

NOTULEN ONDERZOEKERSFORUM 20 APRIL

AANWEZIG

Laura Koopman (CKZ/NIVEL), Diana Delnoij (CKZ), Michelle Hendriks (NIVEL), Caroline van Weert (Stichting Miletus), Dolf de Boer (CKZ/NIVEL), Lea Donselaar (CKZ/NIVEL), Barbara Vriens (Stichting Miletus), Suzanne van der Meulen (CKZ), Danielle Meije (Trimbos), Sjenny Winters (Prismant), Mattanja Triemstra (NIVEL), Lucas van der Hoek (NIVEL), Sandy Lobenstijn (CBO), Corrie Huijben (Van Loveren& Partners), Nanne Bos (Julius Centrum), John Hoenen (Agis), Suzanne van Boxtel (kiesBeter), Elske Faber (Zichtbare Zorg), Ella Visserman (Blaauwbroek), Sander Dalm (AMP), Marieke van de Donk (Mediquest), Frederieke Kurschner (Consumentenbond), Rianne van den Brink (Consumentenbond), Petra Hopman (NIVEL), Timon Sibma (NIVEL), Jessica Nijman (NIVEL), Nicolien Zwijnenberg(CKZ/NIVEL, verslag), Niek Klazinga (voorzitter)

SPREKERS

Pieter van Dijk (IGZ), Dolf de Boer (CKZ/NIVEL)

WELKOM

Niek heet iedereen welkom. Vandaag staan er 2 thema's op het programma. Het gebruik van CQI informatie bij de Inspectie van de Gezondheidszorg en hoe om te gaan met het meten en het gebruik van de CQ-index bij kleine organisatorische eenheden.

MEDEDELINGEN

Diana zegt dat er 3 primeurs zijn;

1^e: eind vorige week stonden op de voorpagina van BMC Health Services Research 2 artikelen over de CQ-index

2^e: deze week is de eerste CQ-index Promotie; Olga Damman promoveert met haar onderzoek over hoe je CQI informatie het beste kan presenteren als keuze-informatie voor consumenten.

3^e: Er zou een presentatie komen over de CQ-index op het CAHPS congres in de VS. Helaas is dit door de as-wolk niet mogelijk. Er wordt gewerkt aan een webcast, waardoor de onderzoeker (Marloes Zuidgeest) live in de uitzending komt.

PRESENTATIE: IRIS: IGZ RISICOSIGNALERINGSSYSTEEM. HET GEBRUIK VAN CQ-GEGEVENS BIJ HET RISICOGERICHT TOEZICHT. PIETER VAN DIJK.

Inhoud presentatie

Pieter vertelt over de rol van de Inspectie en het gefaseerd toezicht dat ze uitvoeren. IRiS, het IGZ Risicosignaleringsysteem, speelt hierbij een belangrijke rol. Hoe dit systeem werkt legt Pieter uit tijdens de presentatie. Verder licht Pieter toe hoe CQI gegevens worden gebruikt bij de risicosignalering in de VV&T sector. Aan het einde van de presentatie wordt er nog een 'rondleiding' gegeven in IRiS.

Vragen tijdens presentatie

Barbara vraagt zich af hoeveel inspecteurs er zijn.

Pieter zegt dat er ongeveer 400 inspecteurs zijn. In de VV&T gaat het om ongeveer 30 inspecteurs. Een inspectiebezoek kost ongeveer een halve dag.

John vraagt zich af wanneer iets rood wordt (sheet 8 presentatie). Wanneer is een CQI score zorgwekkend?

Pieter licht toe dat het de sterren zijn die achter deze informatie zitten.

John vraagt of een instelling met een laag aantal sterren dus opvalt?

Pieter beaamt dit. Verder zegt hij dat het gaat om percentielscores. Er is dus te zien hoe een instelling in vergelijking met andere instellingen scoort. Een instelling hoort dus bijvoorbeeld bij de 7% slechtst scorende instellingen.

Discussie

Niek zegt dat de presentatie een goede uitleg heeft gegeven over hoe de Inspectie werkt en hoe bezoeken worden geprioriteerd met het gewogen risicomodel.

