen.

**Toelichting:**

Deze indicator betreft de patiëntgerichtheid van de zorg en het bevorderen van juist gebruik van geneesmiddelen door patiënten. Extra aandacht voor patiënten met polyfarmacie door middel van een medicatiereview kan hiervan een onderdeel zijn.

Afgeleid van (indicator en toelichting): IGZ/KNMP

### **15. De zorgverlener (huisarts) maakt gebruik van een protocol voor monitoren herhaalrecepturen.**

**Toelichting:**

Het gebruik van een protocol waarin afspraken over de afhandeling van (herhaal)recepten, inclusief de autorisatie, zijn vastgelegd, biedt ondersteuning voor veilig voorschrijven. Vooral bij patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken zijn controle en autorisatie van de herhaalreceptuur door de huisarts van groot belang.

Afgeleid van: VIA

**16. De zorgverlener (huisarts) maakt gebruik van een protocol medicatiegebruik bij patiënten met polyfarmacie.**

Toelichting:

Het gebruik van een protocol waarin afspraken over medicatiegebruik bij patiënten met polyfarmacie zijn vastgelegd ondersteunt de huisarts bij een veilig medicatiebeleid bij deze groep patiënten. Het doel van het protocol is bij te dragen aan een veilig medicatiegebruik.

Afgeleid van: VIA

**Verwijsbeleid**

**17. Overleg met partners in de tweede lijn: Afspraak over terugverwijzing van patiënten.**

Toelichting:

Afspraken over het beleid bij terugverwijzing van patiënten voorkomen dat patiënten langer dan nodig in de tweede lijn blijven. Hier zijn verschillende partijen, niet in de laatste plaats patiënten zelf, bij gebaat.

Afgeleid van: VIA

**18. De zorgverlener maakt gebruik van complete verwijsbrieven waarin vraagstelling, relevant journaal, probleemlijst en een overzicht van de actuele medicatie zijn opgenomen.**

Toelichting:

Complete informatie in verwijsbrieven is een voorwaarde voor een snelle en accurate uitvoering door de zorgverlener waarnaar verwezen is. Hier zijn verschillende partijen, niet in de laatste plaats patiënten zelf, bij gebaat.

Afgeleid van: VIA

**19. De zorgverlener legt de resultaten van verwijzingen naar andere zorgverleners vast.**

Toelichting:

Volgens de NHG beschikt de huisarts als gezinsarts over het meest complete patiëntendossier in de zorg. Adequaat en zorgvuldig beheer van het patiëntendossier in de huisartsenvoorziening en goede afspraken over gegevensuitwisseling met andere partners in de zorg zijn voorwaarden voor kwalitatief goede zorg. Ook andere zorgverleners in de eerste lijn die patiënten verwijzen dienen in het kader van de continuïteit van zorg de resultaten van de verwijzing vast te leggen.

Afgeleid van: NHG

**Dossiervoering**

**20. Op verzoek van de patiënt legt de zorgverlener schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven.**

Toelichting:

Omdat de primaire basis voor een goede zorgverlening er één van onderling vertrouwen en gelijkwaardigheid dient te zijn, zijn diverse regels opgesteld. Het is de bedoeling dat zorgverleners en patiënten zich daaraan houden, ook zonder dat er formele contracten worden ondertekend. Voor ieder onderzoek en iedere ingreep die een zorgverlener uitvoert is toestemming van de patiënt vereist. Bij kleine ingrepen, zoals het toedienen van een injectie, wordt deze toestemming vaak impliciet als gegeven verondersteld; alleen al door medewerking te verlenen geeft de patiënt te kennen het eens te zijn met een bepaalde verrichting. Bij meer ingrijpende behandelingen zal de zorgverlener echter uitdrukkelijk om toestemming vragen. De zorgverlener legt, op verzoek van de patiënt, in ieder geval schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard toestemming is gegeven. Deze indicator kan opgevat worden als een evaluatie van een wettelijke verplichting.

Afgeleid van: WGBO

**21. De zorgverlener registreert relevante (contextuele en medische) gegevens van patiënten in het (elektronisch) (medisch) dossier.**

Toelichting:

Volgens de NHG bieden huisartsen 7x24-uur persoons- en contextgerichte, geïntegreerde zorg aan de patiënt. De patiënt wordt niet beschouwd als een verzameling van toevallige, naast elkaar bestaande ziektes en symptomen. Mede daarom moet ICT worden ingezet om zorginformatie over de 'hele' patiënt samen te brengen, te delen, en in één context te plaatsen. Goede zorginformatie is een noodzakelijke voorwaarde voor goede integrale zorg. Huisartsen hebben de taak om een apart dossier van elke patiënt bij te houden, dat 'up to date' is, betrouwbaar en toegankelijk. De NHG-Richtlijn 'Adequate dossiervorming met het EMD' ondersteunt de huisarts daarbij. Behalve huisartsen dienen andere zorgverleners in de eerste lijn relevante gegevens van patiënten in een patiëntendossier vast te leggen.

Afgeleid van: VIA

**22. De zorgverlener (huisarts) noteert in het EMD het navolgende:**

- **Probleemlijst;**
- **Percentage van probleemlijst gecodeerd volgens de ICPC;**
- **Percentage van de E (Evaluatie) gecodeerd volgens de ICPC;**
- **P = plan, therapie, beleid.**

Toelichting:

Medische verslaglegging is noodzakelijk voor kwalitatief goede zorg en goede continuïteit van zorg. Goede gestructureerde registratie in het EMD is noodzakelijk om relevante patiënteninformatie snel te kunnen vinden. Deze indicator geeft uitdrukking aan een werkwijze waarmee structuur en overzicht in het EMD te verkrijgen is door bij elkaar horende gegevens te bundelen. Het gebruik van ICPC-codes wordt aanbevolen. Op deze manier kan een EMD voor elke zorgverlener een zinvol overzicht van relevante en uitwisselbare informatie opleveren.

Afgeleid van: VIA

**23. De zorgverlener houdt zich aan de wettelijke bepalingen ten aanzien van het bewaren van gegevens.**

Toelichting:

Zorgverleners hebben een bewaarplicht van patiëntengegevens; de bewaarde gegevens dienen na 15 jaar vernietigd te worden. Medische gegevens kunnen (conform de wet) langer bewaard worden indien dit redelijkerwijs voortvloeit uit de zorg van een goed hulpverlener of in het kader van continuïteit van zorg. Deze indicator kan opgevat worden als een evaluatie van een wettelijke verplichting.

Afgeleid van: NHG

**24. In de praktijk is de toegang tot patiëntengegevens zodanig georganiseerd, dat uitsluitend rechthebbenden toegang kunnen verkrijgen tot patiëntengegevens.**

Toelichting:

De patiënt is erbij gebaat dat op betrouwbare wijze met de informatie uit diens dossier wordt omgegaan. De zorgverlener dient bovendien te voldoen aan de bestaande eisen voor informatiebeveiliging. Dit houdt in dat de vereiste informatie op de afgesproken momenten beschikbaar, juist, actueel en volledig is en alleen toegankelijk voor de personen die hiervoor bevoegd zijn.

Afgeleid van: VIA

<sup>1</sup> Voor een nadere specificering van de indicatoren (noemers) en achtergrondinformatie wordt verwezen naar de bijlagen bij dit rapport op de website van IQ healthcare ([www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl)). De indicatoren hebben verder betrekking op een periode van de afgelopen 12 maanden. Voor met name de uitkomstindicatoren (1-3) geldt bovendien dat deze slechts correct geïnterpreteerd kunnen worden als rekening gehouden wordt met contextuele informatie, zoals samenstelling van de populatie (case-mix). Verder zijn de indicatoren 8-12 en 23 (waarvoor momenteel geen gegevens beschikbaar zijn of ze worden nog niet geregistreerd) waarschijnlijk beter uit te vragen op praktijkniveau via een praktijkvertegenwoordiger dan via een geautomatiseerd registratiesysteem. Ten slotte is een aantal indicatoren waarschijnlijk lastig uitvoerbaar vanwege het ontbreken van een specificering, zoals de indicatoren 17 en 13. Voor implementatie behoeven deze indicatoren een nadere operationalisatie.

## SAMENVATTING

**Doel** Identificeren van publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn.

**Design** Systematische inventarisatie en selectie.

**Methode** Zorgmanagement werd uitgewerkt aan de hand van zes aandachtsgebieden: preventieve activiteiten, voorlichting en advisering, beleid rondom aanvullend onderzoek, medicatiebeleid, verwijsbeleid en dossiervoering. Op basis van nationale richtlijnen en beleidsdocumenten zijn functionele omschrijvingen van deze aandachtsgebieden geformuleerd en zijn de te leveren prestaties gedefinieerd. Vervolgens werd een search naar nationaal beschikbare indicatoren uitgevoerd. Deze indicatoren werden onderworpen aan een systematisch selectieproces aan de hand van zes relevantiecriteria welke afgeleid waren van het National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Indicatoren met een positieve waardering op deze criteria dienden bovendien te voldoen aan nationale aanbevelingen (in richtlijnen). Vervolgens werd de voorkeur gegeven aan indicatoren die getest waren op klinimetrische eigenschappen, in een positieve richting geformuleerd en met relatief weinig inspanningen meetbaar. De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data in bestaande registratiesystemen.

**Resultaten** Op basis van de functionele zorgomschrijvingen en de gedefinieerde prestaties werden de volgende generieke taken onderscheiden: afspraken (binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn), communicatie richting patiënten, registratie, verslaglegging en overdracht, en de aanwezigheid van infrastructuur. In totaal bleken hiervoor 100 indicatoren beschikbaar. De meeste indicatoren hadden betrekking op registratie, verslaglegging en overdracht, infrastructuur en afspraken. Ten aanzien van de communicatie richting patiënten bleken relatief weinig indicatoren voorhanden. Systematische selectie leidde tot een basisset van 24 indicatoren. Uit de praktijktoets bleek dat voor veel indicatoren (n=14) gegevens voorhanden zijn dan wel systematisch geregistreerd worden. Voor de andere indicatoren vindt nog onvoldoende systematische registratie of dataverzameling plaats.

**Conclusie** Deze studie heeft geresulteerd in een selectie van 24 publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn. Door de systematische aanpak is gestreefd naar een optimale inhoudsvaliditeit. De set is gereed om voorgelegd te worden aan de verschillende betrokken partijen, zoals patiënten en zorgverzekeraars, voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld. Verschillen in belangen en informatiebehoefte kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Na vaststelling door de betrokken partijen kan implementatie in de praktijk worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Eén van de stappen is een pilot test in een aantal praktijken in de eerste lijn (bijvoorbeeld huisartsen, verloskundigen of fysiotherapeuten) om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De praktijktoets in dit project wees uit dat de benodigde gegevens voor een deel systematisch worden geregistreerd of verzameld. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

## ABSTRACT

**Objective** To identify public indicators of professional quality of primary care management.

**Design** Systematic search and selection.

**Method** Care management in primary care was divided into six topics: preventive activities, information and counselling, policy for supplementary medical examination, medication policy, referral policy, and file policy. We wrote functional descriptions of these topics on the basis of national guidelines and policy documents, and we defined requirements of performance. Then we searched for nationally available performance indicators. We systematically selected indicators with the aid of six criteria of importance taken from the National Quality Measures Clearinghouse. The indicators also had to satisfy agreements (in guidelines). Preference was given to indicators with tested clinimetric characteristics that were set in positive wording and that were measurable with relatively little data collection effort. Finally, the core set was field tested with data from existing, continuous, data registrations.

**Results** On the basis of the functional descriptions and performances, the following generic tasks of primary care management were identified: agreements (among primary care professionals and between primary and secondary care professionals), communication with patients, registration, reporting and transfer, and infrastructure. In total, 100 indicators were found in national sources. Most indicators appeared to be related to registration, reporting and transfer, infrastructure, and agreements. Relatively few indicators for communication with patients were available. Systematic selection resulted in a set of 24 indicators. Data was either available or was being registered systematically for 14 indicators. The 10 other indicators need systematic registration and data collection.

**Conclusion** This study resulted in a core set of 24 public indicators for the professional quality of primary care management. The set has a high degree of content validity as a result of the systematic approach. The indicators are ready to be presented to the parties involved in quality information, such as patients and health insurance companies. Differences in interests and information needs can lead to different accents or subsets of indicators. If the parties involved approve, the set can be put to use, but this requires a careful, step-by-step approach. One of these steps is a pilot test in various primary care practices (i.e. of general practitioners, midwives, and/or physiotherapists) to test the feasibility of using the indicators. Many data for the indicators have not yet been registered or collected systematically. Reliable quality information depends on complete and professional data registration.

## INLEIDING

In dit rapport wordt een basisset van publieke indicatoren voor de kwaliteit van zorgmanagement in de eerstelijnsgezondheidszorg gepresenteerd. Eerstelijnsgezondheidszorg is generalistische zorg en omvat algemeen medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging en verzorging, niet-gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg, en de aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting. [1] Zorgverleners die deel uitmaken van de eerstelijnszorg zijn onder andere huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, tandartsen, apothekers, maatschappelijk werk, eerstelijns psychologen, diëtisten, wijkverpleegkundigen en logopedisten. De generalistische zorg die geleverd wordt door deze zorgverleners omvat taken als preventie, diagnostiek, medicatie- en verwijfsbeleid, waarbij niet alle zorgverleners in de eerste lijn het totale takenpakket uitvoeren.

De kwaliteit van de eerstelijnszorg kan beoordeeld worden op basis van kwaliteitsindicatoren voor specifieke aandoeningen, maar er kunnen ook meer generalistische kwaliteitsindicatoren ontwikkeld worden op basis van het bovenstaande takenpakket. Het doel is dan inzicht te krijgen in het gevoerde kwaliteitsbeleid ten aanzien van preventieve activiteiten, voorlichting, aanvullend diagnostisch onderzoek, voorschrijven van medicatie en verwijzingen. Uitspraken over de kwaliteit van generalistische zorg hebben dan betrekking op het zorgmanagement, waarvan ook de dossiervorming onderdeel uitmaakt. Ter verduidelijking, serviceaspecten, zoals de bereikbaarheid van een praktijk of soorten spreekuur, belichten een ander aspect van kwaliteit van zorg en maken geen onderdeel uit van deze rapportage. Hetzelfde geldt voor patiëntervaringen. Het idee is dat deze meer generalistische kwaliteitsindicatoren gebruikt kunnen worden naast de aandoeningsspecifieke indicatoren om een completer beeld te verkrijgen van de kwaliteit van de eerstelijns gezondheidszorg. Tot nu toe bestaat er nog weinig aandacht voor dit type indicatoren, die zeer geschikt lijken om het publiek te informeren over de kwaliteit van de eerstelijnszorg. In de eerstelijnszorg wordt immers een grote hoeveelheid aan diverse aandoeningen behandeld en het is niet waarschijnlijk dat voor elk van deze aandoeningen specifieke kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld.

Ontwikkelingen op het gebied van de kwaliteit van zorgmanagement in de eerstelijnsgezondheidszorg hebben een impuls gekregen door het, in 2004 opgerichte, Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO). Dit netwerk bestaat uit negen beroepsorganisaties: KNOV, KNGF, KNMP/WINAp, LVE, NHG, NMT, NVLF, V&VN, VvOCM<sup>1</sup> en heeft als doel de ondersteuning van de samenwerking tussen professionals in de eerste lijn. Bekende producten van dit netwerk zijn de verschillende Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) waarin afspraken over (onderlinge) verwijzing, taakverdeling, dossiervoering, en dergelijke, worden beschreven. Dergelijke samenwerkingsafspraken kunnen ook geregeld zijn via Landelijke Transmurale Afspraken

---

<sup>1</sup> Koninklijke Nederlandse Vereniging van Verloskundigen (KNOV), Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp), Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Vereniging van Oefentherapeuten Caesar en Mensendieck (VvOCM).

(LTA's). In tegenstelling tot de LESA's, waar vaak meerdere partijen aan hebben meegewerkt, zijn LTA's vaak monodisciplinair voor wat betreft de eerste en tweede lijn, zoals de LTA COPD [2] waarin samenwerkingsafspraken zijn geregeld tussen huisartsen en longartsen.

De meeste ontwikkelingen op het gebied van *het meten van* de kwaliteit van zorgmanagement hebben zich voorgedaan in de huisartsenzorg [3,4], fysiotherapeutische zorg [5] en verloskundige zorg [6]. In aansluiting op deze ontwikkelingen is het concept zorgmanagement in dit project geoperationaliseerd in de volgende zes aandachtsgebieden: (1) preventieve activiteiten, (2) voorlichting en advisering, (3) beleid rondom aanvullend onderzoek, (4) medicatiebeleid, (5) verwijsbeleid en (6) dossiervoering. Hierbij wordt aldus gestreefd naar een eerstelijnsbrede en generieke insteek.

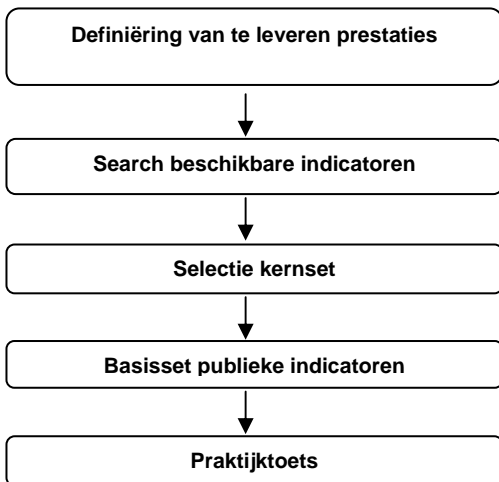
Behalve ziektespecifieke handelingen maken generieke taken, zoals het structureel betrekken van patiënten bij de besluitvorming (bijvoorbeeld rondom aanvullend onderzoek, medicatie en verwijzing) of het voorlichten van het publiek over vaccinatie of screening, een belangrijk onderdeel uit van het totale zorginhoudelijk handelen. Ter ondersteuning daarvan zijn enkele richtlijnen, landelijke afspraken en beleidsdocumenten beschikbaar. De meeste beschikbare richtlijnen echter zijn ziektespecifiek en monodisciplinair; een eerstelijnsbrede benadering van generieke taken in de zorg is een nieuwe invalshoek en daarmee een nieuwe uitdaging om de kwaliteit van zorg te beschrijven. Aan de hand van kwaliteitsindicatoren kan inzichtelijk worden gemaakt hoe zorgaanbieders presteren ten opzichte van de beschikbare richtlijnen en afspraken, wat kan bijdragen aan een optimaler gebruik daarvan. Publieke informatie over de kwaliteit van het zorgmanagement is daarnaast van belang voor patiënten en consumenten (om geïnformeerd te kunnen kiezen), voor verzekeraars en andere inkopers van zorg, voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg en voor de overheid. Het doel van dit project is om op basis van beschikbaarheid publieke indicatoren te identificeren die het mogelijk maken om betrouwbare en vergelijkbare informatie te genereren over de geleverde prestaties van zorgaanbieders en professionals ten aanzien van zorgmanagement in de eerste lijn. Leidraad in het project waren de volgende vraagstellingen:

- (1) Wat zijn de te leveren prestaties op het gebied van zorgmanagement (aan de hand van de zes aandachtsgebieden)?
- (2) Welke indicatoren zijn (nationaal) beschikbaar om deze prestaties te meten?
- (3) Tot welke set van publieke indicatoren leidt toepassing van vooropgestelde selectiecriteria?
- (4) In hoeverre zijn de individuele indicatoren haalbaar en zijn er data beschikbaar?

## METHODE

Om tot een gedegen selectie van indicatoren te komen, is een aantal stappen gevolgd. Figuur 1 geeft een schematische weergave hiervan.

Figuur 1: Schematische weergave



Hierna worden de verschillende stappen nader toegelicht.

### Definiëring van te leveren prestaties

De te leveren prestaties bij zorgmanagement zijn afgeleid van de functionele omschrijvingen van de zes aandachtsgebieden waarmee het concept zorgmanagement is geoperationaliseerd: (1) preventieve activiteiten, (2) voorlichting en advisering, (3) beleid rondom aanvullend onderzoek, (4) medicatiebeleid, (5) verwijsbeleid en (6) dossiervoering. Met een functionele omschrijving wordt bedoeld dat de verschillende taken zijn beschreven en de uitvoerders daarvan (zorgaanbieders of professionals) zijn benoemd. Hiertoe zijn per aandachtsgebied relevante richtlijnen, afspraken en beleidsdocumenten bestudeerd via de websites van de negen lidorganisaties van het Netwerk Eerstelijns Organisatie (NEO), evenals andere relevante websites, zoals die van de KNMG, LHV, LVG, NVD, NVE, NVvP, IGZ, VWS en het CBO<sup>2</sup>.

Met het definiëren van de prestaties komen bepaalde generieke activiteiten naar voren die relevant zijn voor publieke informatie over zorgmanagement in de eerste lijn, zoals samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn en communicatie naar de patiënt. Bij de selectie van indicatoren zal daar rekening mee worden gehouden.

### Search beschikbare indicatoren

Bronnen van indicatoren zijn gezocht via de websites van de hierboven genoemde organisaties. Daarnaast is het internet (zoekmachine Google) geraadpleegd met trefwoorden als: preventie, voorlichting, advisering, aanvullend onderzoek, medicatiebeleid, verwijsbeleid, dossiervorming, eerste lijn, indicatoren, organisatie, praktijkmanagement, praktijkorganisatie, zorgmanagement. De gevonden indicatoren zijn

<sup>2</sup> Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn (LVG), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE), Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO).

vervolgens geordend naar overkoepelende generieke activiteiten die voortvloeien uit de gedefinieerde prestaties. Ziektespecifieke indicatoren en indicatoren over patiëntenervaringen zijn op voorhand buiten beschouwing gelaten. Er is gestreefd naar een zo compleet mogelijke nationale dekking.

### **Selectie kernset**

Zowel aan de totale set als aan de afzonderlijke indicatoren is een aantal eisen gesteld. Zo dient de totale set die generieke activiteiten te bestrijken die relevant worden geacht voor publieke informatie. Dit betekent dat alleen indicatoren zijn geselecteerd die betrekking hebben op deze activiteiten. Publieke informatie is informatie die gedeeld wordt met professionals, beroepsorganisaties, inspectie, patiënten en consumenten, zorgverzekeraars en andere inkopers van zorg. Daarbij is gestreefd naar een mix van type indicatoren per onderwerp: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren per onderwerp. Hierbij dient opgemerkt te worden dat uitkomstindicatoren doorgaans geformuleerd zijn op patiëntniveau en –dientengevolge- een ziektespecifieke uitwerking kennen. In de resultatensectie wordt hier uitgebreid op teruggekomen. De selectie van afzonderlijke indicatoren heeft plaatsgevonden aan de hand van zes relevantiecriteria, afgeleid van het NQMC [7]: geschiktheid voor publiek domein, geschiktheid voor verschillende doelgroepen, impact op de kwaliteit van het zorgproces, toepasbaarheid op de relevante disciplines, ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg en beïnvloedbaarheid van de zorg. Indicatoren met een positieve waardering op de relevantiecriteria zijn daarna beoordeeld op nationale aanbevelingen (zoals omschreven in de richtlijnen en beleidsdocumenten), klinimetrische eigenschappen, richting en inspanningen voor de gegevensverzameling. Een gedetailleerde beschrijving van deze criteria en de selectieprocedure is opgenomen in bijlage 1. De selectiecriteria zijn door de eerste twee auteurs onafhankelijk van elkaar toegepast. Bij verschillende beoordelingen zijn de verschilpunten besproken en is gezamenlijk tot overeenstemming gekomen.