Barbara zegt dat bij de laatste sheet (niet te zien in de presentatie) dat we de bezoekprioriteiten zouden moeten zien. Ze ziet alleen bijv. Den Haag niet staan.

Pieter zegt dat bezoekprioriteiten niet automatisch uit het systeem rollen. In dit geval staat Den Haag er niet tussen, omdat zij niet hebben aangeleverd. Piet zegt dat niet precies bekend hoeveel ze missen. Bij de thuiszorg valt dit mee, maar in andere sectoren weten ze niet altijd waar zorgaanbieders zitten. Desondanks staan er wel een aantal instellingen in die onder scherp toezicht staan, maar niet gesignaleerd zijn. Er zal een project worden gestart waarin wordt bekeken of de bekende gevallen retrospectief kunnen worden voorspeld. Het risicomodel zal dus worden aangepast.

Mattanja heeft 2 vragen. Er is een probleem betreft de betrouwbaarheid van zorginhoudelijke indicatoren. Ze zegt dat er eerder wel eens correlaties zijn bekeken tussen CQI gegevens en zorginhoudelijke indicatoren. Ze vraagt of Pieter hier meer over kan vertellen?

Pieter zegt dat dit nog niet wordt gebruikt in dit systeem, maar wel in een ander systeem. Op themaniveau zijn er wel significante correlaties, maar de uitkomsten zijn niet echt ontzettend spannend. Mattanja zegt dat ze het risicomodel willen optimaliseren, waarbij ook wordt gekeken wanneer het matcht met het beeld van inspecteurs. Als het gaat om validatie, wat is dan de gouden standaard? Wat is het beeld van de inspecteur?

Pieter zegt dat het gaat om professionals die werken vanuit hun eigen professionele blik. Er is dus sprake van inter-inspecteurs variatie. Deze variatie is wel in kaart gebracht met onderzoek. Hieruit kwamen twee verrassende conclusies: 1) de indicatorenset voorspelt geen slecht functionerende verpleeghuizen en 2) daar waar een inspecteur op bezoek is geweest, gaat het het jaar daarop significant beter. Dit laatste heeft de inspectie het effect van toezicht genoemd. Pieter zegt verder dat ze intern onderzoek doen om te kijken hoe inter-inspecteur variatie verkleind kan worden. Wel zegt hij dat je niet aan enige variatie ontkomt, maar dat er geen echte gouden standaard bestaat.

John merkt op hoezeer je verdwaald kunt raken als je met een datadrive risicosysteem bezig bent. Het is meer een zoektocht vanuit de data. Volgens John is het ook belangrijk om te kijken naar welke risico's je op zoek bent en welke type data je nodig hebt om dit te kunnen signaleren. Als je het over een risicosignaleringsmodel hebt wil je een model wat instellingen boven tafel haalt waar echt iets aan de hand is. Je zou dus als standaard de probleeminstellingen moeten nemen, en het systeem moet deze instellingen kunnen ontdekken. Pieter is het hiermee eens. Hij zegt dat bij ziekenhuiszorg wordt gewerkt met de HSMR indicator. Dit is een overall maat die langzamerhand heel valide en betrouwbaar wordt. Zo'n maat op het gebied van kwaliteit van leven bestaat nog niet. Pieter zegt dat je dus werkt met een aantal onzekerheden. In het kwaliteitskader wordt goede zorg beschreven (of risico's voor slechte zorg) en de indicatoren, als ze goed zijn geoperationaliseerd, zouden hiernaar moeten verwijzen. Als een indicator afgaat, zou je als inspectie de omgekeerde weg moeten bewandelen; de indicator verwijst naar bepaalde processen en daarom wordt hierop gefocust.

John denkt dat er in de huidige data veel meer uitkomstachtige data zitten. Volgens John kan er veel selectiever naar beschikbare indicatoren worden gekeken. Nu worden alle indicatoren op een rij gezet en wordt gekeken wat opvalt in vergelijking met het gemiddelde. Maar je zou ook kunnen kijken of er een relatie is tussen uitkomstachtige variabelen en wat er procesmatig gebeurt. Volgens John is er veel meer mogelijk met de beschikbare informatie.