### **Praktijktoets**

De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data uit bij voorkeur geautomatiseerde registratiesystemen. Hiertoe is zowel de literatuur als het internet geraadpleegd. Een indicator werd als haalbaar beoordeeld indien 1) data voor de indicator reeds verzameld worden in een bestaande database, of indien 2) de indicator relatief eenvoudig te scoren lijkt, dat wil zeggen dat een deel van de informatie reeds opgeslagen of geregistreerd wordt of dat dit eenvoudig te realiseren zou moeten zijn.

## **RESULTATEN**

### **Definitie prestaties**

De te leveren prestaties rondom zorgmanagement vormen de basis voor de selectie van indicatoren. Omdat een eerstelijnsbrede, generieke benadering een nieuwe invalshoek is om de kwaliteit van eerstelijnszorg te belichten, volgt hieronder eerst een uitgebreide functionele omschrijving van de aandachtsgebieden. Daarvan afgeleid zijn de te leveren prestaties gedefinieerd.

## Preventie

Preventie kan omschreven worden als “het totaal aan maatregelen dat tot doel heeft de gezondheid van mensen te bewaken door het voorkomen van ziekte en gezondheidsproblemen” [8]. Het ministerie van VWS beoogt om preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel te laten zijn van de reguliere zorgverlening; investeren in het voorkomen van problemen en aandoeningen aan het begin van de zorgketen is goedkoper dan het verschaffen van extra zorg aan het einde daarvan. [9] Zo is een stijgende prevalentie van chronische aandoeningen onder andere het gevolg van een ongezonde leefstijl, zoals roken, overgewicht en te weinig beweging. Om deze trend om te buigen is het nodig dat de aandacht deels verlegd wordt van het behandelen van ziekten naar het bevorderen van gezond gedrag ter voorkoming van ziekten. Preventieve activiteiten worden doorgaans verdeeld naar [8]:

- Gezondheidsbescherming: activiteiten die zich richten op het beperken van blootstelling aan gezondheidsbedreigende omgevingsaspecten door wetgeving, regelgeving, handhaving of daadwerkelijk ingrijpen in de omgeving;
- Ziektepreventie: activiteiten die zich richten op het voorkomen of tijdig signaleren van ziekten;
- Gezondheidsbevordering: activiteiten die zich richten op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

De activiteiten in de eerste lijn richten zich vooral op ziektepreventie en gezondheidsbevordering. De preventieve activiteiten die gericht zijn op gezondheidsbevordering, zoals leefstijladviezen (meer bewegen, dieet, stoppen met roken, verminderen alcoholgebruik), zijn vaak gerelateerd aan chronische aandoeningen, zoals COPD, diabetes mellitus of cardiovasculair risicomanagement. Voor de omschrijving van dergelijke preventieve activiteiten wordt verwezen naar de andere, ziektespecifieke rapporten die in deze reeks zijn verschenen. In dit rapport wordt ingegaan op de generieke taken die (de organisatie van) preventieve activiteiten met zich mee brengen. Hiermee ligt de nadruk op (generieke) activiteiten gericht op ziektepreventie.

Onder ziektepreventie vallen maatregelen om specifieke ziekten direct tegen te gaan dan wel vroeg op te sporen of te voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn de griepvaccinatie, vroege opsporing van baarmoederhalskanker, borstkanker en erfelijk verhoogd cholesterol via bevolkingsonderzoeken en vroege opsporing van stofwisselingsstoornissen via de hielprik. [10] Omdat de organisatie en uitvoering van deze maatregelen overeenkomsten vertonen, hetgeen juist het uitgangspunt is van dit rapport, zijn er ten behoeve van het definiëren van prestaties drie maatregelen uitgelicht: twee bevolkingsonderzoeken (screening baarmoederhalskanker en de hielprik) en directe ziektepreventie in de vorm van een griepprik. Bij deze maatregelen zijn zowel de huisarts als verloskundige betrokken.

De landelijke bevolkingsonderzoeken worden geregistreerd en gecoördineerd vanuit het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB). [10] Het CvB is onderdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). De feitelijke bevolkingsonderzoeken worden uitgevoerd door een keten van samenwerkende organisaties. In die keten heeft iedere partij een eigen verantwoordelijkheid en bevoegdheid. Hieronder volgt een nadere omschrijving van de drie preventieve maatregelen.

### Screening baarmoederhalskanker

Iedere vrouw tussen de 30 en 60 jaar wordt elke vijf jaar uitgenodigd voor het laten maken van een uitstrijkje. [11] Elk jaar worden ongeveer 800.000 vrouwen hiervoor uitgenodigd, waarvan gemiddeld ongeveer 66% meedoet aan het onderzoek. Bij de verschillende activiteiten in de keten - het selecteren, uitnodigen en herinneren van de vrouwen, de uitvoering van het uitstrijkje, het labonderzoek, registratie en terugkoppeling van de uitslag - zijn verschillende partijen betrokken, zoals de huisartsenpraktijk, de regionale screeningsorganisatie en het laboratorium. Hoewel er regionale verschillen zijn in de uitvoering van de keten, vindt het uitstrijkje zelf in de regel plaats in de huisartsenpraktijk en zijn de screeningsorganisaties verantwoordelijk voor de kwaliteit van de totale uitvoering van het bevolkingsonderzoek. Ter ondersteuning van de uitvoering rondom de screening in de huisartsenpraktijk is de NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom beschikbaar. [12]

### De hielprik

Een ander landelijk bevolkingsonderzoek is de hielprik. Iedere pasgeboren baby krijgt een week na de geboorte een hielprik. [13] De geboorteaangifte bij de gemeentelijke burgerlijke stand is het vertrekpunt voor de hielprikscreening. Met de hielprik kan een aantal zeldzame, ernstige, aandoeningen worden opgespoord. De verloskundige verstrekt vrouwen rond de 35<sup>e</sup> week van hun zwangerschap nadere informatie en een folder over de hielprik. [10] De hielprik wordt zo mogelijk thuis uitgevoerd, veelal door de verloskundige of een medewerker van de Jeugdgezondheidszorg (meestal in combinatie met de gehoorscreening). Als het kind in het ziekenhuis ligt, wordt de hielprik daar uitgevoerd. De regionale coördinatie programma's van het RIVM (RIVM-RCP's) coördineren de regionale uitvoering van de hielprikscreening.

### Griepvaccinatie

De griepvaccinatie wordt aangeboden aan kinderen en volwassenen die extra risico lopen om ernstig ziek te worden door griep<sup>3</sup>. [14] Deze mensen worden door de huisarts geselecteerd en uitgenodigd. Jaarlijks krijgen ruim drie miljoen Nederlanders bij de huisarts een griepvaccinatie. De Stichting Nationaal Programma Grieppreventie organiseert de uitvoering van het Nationaal Programma Grieppreventie en ondersteunt huisartsen. [10] Het Nederlands Vaccin Instituut is verantwoordelijk voor de inkoop en distributie van de griepvaccins. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek bewaakt de kwaliteit en doelmatigheid van het programma, en verzorgt de publieksvoorlichting. Voor richtlijnen rondom het beleid van de griepvaccinatie heeft de NHG de 'Standaard Influenza en influenzavaccinatie' ontwikkeld. [15]

Op basis van de functionele omschrijving en de beschikbare richtlijnen kunnen de te leveren prestaties van zorgmanagement rondom preventieve activiteiten in de eerste lijn gedefinieerd worden als een zo hoog mogelijke opkomst van de doelgroep en een zo goed mogelijke uitvoering van de screening of vaccinatie. Adequaat zorgmanagement bestaat

---

<sup>3</sup> Dit zijn onder andere mensen van 60 jaar en ouder, mensen met hartziekten, longziekten, diabetes, nierpatiënten, mensen met weinig weerstand door andere ziekten, kinderen die langdurig salicylaten gebruiken en verstandelijk gehandicapten die in een instelling wonen.

dan uit een adequate registratie en uitnodiging van de doelgroep, goede voorlichting aan de doelgroep, afspraken over taken en verantwoordelijkheden tussen de betrokken organisaties (bijvoorbeeld ten aanzien van de oproep, verwijzing of terugkoppeling van de uitslag), juiste verslaglegging en informatieoverdracht.

### **Voorlichting en advisering**

Patiëntenvoorlichting en -advisering gaat om het teweegbrengen van een leerproces, gericht op verandering in kennis, beleving en/of gedrag, waarbij verschillende interventies gebruikt kunnen worden. [16] Hierbij zijn informatie, educatie, instructie en begeleiding belangrijke onderdelen. Ze verschillen in de mate waarin de patiënt al dan niet actief betrokken is in de behandeling, variërend van 'passief ontvangen van informatie', 'leren omgaan met' tot 'zelfmanagement'. [16] De effecten van voorlichting en advies op de gezondheid en het gebruik van gezondheidszorg zijn onduidelijk tot positief (zij het vaak op korte termijn). De effecten zijn moeilijk aan te tonen door de diversiteit aan typen interventies. [17,18] Desalniettemin benadrukken zowel professionals, patiënten als beleidsmakers het belang van goede voorlichting. Voor eerstelijns professionals is voorlichting en advies een belangrijk aspect dat onderdeel uitmaakt van het zorginhoudelijk handelen. Behalve het teweegbrengen van een leerproces heeft voorlichting en advisering tot doel om gezamenlijk, patiënt en zorgverlener, beslissingen te nemen ten aanzien van de behandeling of behandelaar (shared decision making). Twee belangrijke voorwaarden daarbij zijn juiste informatie en communicatie. [16] In de ziektespecifieke richtlijnen komen de verschillende aspecten van voorlichting en advisering terug in termen van informatieverstrekking, patiëntbetrokkenheid en begeleiding bij leefstijl. [16] Voorlichting en advisering kan plaatsvinden in een variërende context en door verschillende personen, en kan bovendien op verschillende wijze vorm worden gegeven. De vormgeving vindt bijvoorbeeld plaats door middel van speciale zorgprogramma's of voorlichtingsbijeenkomsten op programmaniveau. [19] Ondersteuning op praktijkniveau is belangrijk voor de structurele verankering en continuïteit van patiëntenvoorlichting en -advisering. Indien een dergelijke ondersteunende structuur ontbreekt, is de [organisatie rondom] voorlichting en advisering volledig afhankelijk van de aanwezige interesse, kennis en vaardigheden van individuele hulpverleners. [19] In visitaties is er ook aandacht voor de organisatorische en randvoorwaardelijke aspecten van patiëntenvoorlichting en -advisering zoals de verwerking van patiëntgegevens in dossiers. [20]

Aan de hand van bovenstaande omschrijving en na raadpleging van enkele (ziektespecifieke) LESA's en LTA's met betrekking tot voorlichting en advisering, kunnen de te leveren prestaties van zorgmanagement rondom voorlichting en advisering als volgt gedefinieerd worden: er dient voldoende en up-to-date adviesmateriaal, zoals (NHG-) patiëntenbrieven, aanwezig te zijn, er zijn regionale afspraken tussen zorgverleners over wie verantwoordelijk is voor de voorlichting (waarbij het uitgangspunt is dat degene die behandelt ook de voorlichting verzorgt), er is regionaal inhoudelijke afstemming van de voorlichting, en de zorgverleners erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en stemmen de voorlichting daarop af.