Pieter zegt dat dit ook gebeurt. In de datawarehouse kan gebruik worden gemaakt van datamining; dit is een statistische tool om verborgen patronen te ontdekken. Als het lukt om een verborgen patroon te duiden heb je daar als toezichthouder wat aan. Het is wel zo dat dit systeem niet moet worden overschat; het blijft een hulpmiddel en signalen van de buitenwereld zijn minstens zo belangrijk. Wel

moet er volgens Pieter gezocht worden naar stevig materiaal voor het detecteren van risico's, maar dit is een flinke puzzel. Verder zegt hij dat je bij de Inspectie ziet dat zij in het begin van het kwaliteitsdenken erg focuste op systeemtoezicht. Een flink aantal jaren is daar op ingestoken. Het is gebleken dat dit geen garantie bleek voor goede zorg. Daarom heeft er een overgang plaatsgevonden om meer naar de zorg zelf te kijken; cliëntervaringen en uitkomsten. Wat je nu volgen Pieter langzamerhand ziet, is dat de Inspectie weer terug gaat naar systeem- en procesindicatoren, maar dat uitkomsten en ervaringen ook worden gebruikt. Met deze verschuivingen is het misschien simpeler om een risicomodel te krijgen.

Diana zegt dat wordt gewerkt met een instrumentarium dat beoogt een totaalbeeld van de kwaliteit van een instelling te geven. Maar volgens Diana heeft de inspectie eerder een early warning systeem nodig. Ze denkt dat dit ook een stuk simpeler kan. Kennelijk pikken klantervaringen, financiële data en misschien ziekteverzuim al dingen op die je in andere indicatoren nog niet terug vindt. Als voorbeeld noemt ze ziekenhuizen waarbij de operatiekamers worden gesloten door de Inspectie die bij de CQI meting al onderaan bungelden.

Pieter vindt dit een terechte opmerking. IRiS is ook uitdrukkelijk ontwikkeld om die kant op te gaan, het zal een early detection systeem worden. Pieter zegt wel dat je met oude data werkt en dat blijft een lastig punt.

Diana zegt dat de data wel oud zijn, maar dat deze data al wel juist signalen oppikken.

Caroline intrigeert het dat de inspectie, NZa en zorgverzekeraars een systeem aan het bouwen zijn. Ze zegt dat concurrentie innovatie op dit gebied stimuleert, maar ze vraagt zich wel af hoeveel er nu eigenlijk worden gebouwd?

Pieter zegt dat er al heel veel synergie is. Aan de andere kant moet je ook iets in handen hebben om te kunnen delen. Pieter zegt dat ze zicht wel bewust zijn dat er dubbel werk wordt verricht.

Barbara vraagt of er samenwerking wordt gezocht met zorgverzekeraars?

Pieter zegt dat de Inspectie een heel andere rol in het stelsel heeft. Ze hebben een keer de vraag gehad of zorgverzekeraars in het meldingssysteem kunnen kijken. Dit kan dus niet. Pieter zegt dat het belangrijk is om je eigen rol en positie in gedachte te houden.

Caroline zegt dat de CQI Ziekenhuizen 1 juni openbaar wordt en gebruikt kan worden. Caroline vraagt als het systeem uitontwikkeld wordt of dit ook openbaar is?.

Pieter zegt dat het de bedoeling is om een portaal in te richten, waarin informatie wordt teruggegeven aan het veld. Dit is dus openbaar, maar dit kan nog wel enige jaren duren.