## **Aanvullend onderzoek**

Onder aanvullend onderzoek wordt het geheel van diagnostische onderzoeken verstaan dat volgt op anamnese en lichamelijk onderzoek met als doel de vermoedelijke diagnose uit te sluiten of te bevestigen. [21] In de eerste lijn hebben artsen een ruime keuze aan mogelijkheden voor de aanvraag van diagnostisch aanvullend onderzoek en kunnen verloskundigen laboratoriumonderzoek aanvragen. [22,23] Klinisch- chemisch laboratoria leveren uitslagen van, bijvoorbeeld, bloedbepalingen. Beeldvormende technieken geven inzicht in de vorm en inhoud van inwendige organen. Pathologen en microbiologen beschikken over methodes om afwijkende weefsels en ongewenste micro-organismen aan te tonen en te determineren. [23] Door huisartsen (NHG-Standaarden), verloskundigen (richtlijnen voor medisch handelen) en specialisten (consensusafspraken CBO) wordt getracht vast te leggen welk aanvullend onderzoek bij welke aandoening zinvol is. Nog steeds blijken er echter grote verschillen in opvatting te bestaan over de vraag welke onderzoeken bij een bepaalde aandoening belangrijk zijn. [24] Er is inmiddels wel een advies voor huisartsen om ten behoeve van de diagnostiek zo veel mogelijk probleemgeoriënteerd, door middel van de daarvoor ontworpen formulieren, aan te vragen. Daarnaast is het Diagnostisch Toets Overleg (DTO) een effectieve manier om het aanvraaggedrag van aanvullend onderzoek te verbeteren. [25] In het DTO tussen het regionale (ziekenhuis-)laboratorium en de huisartsen in de regio, kunnen zowel nascholing en feedback, als het maken van regionale afspraken aan de orde komen. Zo is het in sommige gevallen, zoals bij onbegrepen klachten (gewichtsverlies, jeuk, buikpijn), beter om de aanvraag van bloedonderzoek uit te stellen zonder dat dit resulteert in een gevoel van onrust bij de patiënt. Het is dan belangrijk dat de huisarts goede uitleg aan deze patiënten geeft. [26] Zoals eerder gesteld, kunnen behalve huisartsen verloskundigen aanvullend onderzoek aanvragen. Plaatselijk zijn er verloskundige samenwerkingsverbanden waar verloskundigen, gynaecologen en eventueel verloskundig actieve huisartsen bij elkaar komen om afspraken te maken over bijvoorbeeld de overdracht van cliënten of het vertalen van richtlijnen naar de lokale situatie. In het Verloskundig Vademecum [27] zijn criteria gedefinieerd voor overleg en overdracht door de Commissie Verloskunde. De Federatie voor Medisch Coördinerende Centra (FMCC) kan een coördinerende rol spelen bij het aanbieden van regionale ondersteuning. Vanwege verschillen in lokale diagnostische faciliteiten richt dit rapport zich op de transmurale afspraken en andere generieke taken ten aanzien van aanvullend onderzoek in de eerste lijn.

Samengevat kunnen de te leveren prestaties van zorgmanagement rondom aanvullend onderzoek gedefinieerd worden als afstemming tussen de eerste en tweede lijn over het wanneer, wat en hoe aanvragen van aanvullend onderzoek. Bijvoorbeeld in de vorm van een regionaal overleg tussen zorgverleners (zoals een DTO waarin zorghulpverleners elkaar feedback geven over aanvraaggedrag), het gebruik maken van speciale aanvraagformulieren waarop bovendien klinisch relevante gegevens vermeld worden (herkomst materiaal, klinisch beeld en antibioticagebruik), regionale afspraken over de controle van testapparatuur, regionale afspraken over het doorgeven van sterk afwijkende uitslagen, uniforme aanvraag van diagnostiek door het gebruik van richtlijnen en LESA's en uniforme rapportage aan aanvrager op basis van richtlijnen.

## **Medicatiebeleid**

Medicatiebeleid omvat een beschrijving van zowel de huidige medicatie als de eerder voorgeschreven medicatie zodat bij verwijzing door een professional aangegeven kan worden wat het tot dan toe gevoerde beleid is. [28] De toepassing van geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk vergt een nauwkeurige begeleiding om een optimaal effect van de behandeling te krijgen. Gedurende het proces van voorschrijven tot het gebruik of toediening van medicatie kan de effectiviteit van geneesmiddelen beïnvloed worden en kan schade door geneesmiddelen ontstaan. [29,30] De veiligheid van het medicatiebeleid is afhankelijk van goed beredeneerd voorschrijven, juiste voorlichting en goede bewaking nadien. Ten aanzien van deze aspecten is voor de huisarts en apotheker een belangrijke rol weggelegd. Huisartsen stellen conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in samenspraak met de patiënt of diens vertegenwoordiger het medicatiebeleid vast. Naast de huisarts kunnen verloskundigen en tandartsen medicatie voorschrijven dan wel toedienen en heeft de patiënt in de eerste lijn een eigen, vaste apotheker als dossierhouder. [22] Het recept in combinatie met een medicatieoverzicht bereikt de apothek via de patiënt of, afhankelijk van de mogelijkheden in de tweede lijn, via een apothek service punt (ASP), transferpunt of poliklinische apothek. De leverende apothek is vaak de eigen apothek (dossierhouder) van de patiënt, maar de patiënt kan ervoor kiezen de medicatie te laten afleveren door een andere apothek. [31] De informatie over medicatie wordt bij voorkeur digitaal uitgewisseld, zodat die eenduidig te interpreteren is en eenvoudig in het huisartseninformatiesysteem (HIS) en het apothekersinformatiesysteem (AIS) kan worden ingelezen. [31] Voorwaarden voor veilige medicatievoorziening voor de patiënt zijn het consequent vastleggen van bijwerkingen, contra- indicaties/voorzorgen, intoleranties en allergieën in het medicatiedossier. [29] Om dit te bewerkstelligen zijn voor de meeste aandoeningen in de huisartsenpraktijk richtlijnen met aanbevelingen voor de verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van het medicatiebeleid. Het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) is voor de implementatie van deze richtlijnen een belangrijk instrument, bijvoorbeeld het NHG-formularium. [32] Tevens werken voorschrijvers en apothekhouders samen binnen overlegstructuren, zoals het farmacotherapeutisch (transmuraal) overleg (FT(T)O) of formulariumcommissies, om doelmatige farmaceutische zorg te bevorderen. De invulling die aan het FTO wordt gegeven varieert van informatieuitwisseling tot het maken van bindende afspraken. Deze afspraken dienen periodiek geëvalueerd te worden. Verloskundigen en tandartsen raadplegen voor het voorschrijven of toediening van medicatie vaak de huisarts.

Samengevat kunnen de te leveren prestaties van zorgmanagement rondom het medicatiebeleid gedefinieerd worden als het adequaat voorschrijven en registreren van medicatie en communiceren over medicatie (met de patiënt en met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn) met als doel een veilig medicatiegebruik door de patiënt. Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van regionale overleggen tussen zorgverleners (bijvoorbeeld een FTO), informatie-uitwisselingsystemen (bijvoorbeeld het HIS of AIS), elektronische voorschrijfsystemen, NHG-formularium en het farmacotherapeutisch kompas.

## **Verwijsbeleid**

Onder verwijsbeleid worden verwijzingen binnen de eerstelijnszorg of naar de tweedelijnszorg (medisch specialisten) verstaan. De communicatie rondom verwijzingen verloopt veelal per brief, e-mail of telefonisch en raakt alle professionals in meer of mindere mate. Het is belangrijk dat uitwisseling van informatie rondom het verwijzen van patiënten soepel en adequaat verloopt omdat juist op overdrachtsmomenten de zorg voor patiënten kwetsbaar is. [33] Voor de disciplines binnen de eerste lijn is er geen formele verwijzing nodig. Deze direct toegankelijke disciplines kunnen wanneer noodzakelijk verwijzen. Van 'echte', formele verwijzingen door de huisarts of specialist is sprake bij paramedische disciplines zoals logopedie, ergotherapie en verwijzingen naar de RIAGG, exclusief fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck. Fysiotherapeuten zijn sinds januari 2006 en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck zijn sinds juli 2008, direct toegankelijk. Bij verwijzingen van de eerstelijnszorg naar de tweedelijnszorg betreft het verwijzingen door de tandarts, huisarts, eerstelijns psycholoog en verloskundige naar de medisch specialist. Het gaat hierbij altijd om formele verwijzingen waarvoor een verwijsbrief nodig is. [34] In de verwijsbrief of in het telefoongesprek dient relevante informatie gegeven te worden over voorgeschiedenis, medicatie, ernstige ziekten en eventuele andere zaken. [o.a. 35] Het moet de specialist en paramedische disciplines in één oogopslag duidelijk zijn waarvoor de patiënt komt en wat de vraag van de huisarts is. Andersom moet het de huisarts in één oogopslag duidelijk zijn wat het antwoord van de specialist is op de vraagstelling, en welke nazorg de huisarts dient te bieden. Bovendien moet de informatie tijdig beschikbaar zijn. [33] Het verwijsgedrag van professionals hangt onder andere samen met onzekerheid, taakopvatting en competentiegevoelens. Zowel onder- als oververwijzing kan schadelijk zijn. [36]

Op basis van richtlijnen, LESA's en LTA's kunnen de te leveren prestaties van zorgmanagement rondom het verwijsbeleid gedefinieerd worden als afstemming binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn over het wanneer en hoe verwijzen van een patiënt. Bijvoorbeeld in de vorm van regionaal verwijsbeleid naar de tweede lijn, afspraken over de berichtgeving hierover (bijvoorbeeld via de Verloskundige Indicatielijst), verwijzen volgens aanbevelingen in de LTA's en richtlijnen waarbij tijdige, accurate, bij voorkeur elektronische uniforme briefwisseling belangrijke elementen zijn en regionale afspraken over het gebruik van checklists in acute situaties bij overdracht naar ambulanceverpleegkundigen.

## **Dossiervoering**

Onder dossiervoering kan in algemene zin verstaan worden: de gestructureerde gegevensverzameling over een patiënt zoals deze wordt bijgehouden en beheerd door of onder verantwoordelijkheid van individuele zorgverleners (zoals huisartsen). [37]

Dossiervoering dient een aantal doelen: [37]

- Verslaglegging ten behoeve van de continuïteit van het eigen handelen van de zorgverlener;
- Informatievoorziening naar (en door) de patiënt;
- Continuïteit in de samenwerking;
- Transparantie over de geleverde zorg en kwaliteitsbewaking (Richtlijn ADEPD). [38]

Elke zorgverlener heeft op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) een dossierplicht. Het patiëntendossier moet alle gegevens bevatten die voor de behandeling van de patiënt relevant zijn (geweest). Deze gegevens dienen alleen in het dossier te worden opgenomen voor zover dit van belang is voor een goede zorgverlening. Het gaat hierbij niet alleen om aantekeningen over de behandeling, maar ook om stukken (zoals formulieren) die in het kader van de zorgverlening zijn aangemaakt. De wet geeft echter niet aan hoe het dossier eruit zou moeten zien en wat erin opgenomen zou moeten worden. [39]

Vanuit medisch perspectief kan meestal worden volstaan met een korte en bondige aantekening over de belangrijkste medische bevindingen, handelingen en het afgesproken beleid. Vanuit juridisch perspectief dient het dossier vaak uitgebreide informatie te bevatten om bij mogelijke verwikkelingen te kunnen verantwoorden dat de zorg op de juiste wijze is verleend. Met name notities over de aan de patiënt gegeven informatie en de door de patiënt gegeven toestemming rond zijn medische behandeling (informed consent) zijn belangrijk. [40]

Een volledig en adequaat patiëntendossier is een belangrijke voorwaarde voor adequate zorgverlening. Fouten door zorgverleners kunnen ontstaan als gevolg van het niet goed bijhouden of het niet (kunnen) inkijken van het patiëntendossier. De verwachting is dat de adequaatheid van het patiëntendossier verbeterd kan worden door gebruik te maken van een uniforme standaard voor het (elektronisch) medisch dossier, en het verbeteren van de kwaliteit van de registratie. [41]

Op basis van richtlijnen, LESA's en LTA's kunnen de te leveren prestaties van zorgmanagement rondom dossiervoering gedefinieerd worden als een volledige en adequate verslaglegging die tijdig voor alle relevante zorgverleners beschikbaar is. Ter facilitering van de organisatie daaromtrent kunnen regionale afspraken gemaakt worden tussen zorgverleners over het verloop van (bij voorkeur elektronische) informatieoverdracht, het door de patiënt beschikken over een up-to-date en volledig zorgdossier [31] en het altijd beschikbaar hebben van een actueel en volledig medicatiedossier.

### **Conclusie prestaties zorgmanagement**

Samenvattend kunnen de prestaties van zorgmanagement gedefinieerd worden als het zodanig faciliteren van het zorginhoudelijk handelen dat deze zo veilig, efficiënt, tijdig en patiëntgericht mogelijk is. De generieke taken bij de onderscheiden aandachtsgebieden vertonen grote overlap omdat er vaak op regionaal of transmuraal niveau afspraken moeten worden gemaakt over, bijvoorbeeld het aanvragen van aanvullend onderzoek, de terugkoppeling van resultaten, het gebruik van dossiers, et cetera. Ook is er vaak een bepaalde infrastructuur nodig om (de organisatie van) het zorginhoudelijk handelen te faciliteren. Op basis van de bovenbeschreven functionele omschrijvingen kunnen de volgende vier typen generieke activiteiten onderscheiden worden:

- (Regionale) afspraken binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn;

- Communicatie richting de patiënt (bijvoorbeeld organisatie van oproep en voorlichting over griepvaccinatie, structureel samen met patiënt vaststellen van het medicatiebeleid);
- Registratie, verslaglegging en overdracht (ten behoeve van zorgverleners);
- Aanwezigheid van infrastructuur (bijvoorbeeld folderkast, speciale aanvraagformulieren, beschikbaarheid digitale richtlijnen, (digitaal) dossier).

Onderstaande tabel laat zien dat deze generieke activiteiten alle in meer of mindere mate van toepassing zijn op de zes eerdergenoemde medisch inhoudelijke aandachtsgebieden.

Tabel 1: Voorbeelden van generieke prestaties van zorgmanagement in de eerste lijn naar aandachtsgebied

	<b>Afspraken binnen 1<sup>e</sup> lijn en tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn</b>	<b>Communicatie richting patiënt</b>	<b>Registratie, verslaglegging en overdracht</b>	<b>Infrastructuur</b>
<b>Preventie</b>	- Afspraken over taken en verantwoordelijkheden tussen organisaties	- Voorlichting aan doelgroep - Terugkoppeling uitslag	- Registratie doelgroep - Informatie-overdracht - Verslaglegging opkomst - Verslaglegging resultaat	- Adequate inkoop en distributie van griepvaccins - Beschikbaarheid van richtlijnen
<b>Voorlichting en advisering</b>	- Afspraken over wie verantwoordelijk voor de voorlichting - Afspraken over inhoud van voorlichting	- Afstemmen van voorlichting op patiënt - Structurele basis voor gedeelde (medische) besluitvorming	- Verwerking in dossier	- Voldoende adviesmateriaal - Up-to-date adviesmateriaal - Speciale zorgprogramma's of voorlichtingsbijeenkomsten
<b>Aanvullend onderzoek</b>	- Afspraken over controle testapparatuur - Afspraken over doorgeven van sterk afwijkende uitslagen - Afspraken over overdracht van cliënten - Afspraken over vertalen van richtlijnen naar de lokale situatie - Deelname aan Diagnostisch Toets Overleg (DTO)	- Onderbouwing van (uitstellen) aanvraag. - Terugkoppeling van resultaten naar patiënt	- Verslaglegging resultaat - Definiëren van criteria voor overleg en overdracht	- Uniforme aanvraag d.m.v. gebruik (aanwezigheid) richtlijnen en LESA's - Speciale aanvraagformulieren

	<b>Afspraken binnen 1<sup>e</sup> lijn en tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn</b>	<b>Communicatie richting patiënt</b>	<b>Registratie, verslaglegging en overdracht</b>	<b>Infrastructuur</b>
<b>Medicatiebeleid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afspraken over verstrekking medicatie</li> <li>- Deelname aan Farmaco-Therapeutisch (Transmuraal) Overleg (FT(T)O)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informeren over medicatiemogelijkheden zodat (samen) het medicatiebeleid vastgesteld kan worden</li> <li>- Juiste voorlichting</li> <li>- Structurele bewaking (jaarlijks review)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consequent vastleggen van bijwerkingen, contra-indicaties / voorzorgen, intoleranties en allergieën in medicatiedossier</li> <li>- (Digitale) uitwisseling van informatie over medicatie</li> <li>- Actueel en volledig medicatiedossier is altijd beschikbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie-uitwisselings-systemen (HIS of AIS)</li> <li>- Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS)</li> <li>- NHG-formularium</li> <li>- Farmaco-therapeutisch kompas</li> </ul>
<b>Verwijsbeleid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afspraken over verwijsbeleid</li> <li>- Afspraken over de berichtgeving daarover</li> <li>- Afspraken over gebruik van checklists in acute situaties</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informeren over verwijsmogelijkheid en zodat (samen) een keus kan worden gemaakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doorgeven van relevante informatie bij verwijzing: o.a. reden komt patiënt, voorgeschiedenis, medicatie, ernstige ziekten</li> <li>- doorgeven van antwoord en eventuele nazorg bij terugverwijzing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniform verwijzen d.m.v. gebruik (aanwezigheid) LTA's en richtlijnen</li> <li>- Uniforme (elektronische) briefwisseling</li> </ul>
<b>Dossiervoering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afspraken over het verloop van informatieoverdracht</li> <li>- Afspraken over het door de patiënt kunnen beschikken over een up-to-date zorgdossier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informeren over mogelijkheden van inzage in het dossier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgdossier is tijdig beschikbaar voor relevante zorgverleners</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniforme standaard voor (elektronisch) dossier</li> </ul>

De generieke taken in tabel 1 laten zich overwegend vertalen naar prestaties op structuur- of procesniveau. Indien ook generieke uitkomsten van zorgmanagement in ogenschouw worden genomen, gaat steeds meer de behoefte ontstaan aan een ziektespecifieke uitwerking. Voorbeelden van mogelijke uitkomsten zijn: 'gedeelde besluitvorming' (aandachtsgebied 'Voorlichting en advisering'), 'tijdige diagnostiek' (aandachtsgebied 'Aanvullend onderzoek') en 'tijdige verwijzing' (aandachtsgebied 'Verwijsbeleid'). Om dergelijke uitkomsten te kunnen meten is het haast onontkoombaar deze te koppelen aan een aandoening, of, soms nog specifiek, aan een bepaalde complicatie bij een aandoening. Het verwijscijfer in een praktijk zegt bijvoorbeeld weinig over de kwaliteit van zorg, omdat in sommige gevallen een verwijzing op zijn plaats is en in andere gevallen niet. Om deze reden en vanwege overlap met de ziektespecifieke rapporten in deze reeks, zijn mogelijke uitkomsten van zorgmanagement buiten beschouwing gelaten. Een uitzondering hierop echter vormt het aandachtsgebied 'Preventie', daarvoor zijn een aantal preventiespecifieke uitkomsten benoemd.

Gesteld kan nu worden dat voor een oordeel over de kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn indicatoren op zowel structuur- als procesniveau geschikt zijn, aangevuld met uitkomstindicatoren op het gebied van preventie. Deze kwaliteitsindicatoren zouden uitdrukking moeten geven aan: (1) de aanwezigheid van afspraken binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn, (2) de communicatie richting patiënten, (3) de registratie, verslaglegging en overdracht (ten behoeve van zorgverleners), (4) aanwezige infrastructuur en (5) uitkomsten op het gebied van preventie. Per aandachtsgebied zou aldus gestreefd moeten worden naar ten minste één indicator die uitdrukking geeft aan de relevante generieke prestaties. Met andere woorden, de uiteindelijke basisset zou moeten bestaan uit ten minste 25 indicatoren.

### Beschikbare indicatoren

Op basis van geraadpleegde Nederlandse bronnen bleken er in totaal 101 indicatoren beschikbaar voor de onderscheiden aandachtsgebieden (gepubliceerd via de website [www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl)). Uit tabel 3 blijkt dat de meeste indicatoren betrekking hebben op de aandachtsgebieden dossiervoering en medicatiebeleid terwijl er relatief weinig indicatoren beschikbaar zijn over het aanvullend onderzoek.

### Selectie kernset

Toepassing van de relevantiecriteria resulteerde in een reductie van bijna de helft van de beschikbare indicatoren (tabellen 3 en 4). De overige selectiecriteria alleen leidde niet meteen tot de uiteindelijke kernset; overwegingen op basis van klinimetrische eigenschappen en meetbaarheid in combinatie met overlap tussen de indicatoren leidde tot de basisset van 28 indicatoren. Dit selectieproces en de overwegingen die hebben geleid tot deze basisset zijn te vinden via de website [www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl).

Tabel 3: Resultaten selectieproces naar aandachtsgebied

Aandachtsgebied zorgmanagement	Totaal aantal indicatoren beschikbaar	Bronnen	Selectie na relevantiecriteria	Selectie na overige criteria	Samenstelling basisset
Preventie <sup>1</sup>	17 (17%)	[3,42-45]	9	9	3 (13%)
Voorlichting en advisering	19 (19%)	[3,20,36,44,46]	5	5	4 (17%)
Aanvullend onderzoek	7 (7%)	[3,20]	4	4	4 (17%)
Medicatiebeleid	21 (21%)	[3,20,46-49]	14	8	5 (21%)
Verwijsbeleid	12 (12%)	[3,36]	7	5	3 (13%)
Dossiervoering	25 (25%)	[3,50-55]	11	11	5 (21%)
<b>Totaal aantal indicatoren</b>	<b>101 (100%)<sup>2</sup></b>		<b>50</b>	<b>42</b>	<b>24 (100%)<sup>2</sup></b>

<sup>1</sup> Ten aanzien van preventie zijn ook uitkomstindicatoren in het selectieproces betrokken.

<sup>2</sup> Door afronding is dit percentage niet precies 100%.

De tabel laat zien dat alle aandachtsgebieden met ten minste drie indicatoren zijn vertegenwoordigd in de kernset.

Het is vervolgens de vraag in hoeverre de inhoudelijke aandachtsgebieden zijn vertegenwoordigd met indicatoren die uitdrukking geven aan de betreffende generieke prestaties. Daarom zijn in tabel 4 de geselecteerde indicatoren gepresenteerd naar aandachtsgebied en overkoepelende generieke prestaties. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij een generieke eerstelijns benadering werd een aantal indicatoren (licht)

geherformuleerd. Daarnaast is een aantal indicatoren in termen van percentages uitgedrukt, waarvoor in enkele gevallen eveneens een lichte herformulering noodzakelijk was.