Niek dankt Pieter voor het presenteren voor het model. Hij wordt wel zenuwachtig over de werkelijke robuustheid van het model als je kijkt wat de daadwerkelijke validiteit en betrouwbaarheid is van de indicatoren die erachter liggen en de arbitraire keuze in het wegingsmodel. Niek vindt het wel goed om dit alles op een overzichtelijke manier boven tafel te krijgen maar pleit er ook voor om goed na te denken hoe de bruikbaarheid van dit systeem is te koppelen aan observaties van inspecteurs. Niek geeft aan om uit te kijken om teveel aan het systeem te gaan hangen. Als voorbeeld noemt Niek de sterrensystematiek; het is op dit moment niet wetenschappelijk verantwoord om meer dan 3 sterren te presenteren (Inspectie gebruikt 7 sterren). Zo wordt er naar verschillen gezocht die er niet zijn. De scores en outliers hebben veel meer te maken hebben met toeval en spreiding en zwakte in methodiek van dataverzameling. Ten aanzien van de CQ-index zou Niek graag willen bevorderen om te gaan praten over de interpretatie van de sterren.

Pieter zegt dat met aggregatie een hoop toeval wordt weggehaald. Het is een opeenstapeling van signalen die een handvat geven voor de tweede fase. Verder zegt hij dat ze niet blind varen op dit systeem Het is een hulpmiddel en het is het beste wat er op dit moment is, maar nog niet goed genoeg. Tenslotte zegt Pieter dat hij ook niet zo blij is met de sterren. Hij zegt dat de sterren zoals zij die berekenen ook anders is dan bijvoorbeeld op kiesBeter.

Niek zegt dat het debat eerder zou moeten gaan over de betrouwbaarheid en validiteit van de indicatoren die je in het model stopt voor het detecteren van risico's, in plaats van hoe je de wegingsfactor moet doen. Voor Nieks gevoel is het nog niet zo ver.

PRESENTATIE: KLEINE STEEKPROEVEN EN VERGELIJKENDE ANALYSES. DE CQ-INDEX VERPLEGING, VERZORGING EN THUISZORG. DOLF DE BOER

Inhoud presentatie

Dolf vertelt dat de gewenste steekproefomvang niet altijd haalbaar is, maar dat metingen desondanks toch doorgaan. In de presentatie richt Dolf zich vooral op de vraag wat er gebeurt met de resultaten als de steekproefgrootte niet groot genoeg is (als het aantal ingevulde vragenlijsten te klein is). Als voorbeeld gebruikt hij gegevens uit de VV&T sector. Het effect van shrinkage schattingen (verschuiving van de gemiddelde score richting het totaal gemiddelde) in de analyses is bij instellingen met minder waarnemingen groter. Hierdoor scoren instellingen met minder waarnemingen vaker gemiddeld dan instellingen met meer waarnemingen. Er kan dus worden geconcludeerd dat goede en slechte prestaties van zorginstellingen met kleine aantallen niet goed zichtbaar zijn.

Vragen tijdens presentatie

Elske zegt dat het voor de discussie handig is om te weten wat de voorgeschreven steekproefgrootte is. Dolf zegt dat dit enorm varieert. Voor de VV&T zijn er 30 interviews nodig.

John vraagt zich af waardoor de grootte van de verschuiving wordt bepaald?

Dolf zegt dat als de data minder plausibel zijn en er minder waarnemingen zijn de verschuiving groter wordt.

Barbara zegt dat er overall sprake is van een even groot betrouwbaarheidsinterval. Dolf zegt dat dit puur illustratief is in deze presentatie.

Elske vraagt zich of shrinkage hetzelfde is als empirical base?

Dolf zegt dat dit inderdaad een andere benaming hiervoor is.

Discussie

John vraagt zich af welk risico erger is. Is het erger dat je een gemiddelde instelling afwijkend noemt of dat je een afwijkende instelling gemiddeld noemt. Volgens John is dit ook afhankelijk van het doel en welk type risico je meer gewicht wilt geven. John vraagt zich af hoe deze methodiek daarin werkt? Dolf zegt dat algoritmen voor ieder gebruiksdoel moeten worden aangepast; er moet worden gekeken over de gehele linie. Er is aansluiting bij de internationale literatuur en vandaar is gekomen tot deze methode. Dit neemt volgens Dolf niet weg dat hierover een hoop te discussiëren valt.

John vraagt hoe je dit uit kan leggen aan zorgverzekeraars?

Dolf zegt dat er een kans bestaat dat een kleine instelling het slechter doet, maar door het kleine aantal waarnemingen deze gemiddeld is geclassificeerd.