Tabel 4: Overzicht van de geselecteerde indicatoren naar aandachtsgebied en generieke prestaties

<b>Preventie</b>	<b>Bron</b>
<b>Uitkomsten</b>	
1. Influenzavaccinatiegraad van de hoogrisicogroep.	VIA
2. Opkomstpercentage bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.	VIA
3. Percentage zuigelingen dat in 2005 tijdig is geprikt.	GGD
<b>Voorlichting en advisering</b>	
<b>Communicatie richting patiënt</b>	
4. De zorgverlener gebruikt informatie ter ondersteuning van een consult, zoals folders, schriftelijk en/of beeld materiaal, internetverwijzingen.	VIA (geherformuleerd)
<b>Infrastructuur</b>	
5. In de praktijk zijn de (NHG-) praktijkfolders op een voor de patiënt toegankelijke plaats gepositioneerd.	VIA (geherformuleerd)
6. De praktijk heeft een eigen website.	VIA (geherformuleerd)
7. In de praktijk is een sociale kaart aanwezig.	VIA (geherformuleerd)
<b>Aanvullend onderzoek</b>	
<b>Afspraken</b>	
8. Overleg met partners in de tweede lijn: Bijeenkomsten over medisch inhoudelijke onderwerpen tussen huisarts en: interne specialisten, heelkundige specialisten, neurologen/psychiaters.	VIA
9. Overleg met partners in de tweede lijn: Gestructureerd overleg transmurale afspraken.	VIA
10. Overleg met partners in de eerste lijn: Ten minste jaarlijks medisch inhoudelijk overleg tussen huisarts en: wijkverpleging, huisartsenpost, maatschappelijk werk, diëtiste, podotherapeut, fysiotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, eerstelijns psycholoog, apotheker.	VIA
11. Overleg met partners in de eerste lijn: Ten minste jaarlijks organisatorisch/logistiek overleg tussen huisarts en: wijkverpleging, huisartsenpost, maatschappelijk werk, diëtiste, podotherapeut, fysiotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, eerstelijns psycholoog, apotheker.	VIA
<b>Medicatiebeleid</b>	
<b>Afspraken</b>	
12. In de praktijk zijn er werkafspraken over het navragen van contra-indicaties en intoleranties bij de patiënt.	IGZ/KNMP geherformuleerd
13. De zorgverlener neemt deel aan het farmacotherapeutisch overleg (FTO).	VIA (geherformuleerd)
<b>Registratie, verslaglegging en overdracht (t.b.v. zorgverleners)</b>	
14. Percentage patiënten met polyfarmacie waarbij een medicatiereview is uitgevoerd.	IGZ/KNMP geherformuleerd
<b>Infrastructuur</b>	
15. De zorgverlener maakt gebruik van een protocol voor het monitoren herhaalrecepturen.	VIA (geherformuleerd)
16. De zorgverlener maakt gebruik van een protocol medicatiegebruik bij patiënten met polyfarmacie.	VIA (geherformuleerd)
<b>Verwijsbeleid</b>	
<b>Afspraken</b>	
17. Overleg met partners in de tweede lijn: Afspraak over terugverwijzing van patiënten.	VIA

<b>Registratie, verslaglegging en overdracht (t.b.v. zorgverleners)</b>	
18. De zorgverlener maakt gebruik van complete verwijsbrieven waarin vraagstelling, relevant journaal, probleemlijst en een overzicht van de actuele medicatie zijn opgenomen.	VIA (geherformuleerd)
19. De zorgverlener legt de resultaten van verwijzingen naar andere zorgverleners vast.	NHG
<b>Dossiervoering</b>	
<b>Registratie, verslaglegging en overdracht (t.b.v. zorgverleners)</b>	
20. Op verzoek van de patiënt legt de zorgverlener schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven.	WGBO
21. De zorgverlener registreert relevante (contextuele en medische) gegevens van patiënten in het (elektronisch) (medisch) dossier.	VIA (geherformuleerd)
22. De zorgverlener (huisarts) noteert in het EMD het navolgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Probleemlijst;</li> <li>- Percentage van probleemlijst gecodeerd volgens de ICPC;</li> <li>- Percentage van de E (Evaluatie) gecodeerd volgens de ICPC;</li> <li>- P = plan, therapie, beleid.</li> </ul>	VIA
23. De zorgverlener houdt zich aan de wettelijke bepalingen ten aanzien van het bewaren van gegevens.	NHG
<b>Infrastructuur</b>	
24. In de praktijk is de toegang tot patiëntengegevens zodanig georganiseerd, dat uitsluitend rechthebbenden toegang kunnen verkrijgen tot patiëntengegevens.	VIA (geherformuleerd)

Geconcludeerd kan worden dat ongeveer de helft van de generieke invalshoeken per aandachtsgebied gedekt door ten minste één indicator; ten aanzien van 13 onderwerpen zijn er geen indicatoren geselecteerd. Met name het aandachtsgebieden preventie en aanvullend onderzoek kennen weinig variatie naar generieke prestaties; de geselecteerde indicatoren hebben enkel betrekking op respectievelijk uitkomsten en afspraken. Op één indicator na (indicator 20, een wettelijke verplichting afgeleid van de WGBO) kunnen de indicatoren inhoudelijk als valide worden beschouwd door de gevolgde procedure bij de ontwikkeling van de indicatoren. Of tegemoet wordt gekomen aan andere klinimetrische eigenschappen, zoals discriminante validiteit en betrouwbaarheid, moet een praktijktest uitwijzen.

## Resultaten praktijktoets

De meeste geselecteerde indicatoren blijken met behulp van het Visitatie Instrument voor Accreditering (VIA) op een systematische wijze geregistreerd en verzameld te worden (tabel 5).

Tabel 5: Beschikbare gegevens (%) voor indicatoren van de kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn

<b>Preventie</b>	<b>% en bron</b>	<b>Opmerkingen</b>
1. Influenzavaccinatiegraad van de hoogrisicogroep. (VIA)	71,5% [56]	
2. Opkomstpercentage bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker. (VIA)	65.2% [57]	
3. Percentage zuigelingen dat in 2005 tijdig is geprikt. (GGD)	99,9% [58]	
<b>Voorlichting en advisering</b>		
4. De zorgverlener geeft informatie ter ondersteuning van een consult, zoals folders, schriftelijk en/of beeld materiaal, internetverwijzingen. (VIA)	-	a
5. In de praktijk zijn de (NHG-) praktijkfolders op een voor de patiënt toegankelijke plaats gepositioneerd. (VIA)	-	a
6. De praktijk heeft een eigen website. (VIA)	-	a
7. In de praktijk is een actuele sociale kaart aanwezig. (VIA)	-	a
<b>Aanvullend onderzoek</b>		
8. Overleg met partners in de eerste lijn: Ten minste jaarlijks medisch inhoudelijk overleg tussen huisarts en: wijkverpleging, huisartsenpost, maatschappelijk werk, diëtiste, podotherapeut, fysiotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, eerstelijns psycholoog, apotheker. (VIA)	-	b
9. Overleg met partners in de eerste lijn: Ten minste jaarlijks organisatorisch/logistiek overleg tussen huisarts en: wijkverpleging, huisartsenpost, maatschappelijk werk, diëtiste, podotherapeut, fysiotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, eerstelijns psycholoog, apotheker. (VIA)	-	b
10. Overleg met partners in de tweede lijn: Bijeenkomsten over medisch inhoudelijke onderwerpen tussen huisarts en: Interne specialisten, heekundige specialisten, neurologen/psychiaters. (VIA)	-	b
11. Overleg met partners in de tweede lijn: Gestructureerd overleg transmurale afspraken. (VIA)	-	b
<b>Medicatiebeleid</b>		
12. In de praktijk zijn er werkafspraken over het navragen van contra-indicaties en intoleranties bij de patiënt. (IGZ/KNMP)	-	b
13. De zorgverlener neemt deel aan het farmacotherapeutisch overleg (FTO). (VIA)	-	a
14. Percentage patiënten met polyfarmacie waarbij een medicatiereview is uitgevoerd. (IGZ/KNMP)	-	b
15. De zorgverlener (huisarts) maakt gebruik van een protocol voor monitoren herhaalrecepturen. (VIA)	-	a
16. De zorgverlener (huisarts) maakt gebruik van een protocol medicatiegebruik bij patiënten met polyfarmacie. (VIA)	-	a
<b>Verwijsbeleid</b>		
17. Overleg met partners in de tweede lijn: Afspraak over terugverwijzing van patiënten. (VIA)	-	c

18. De zorgverlener maakt gebruik van complete verwijsbrieven waarin vraagstelling, relevant journaal, probleemlijst en een overzicht van de actuele medicatie zijn opgenomen. (VIA)	85% [37]	
19. De zorgverlener legt de resultaten van verwijzingen naar andere zorgverleners vast. (NHG)	-	b
<b>Dossiervoering</b>		
20. Op verzoek van de patiënt legt de zorgverlener schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven. (WGBO)	-	b
21. De zorgverlener registreert relevante (contextuele en medische) gegevens van patiënten in het (elektronisch medisch) dossier. (VIA)	-	a
22. De zorgverlener (huisarts) noteert in het EMD het navolgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Probleemlijst;</li> <li>- Percentage van probleemlijst gecodeerd volgens de ICPC;</li> <li>- Percentage van de E (Evaluatie) gecodeerd volgens de ICPC;</li> <li>- P = plan, therapie, beleid. (VIA)</li> </ul>	-	a
23. De zorgverlener houdt zich aan de wettelijke bepalingen ten aanzien van het bewaren van gegevens. (NHG)	-	b
24. In de praktijk is de toegang tot patiëntengegevens zodanig georganiseerd, dat uitsluitend rechthebbenden toegang kunnen verkrijgen tot patiëntengegevens. (VIA)	-	a

<sup>a</sup> Gegevens over deze indicator worden wel geregistreerd in het kader van de VIA maar zijn nog niet gepubliceerd.

<sup>b</sup> Gegevens zijn niet beschikbaar of worden nog niet systematisch geregistreerd.

<sup>c</sup> Over deze generieke indicator is geen informatie gepubliceerd. Wel is er informatie over het percentage professionals welke afspraken hebben over het terugverwijzing van diabetespatiënten. Dit percentage is 55%. [37]

Tabel 5 laat zien dat voor vier indicatoren data beschikbaar zijn en dat voor tien indicatoren de gegevens op een systematische manier verzameld worden. Hiermee worden 21 indicatoren haalbaar geacht voor wat betreft de gegevensverzameling. Voor de overige 10 indicatoren is nader onderzoek naar de wijze van dataverzameling, bij voorkeur middels geautomatiseerde registratiesystemen, wenselijk. Alleen bij volledige registratie van de gegevens door alle betrokken zorgverleners kan op een betrouwbare manier informatie over de kwaliteit van zorg verstrekt worden. Daarbij moet opgemerkt worden dat de indicatoren 8-12 en 23, vermoedelijk beter uit te vragen zijn op praktijkniveau via een praktijkvertegenwoordiger dan via een registratiesysteem.

## DISCUSSIE EN CONCLUSIE

### Discussie

Op het gebied van zorgmanagement in de eerste lijn zijn veel indicatoren beschikbaar, veelal ontleend aan disciplinegerelateerde bronnen, meestal met betrekking tot huisartsen. Uitgangspunt in dit project was een eerstelijnsbrede benadering van generieke taken die uit de organisatie van het zorginhoudelijk handelen in de eerste lijn en het zorginhoudelijk handelen zelf voortvloeien. Transparantie van de kwaliteit van zorg op dit gebied is een aanvulling op de ziektespecifieke kwaliteitsinformatie over het professionele handelen. Vermoedelijk zijn niet alle onderdelen even relevant voor alle beoogde doelgroepen van informatie. De indicatoren lijken vooral geschikt voor het interne kwaliteitsbeleid van de zorgprofessional. Maar de indicatoren over samenwerking zullen vermoedelijk ook voor patiënten en zorgverzekeraars bruikbaar zijn. De voorkeuren van de verschillende doelgroepen kunnen in een volgende fase worden uitgezocht en vastgelegd. Voor het

beschrijven van zorgmanagement is aangesloten bij de definitie van generalistische zorg in de eerste lijn waar een onderscheid wordt gemaakt naar: preventie, voorlichting en advisering, aanvullend onderzoek, medicatiebeleid, verwijsbeleid en dossiervoering. Op basis van de gedefinieerde prestaties bij deze aandachtsgebieden konden generieke taken worden onderscheiden, zoals afspraken binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn, communicatie richting de patiënt, registratie, verslaglegging en overdracht, en de aanwezigheid van infrastructuur. Raadpleging van verscheidene bronnen resulteerde in 101 indicatoren met betrekking tot deze generieke taken. In dit aantal is rekening gehouden met overlap tussen indicatoren. De meeste indicatoren bleken betrekking te hebben op de aandachtsgebieden dossiervoering en medicatiebeleid terwijl er relatief weinig indicatoren beschikbaar zijn over aanvullend onderzoek. Systematische selectie in combinatie met inhoudelijke overlap tussen de indicatoren, leidde uiteindelijk tot identificatie van 24 indicatoren voor de kernset.

Bij de selectie van de indicatoren kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Zo zijn de relevantiecriteria met betrekking tot geschiktheid voor publieke informatie en voor de verschillende doelgroepen subjectief van aard. Dit probleem werd zo veel mogelijk ondervangen door de indicatoren door twee personen onafhankelijk van elkaar te laten scoren. Toch is het mogelijk dat hierdoor een aantal indicatoren onterecht is afgevalen of doorgesluist naar de volgende criteria. Het is echter de vraag in hoeverre dit van invloed is geweest op de uiteindelijke samenstelling van de set.

Een tweede kanttekening betreft de rol van nationale richtlijnen en afspraken in de selectie van indicatoren. Hier is voor gekozen omdat publieke informatie onder andere opgevat kan worden als verantwoordingsinformatie. Dergelijke informatie dient gebaseerd te zijn op (evidence-based) aanbevelingen en afspraken die professionals zelf verwoorden in 'eigen' richtlijnen. Bovendien komt de toepassing van richtlijnen de inhoudsvaliditeit van de set ten goede. Een beperking hier echter die het gebruik van richtlijnen met zich meebrengt, is dat er rondom (een generieke benadering van) zorgmanagement in de eerste lijn maar weinig aanbevelingen bestaan; veel aanbevelingen op het gebied van zorgmanagement zijn disciplinegebonden en hebben meestal een ziektespecifieke achtergrond. Deze aanbevelingen kunnen weliswaar van toepassing zijn op de andere disciplines in de eerste lijn en op zorgmanagement voor verschillende aandoeningen, de inschatting daarvan is steeds door de onderzoekers zelf gedaan.

Een derde kanttekening betreft (het scoren van) de klinimetrische eigenschappen; dit criterium is steeds coulant beoordeeld; wanneer slechts informatie voorhanden was over de inhoudsvaliditeit of over de gevolgde procedure van ontwikkelen op basis waarvan de betreffende indicator als inhoudsvalide kon worden beschouwd, werd het criterium positief gescoord. Andere klinimetrische eigenschappen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, zullen in de praktijk getest moeten worden. De praktijktoets in dit project diende in de eerste plaats de beschikbaarheid en haalbaarheid van gegevens.

Ten slotte kan bij de selectie van indicatoren als mogelijke beperking worden aangevoerd dat uitgegaan is van reeds bestaande en beschikbare indicatoren. Nu zijn er op het gebied van zorgmanagement vele en diverse indicatoren ontwikkeld waardoor er in inhoudelijke zin een vrij compleet beeld van de kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn gegeven kan worden. Deze compleetheit betreft met name de inhoudelijke operationalisatie van

zorgmanagement; er zijn verschillende indicatoren voorhanden die uitdrukking geven aan de kwaliteit van het preventieve handelen, aan het medicatiebeleid of aan dossiervoering. Nadere analyses zijn nodig om te onderzoeken of met de hier gepresenteerde set van indicatoren een volledig beeld wordt geschetst van zorgmanagement. Maar ook moet bekeken worden of er voor sommige onderwerpen met minder indicatoren een even valide beeld wordt gegeven van de kwaliteit van zorgmanagement, bijvoorbeeld op het gebied van afspraken of infrastructuur.

Aldus is gestreefd naar een zo hoog mogelijke inhoudsvaliditeit van de set. De set is nu gereed om voorgelegd te worden aan de betrokken partijen voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld, zoals patiënten en zorgverzekeraars. Verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Wanneer hierover consensus is bereikt en de set eenmaal is vastgesteld, kan implementatie worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Onderdeel hiervan is een pilot test in een aantal praktijken in de eerste lijn (bijvoorbeeld huisartsen, verloskundigen of fysiotherapeuten) om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De haalbaarheid heeft dan zowel betrekking op de beschikbaarheid van de gegevens als (voldoen)de aantallen patiënten voor betrouwbare informatie. Beperkingen in de haalbaarheid kunnen immers eveneens gevolgen hebben voor de samenstelling van de set. Op basis van de praktijktoets in dit project kan geconcludeerd worden dat een deel van de geselecteerde indicatoren haalbaar is. Twijfels over de haalbaarheid waren voornamelijk geen reden om indicatoren te verwijderen omdat in dit project de inhoud voorop stond. Voor tien indicatoren dient nader onderzocht te worden of en op welke manier de gegevens verzameld kunnen worden. Daarbij is een deel van de indicatoren mogelijk beter uitvraagbaar op praktijkniveau via een praktijkvertegenwoordiger dan via een (geautomatiseerd) registratiesysteem. De qua meetbaarheid meer complexe indicatoren, zoals 19 en 20, zijn vanuit inhoudelijke overwegingen in de set gehandhaafd; voor implementatie behoeven deze echter een nadere specificering. Overigens is ook na vaststelling en implementatie van de set regelmatig onderhoud vereist; zodra er nieuwe aanbevelingen worden gedaan of nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld, dienen indicatoren te worden aangepast, geschrapt of toegevoegd.

De 'ruwe' indicatorpercentages, ten slotte, zouden niet zonder beschouwing van andere factoren geïnterpreteerd moeten worden als maat voor goede zorg. Bij onderlinge vergelijking dient rekening te worden gehouden met verschillen in case-mix. Dit is met name van belang bij uitkomstmaten omdat patiëntgebonden factoren als leeftijd of sociaaleconomische status de resultaten kunnen beïnvloeden. De hier gepresenteerde set van indicatoren bevat drie uitkomstindicatoren op het gebied van preventie, namelijk vaccinatiegraad grieprik, opkomstpercentage bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en percentage zuigelingen met een tijdige hielprik). Het zou kunnen dat factoren als sociaaleconomische status of religie dergelijke uitkomsten kunnen beïnvloeden.

## **Conclusie**

Op basis van systematische selectie konden 24 indicatoren worden geïdentificeerd die de professionele kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn in beeld brengen. De meeste indicatoren kunnen als inhoudsvalide worden beschouwd; in hoeverre voldaan wordt aan andere klinimetrische eisen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, moet nader worden onderzocht. De kwaliteitsinformatie die met deze indicatoren gegenereerd wordt, is bedoeld voor zowel de zorgaanbieders zelf, als consumenten en patiënten, zorgverzekeraars en andere inkopers van zorg, beroepsorganisaties en de inspectie voor de gezondheidszorg. Eventuele verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Ook een pilot test ten behoeve van de haalbaarheid van de indicatoren kan gevolgen hebben voor de samenstelling van de set; de praktijktoets in dit project wees uit dat de benodigde gegevens voor een deel reeds systematisch worden verzameld of geregistreerd. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

## REFERENTIES

- 1 Gezondheidsraad. European Primary Care. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004.
- 2 Folmer H, Smeenk FWJM, Geijer RMM, Hensbergen W van, Molema J, Smeele IJM. Landelijke Transmurale Afspraak COPD. Utrecht: NHG, 2002.
- 3 Doorn A van. Visitatie Instrument Accreditering (VIA). Vergelijking VIP versie 4 en VIA pilotversie voorjaar 2008 (intern document). 2008.
- 4 Hombergh van den P. Assessing and improving management in general practice. Dissertatie. Nijmegen: KUN, 1998.
- 5 Neeleman- van der Steen K, van de Ven G, Krol M, de Bie R, Oostendorp R, Braspenning J. Prestatie-indicatoren Fysiotherapie Het ontwikkelen en testen van een basisset van publieke kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie. Nijmegen: IQ healthcare & CEBP, 2009.
- 6 [www.knov.nl](http://www.knov.nl) geraadpleegd op 15 oktober 2009. 2009.
- 7 National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Desirable measure attributes. 2008.
- 8 VWS. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.
- 9 Senten M, Schulz A, de Regt W, Janssens M. Preventie loont. Tussenstand van het Programma Preventie van ZonMw, Jeugd. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2003.
- 10 Centrum voor Bevolkingsonderzoek (RIVM). Regie van landelijke bevolkingsonderzoeken en screenings. 2008.
- 11 RIVM. Over het bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. 2009.
- 12 Boomsma LJ, Collette C, Janssen PGH. NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (Tweede herziening). Huisarts en Wetenschap 2009;52(4):182-91.
- 13 Zie [www.RIVM.nl/hielprik](http://www.RIVM.nl/hielprik).
- 14 Zie [www.RIVM.nl/grieprik](http://www.RIVM.nl/grieprik).
- 15 Essen van G, Bueveling H, Voordouw A, Berg H, Laan van der J, Lidth de Jeude van C, et al. NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie (eerste herziening). Huisarts en Wetenschap 2008;51(4).
- 16 Bouwens JGM, Pos SE, Kunderts van de JLM, Stadlander MC. Patiëntenvoorlichting: markante factor in richtlijnen, prestatie-indicatoren en visitaties? Woerden: NIGZ/Orde van Medisch Specialisten; 2006.
- 17 Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker HJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002;(2).
- 18 Foster G, Taylor SJC, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007;(4).
- 19 Albada A. Patiëntencommunicatie in West Europa. Een onderzoek naar de organisatie van patiëntencommunicatie in ziekenhuizen en factoren die dat beïnvloeden in Nederland, Vlaanderen en Engeland (afstudeerscriptie ). Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2005.
- 20 Witmer H, Bouma M, Braspenning JCC, in 't veld K, Grol RPTM. Praktijkaccreditering; een nieuwe stap in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenpraktijk. Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG, 2005.
- 21 Meer van der J, Laar van 't A. Anamnese en lichamelijk onderzoek. Elsevier gezondheidszorg, 2006.
- 22 Liefhebber S, van Dam C. Beroepsprofiel verloskundige, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Bilthoven, 2005.
- 23 College voor zorgverzekeringen (CWZ). Diagnostisch kompas. 2003.
- 24 Grundmeijer HGLM, Reenders K, Rutten GEHM. Het geneeskundige proces van klacht naar therapie. 2004.
- 25 Verstappen WH, Weijden van der T, Sijbrandij J, Smeele L, Hermensen J, Grimshaw J, et al. Diagnostisch toetsoverleg (DTO) vermindert overbodig gebruik aanvullende diagnostiek door huisartsen. Huisarts en Wetenschap 2004;47(3):127-32.
- 26 Bokhoven van L. Blood test ordering for unexplained complaints in general practice (thesis). Maastricht: Universiteit Maastricht, 2008.
- 27 Verloskundig Vademecum. Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. Diemen, 2003.
- 28 Wolters R. Module medicatiebewaking en medicatieveiligheid in de huisartsenpraktijk concept indicatoren set voor de NHG-praktijkaccreditering (NPA). IQ healthcare, 2009.
- 29 Zichtbare Zorg. Kwaliteitskader Farmaceutische Zorg. 2009.
- 30 Bemt PMLA, Egberts TCG (projectleiders). Hospital Admission Related to Medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2006.
- 31 Labots-Vogelansang SM, Heijboer-Vinks IC, Aarnhem van AMS, Folmer H, Giesen AGM, Leest de K, et al. LESA: medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis. Huisarts en Wetenschap 2009;52(4). (NB LESA Actueel medicatiedossier eerste lijn begin 2010 klaar)
- 32 IGZ. Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens. Utrecht, 2008.