Mattanja zegt dat dit ook een goede reden kan zijn om gecorrigeerde en ruwe scores te geven.

Dolf zegt dat de ruwe gemiddeldes, gecorrigeerde scores, vergelijkingsinterval en aantal waarnemingen kunnen worden gegeven, maar dat er echt nog een slag moet worden gemaakt om echt te begrijpen wat er aan de hand is.

John vraagt zich af wat je met aggregatie mag doen. Kun je niet iets zinvollers zeggen als op hoger niveau wordt gekeken, in plaats van op het niveau van de organisatorische eenheid? Wat kun je hiermee?

Mattanja zegt dat dit afhankelijk is van het doel. De inspectie is bijvoorbeeld geïnteresseerd op concernniveau.

Niek zegt dat je afhankelijk van je gebruiksdoel ook terug kunt kijken of de analysemethode de juiste is. Als je op zoek bent naar specificiteit in plaats van klanteninformatie, maakt dit dan iets uit? Neem je liever het risico dat je een aantal instellingen ten onrechte als slecht presenteert of heb je liever dat er 10 in het gemiddelde gestopt zijn en je pas iets ziet als er ongelukken gebeuren?

Diana zegt dat hier 1 belangrijk argument tegen in te brengen is. Als de Inspectie dit zou doen zijn de gegevens openbaar, en kan dit ook door het AD gebruikt worden. Dan ben je consumenten aan het misleiden.

Niek zegt dat Dolf nu laat zien dat de gekozen analyse aanpak ertoe bijdraagt dat je een grotere kans hebt dat goede/slechte eenheden in het gemiddelde terecht komen. Vanuit het perspectief van klanteninformatie is dit een goede keuze. Je krijgt hierdoor niet het verkeerde beeld dat instellingen ten onrechte slecht of goed zijn

Maar wat als je als inspectie het omgekeerde doel hebt? Vroegtijdig de slechte eruit pikken. Moet ik dan een andere methode gebruiken?

Dolf denkt dat dit heel verdedigbaar is. Voor andere gebruiksdoelen moet je misschien dieper de informatie induiken.

Niek zegt dat dit ook betekent dat de Inspectie ook deze basisinformatie moet hebben.

Elske zegt dat als je deze techniek toepast, je de kans op toeval eruit haalt. Hierdoor ga je wel meer terecht op bezoek bij instellingen.

Dolf denkt dat de uitbijters die er nog inzitten na de analyse interessant kunnen zijn voor de IGZ. Dolf zegt ook dat kleine eenheden vaak een gemiddelde score krijgen. Dat is lastig. Je kunt geen betrouwbaar verschil meten met de rest in deze gevallen. Dit is een argument om te proberen om de steekproeven zoveel mogelijk gelijk te houden.

Ella zegt dat ze onderzoek uitvoeren in dialysecentra. Ze hebben daar ook te maken met veel kleine onderzoeksgroepen. Een meetinstrument dat ze ontwikkeld hebben is nog niet geschikt voor vergelijking, omdat de eenheden niet groot genoeg waren. Het doel is om informatie aan te leveren aan de centra. Individuele dialysecentra hebben niets aan de resultaten van bijv. 4 centra samen. Ze willen gewoon weten hoe het op hun locatie is. In zoverre is het dus niet geschikt voor benchmarking, maar het is wel degelijk geschikt voor individuele centra. Hierbij hangt wel de vraag samen, hoeveel mensen je minimaal per centrum nodig hebt om toch nog betrouwbare resultaten op te leveren.

John zegt dat als je kwaliteit wilt verbeteren de informatie van 1 patiënt al voldoende kan zijn.

Elske zegt dat de overheid ook veel instellingen verplicht om kwaliteitsinformatie te leveren. Dan kunnen wij wel zeggen dat je een instelling pas mag beoordelen als deze groot genoeg is, maar als dat onderscheid landelijk niet wordt gemaakt dan hebben we ook te maken met deze kleine instellingen. John zegt dat er veel meer voorlichting kan worden gegeven op sites, dat de resultaten ook door toeval kunnen worden bepaald.