- 33 NHG. Richtlijn Informatie-Uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen. Utrecht, 2008.
- 34 Zie [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).
- 35 Vriezen JA, Lamers ETT, Faber E, Van Heest FB, Kroon M, Lagerberg JM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Angststoornissen. Huisarts en Wetenschap; 2007. Report No.: 50.
- 36 Berg van den MJ, de Bakker DH, van Rosmalen M, Braspenning JCC. De staat van de huisartsenzorg. Utrecht: IGZ, 2005.
- 37 NHG Standpunt. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisarts en EPD-Gegevensbeheer en uitwisseling. Conceptversie voor de commentaarrronde. Maart 2009.
- 38 NHG. Richtlijn Adequate Dossiervoering met het Elektronisch Medisch Dossier. Eerste versie maart 2009.
- 39 Zie [www.wgbo.nl](http://www.wgbo.nl).
- 40 Medirisk B.A. Dossiervoering. Valkuilen, tips en hulpmiddelen bij dossiervoering. Utrecht, juli 2007. [www.medirisk.nl](http://www.medirisk.nl).
- 41 Zie [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl).
- 42 GGD Nederland R. Indicatoren voor de Monitor Volksgezondheid. 2009.
- 43 Postema PHJ, van Althuis TR. Overzicht en definitie van indicatoren voor preventie in de huisartsenzorg (NHG). Nederlands Huisartsen Genootschap, 2009.
- 44 Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: kwaliteit huisartsenzorg belicht. 2004.
- 45 GGD. Pilot studie. Indicatoren openbare gezondheidszorg (OGZ): conceptset februari 2006 indicatoren hieprikscreening. 2006.
- 46 Dijk van P, Eijssens E, Linders B, Gasteren van H, Hogervorst W. Basisset prestatie- en trendindicatoren Georganiseerde eerste lijn. Zorgverzekeraar Agis, 2007.
- 47 IGZ/KNMP. Kwaliteitsindicatoren apotheken. Basisset 2009. Oktober 2008.
- 48 Limburg LCM, Van den Berg MJ. Zorgbalans 2008. Bilthoven; 2008.
- 49 Zorgverzekeraars Nederland. Basisset prestatie-indicatoren geïntegreerde eerstelijnszorg en aandoeninggerichte ketenzorg. Ten behoeve van de zorginkoop 2009. 2008.
- 50 KNGF Richtlijn. Fysiotherapeutische verslaglegging. Praktijkrichtlijn. 2007.
- 51 KNGF Richtlijn. Fysiotherapeutische Verslaglegging. Verantwoording en toelichting. 2007.
- 52 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). 2009.
- 53 NHG-HIS. Referentiemodel 2005. Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). 2005.
- 54 NHG. Huisarts en EPD - Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling. Conceptversie voor commentaarrronde. 2009.
- 55 NHG. Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier. 2004.
- 56 Tacken M, Hoogen van den H, Tiersma W, Donkers J, Braspenning J. Monitoring Nationaal Programma Grieppreventie 2008. Nijmegen: LINH, 2008.
- 57 Braspenning JCC, Pijnenborg L, In 't Veld CJ, Grol RPTM. Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
- 58 Witte KE (RIVM), Berg MJ van den (NIVEL). Deelname bevolkingsonderzoeken borstkanker, baarmoederhalskanker en de hiepriek. In: Zorgbalans 2008. Bilthoven: RIVM, 2008.

## **BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren**

Ten aanzien van elk zorgaspect heeft systematische selectie plaatsgevonden aan de hand van onderstaande selectiecriteria. Deze zijn in de genoemde volgorde toegepast en beoordeeld met “ja”, “nee”, “?” of “niet van toepassing”:

### **(1) Relevantie (afgeleid van NQMC) [7]**

- Doel: inschatting dat de informatie geschikt is voor het publieke domein (de indicator is niet te gedetailleerd - bijvoorbeeld verschillende voorlichtingsfolders - wel op hoofdlijnen/geaggregeerd, maar ook weer niet te algemeen - niet alleen public health/algemene bevolking, wel patiëntenpopulatie van huisartsenpraktijk, zorggroep, of thuiszorgorganisatie);
- Doelgroep: inschatting dat de informatie relevant is voor patiënten en consumenten, zorgverzekeraars en inspectie, en voor professionals zelf;
- Relevant voor de betreffende professional: indien een indicator is ontwikkeld voor een bepaalde beroepsgroep wordt deze in principe niet geselecteerd tenzij de indicator ook geldig is/kan zijn voor andere beroepsgroepen (generiek in eerste lijn);
- Impact op de gezondheid: het onderwerp waar de indicator uitdrukking aan geeft is klinisch relevant, bijvoorbeeld in termen van een hoge prevalentie of incidentie, of heeft effect op de gezondheid of op het verloop van het ziekteproces;
- Ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg: het is in zijn algemeenheid bekend dat de kwaliteit van zorg zoals uitgedrukt met de indicator laag is of dat er variatie is tussen professionals of organisaties;
- Beïnvloedbaarheid van de zorg: de resultaten van de indicator kunnen omgezet worden in acties of interventies in de eerste lijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Op de relevant bevonden indicatoren - een indicator dient daarbij aan alle genoemde criteria voor relevantie te voldoen, met hooguit twee keer een “?” - vindt verdere selectie plaats:

### **(2) Nationale aanbevelingen**

Bij keuze tussen verschillende indicatoren geven nationale aanbevelingen de doorslag. Indien alleen indicatoren beschikbaar zijn die afwijken van Nederlandse richtlijnen, wordt gekeken of deze aangepast kunnen worden. Dit selectie criterium is niet van toepassing op uitkomstindicatoren.

De indicatoren die betrekking (kunnen) hebben op nationale aanbevelingen of waarbij dit criterium niet van toepassing is (bijvoorbeeld uitkomsten), komen in aanmerking voor verdere selectie:

### **(3) Getest op validiteit en betrouwbaarheid**

Bij keuze tussen indicatoren waarbij informatie voorhanden is over goede validiteit en betrouwbaarheid en indicatoren die nog in ontwikkeling zijn of waarbij dergelijke informatie ontbreekt, wordt gekozen voor eerstgenoemde indicator(en).

In geval er alleen indicatoren beschikbaar zijn die nog in ontwikkeling zijn of waarvan informatie over psychometrische kenmerken ontbreekt, volstaan deze indicatoren en worden de volgende criteria toegepast:

**(4) Richting van de indicator**

Bij keuze tussen positieve of negatieve informatie is gekozen voor een positieve richting omdat op deze manier de nadruk wordt gelegd op de geleverde prestaties. Dit criterium geldt voor structuur- en procesindicatoren.

In geval er alleen in negatieve richting geformuleerde structuur- of procesindicatoren beschikbaar zijn, passen wij zo mogelijk de richting aan.

**(5) Meetbaarheid en inspanningen voor de gegevensverzameling**

Nagaan of de indicator meetbaar is. Bij keuze tussen indicatoren die verder ook aan bovenstaande criteria voldoen wordt gekozen voor indicatoren met de minste inspanningsvereisten voor de gegevensverzameling.

## **BIJLAGE 2 Leden projectgroep**

Mevr. Dr. Jozé Braspenning, coördinator Monitoring en toetsing, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. Dr. Hilly Calsbeek, onderzoeker, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Prof. Dr. Richard Grol, afdelingshoofd IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. Drs. Ellen Keizer, onderzoeksassistent, sectie Kwaliteit van eerstelijns gezondheidszorg, IQ healthcare;

Mevr. Drs. Joekie Markhorst, onderzoeker sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. Drs. Geertje van de Ven, onderzoeksassistent, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Dr. Michel Wensing, coördinator Verbetering van zorg en sectiehoofd Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen.

## Gerelateerde projecten en publicaties

### **Projecten**

Binnen de afdeling zijn en worden veel nationale en internationale projecten uitgevoerd naar kwaliteitsindicatoren en -systemen in de eerste lijnszorg. Dit werk heeft onder andere geleid tot:

- de ontwikkeling van het Visitatie Instrument Accreditering (VIA) voor de NHG-Praktijkaccreditering®;
- een *Pay-for-performance* (P4P) programma voor de huisartsenzorg;
- een kwaliteitssysteem voor de huisartsenposten;
- een set diabetesindicatoren;
- een database met internationale gegevens over de praktijkvoering in diverse Europese landen;
- een Europese set van kwaliteitsindicatoren t.b.v. cardiovasculair risicomangement;
- een set van prestatie indicatoren voor de huisartsenzorg;
- een set prestatie indicatoren voor de fysiotherapie.

### **Enkele gerelateerde publicaties IQ healthcare**

1. Martirosyan L, Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Braspenning J, Wolffenbuttel BHR, Denig P. A Systematic Literature Review: Prescribing Quality Indicators for Type 2 Diabetes Mellitus and Cardiovascular Risk Management. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; accepted.
2. Nijkrake MJ, Keus, SHJ, Ewalds H, Overeem S, Braspenning JCC, Oostendorp RAB, Hendriks EJM, Bloem BR, Munneke M. Quality indicators for physiotherapy in Parkinson's disease. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45(2):239-45.
3. Braspenning J, Kirschner K, Batenburg J, van de Rijdt D, Grol R. Pay-for-performance in de huisartsenzorg: eerste experiment in Nederland. *Medisch Contact* 2008; 63(24):1042-45.
4. Campbell SM, Ludt S, Van Lieshout J, Boffin N, Wensing M, Petek D, Grol R, Roland MO. Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15(5): 509-15.
5. Giesen P, Willekens M, Mekkink H, Braspenning J, van den Bosch W, Grol R. Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(5): 289-95.
6. Van Roosmalen MS, Braspenning JCC, de Smet PAGM, Grol RPTM. Antibiotic prescribing in primary care. First choice and restrictive prescribing are two different traits. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 105-9.
7. Dijkstra RF, Niessen LW, Braspenning JCC, Adang E, Grol RPTM. Patient-centred and professional-directed implementation strategies for diabetes guidelines: a cluster-randomized trial-based cost-effectiveness analysis. *Diabetic Med* 2006; 23(2): 164-70.
8. Braspenning JCC, Pijnenborg L, In 't Veld CJ, Grol RPTM (eds). *Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
9. Tacken MAJB, Braspenning JCC, Berende A, Hak E, de Bakker DE, Groenewegen PP, Grol RPTM. Vaccination of high-risk patients against influenza: impact on primary care contact rates during epidemics. Analysis of routinely collected data. *Vaccine* 2004; 22: 2985-92.
10. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.