Elske zegt dat de instelling dit niet wil.

Mattanja zegt dat het sneu is dat kleinschalige woonprojecten denken dat ze betere kwaliteit leveren, maar dit niet terug zien in de scores. We moeten niet vergeten dat het uitmiddelen ook geldt voor de positieve instellingen.

Caroline is het met John eens om duidelijk aan te geven wat de informatie voorstelt. Verder zegt ze dat Miletus de algemene ziekenhuizen meet. De algemene ziekenhuizen discrimineren duidelijk. We zien dus heel significante verschillen die ook stabiel zijn. Dus de ziekenhuizen waar later blijkt dat er echt iets niet pluis is, die zie je al heel lang in de patiëntervaringen terug.

Mattanja zegt dat daar dit probleem niet speelt.

Caroline haakt in op het feit dat gezegd wordt om organisatie-eenheden samen te voegen en dat dit niets zegt over de eigen eenheid. Toch geeft het iets weer wat organisatie-eigen is.

Elske zegt dat dit kan als je kan aggregeren.

John zegt dat ze in Engeland soms meerdere jaren samenvoegen als oplossing.
Elske zegt dat je dan in feite de hele Nederlandse bevolking aan het uitvragen bent.
Niek heeft ook een vraag over het meten over meerdere jaren. Hoe krijg je dit statistisch nog in een benadering. Mag dit?

Dolf zou zich kunnen voorstellen om per instelling per jaar een x aantal personen at random mee te nemen in een schatting.

Diana zegt dat zo'n soort verhaal ook speelt bij de kraamzorg. Je zou kunnen kiezen voor een continue meting waarbij je bijvoorbeeld kiest voor de laatste 150 cliënten. Bij een grote instelling zijn deze bijv. uit de laatste 3 maanden en bij een kleine instelling uit de laatste 3 jaar.

John zegt dat zorgverzekeraars iets aan deze informatie hebben. Het zijn dan toch een beetje vergelijkbare eenheden.

Danielle zegt dat dit bij de GGZ niet gaat werken; dan meet je dezelfde personen.

Elske vraagt zich af of deze methodiek dan ook kan zorgen voor een kleinere N?

Dolf zegt dat de steekproefgroottes die worden berekend in CQI trajecten zijn gebaseerd op het soort modellen die vandaag zijn besproken.

Barbara vindt het idee van Mattanja mooi om voor verbeterinformatie zowel de ruwe als gecorrigeerde gegevens aan te leveren.

Mattanja zegt dat als je niet aan het benchmarken bent, je juist de ruwe gegevens wilt bekijken.

Elske vraagt zich af wat je dan naar buiten toe presenteert (zorgverzekeraars/Inspectie)? Krijgen die dan allebei of 1 van beide?

Mattanja zegt dat je eigenlijk voor de uitschieters in negatieve zin een soort signaal af moeten geven (bijv. een uitroepteken) wat betekent: De ruwe score laat een beduidend lagere score zien, bij de gecorrigeerde scores is dit niet meer zichtbaar. Dus, houd dit in de gaten.

John zegt dat zorginkopers niet alleen inkopen op CQI informatie. Het is één van de informatiebronnen die men gebruikt. De CQI meting is maar een soort thermometer of er iets opvalt aan de kwaliteit.

Elske zegt dat dezelfde discussie wordt gevoerd over indicatoren van Zichtbare Zorg.

Barbara denkt dat het de transparantie ten goede komt als de ruwe en gecorrigeerde data wordt getoond.

Niek vindt het prima om ruwe en gecorrigeerde data te gebruiken afhankelijk van het gebruiksdoel. Voor kwaliteitsverbetering zou beide data gebruikelijk zijn. Maar voor kiesBeter, is het dogma om betekenisvolle verschillen in kwaliteit te laten zien. Daar kan Niek zich voorstellen dat het volstaat om de informatie te laten zien zoals die nu berekend wordt.

Marieke zegt dat vanuit gebruikersperspectief je alleen de 3 sterren moeten laten zien en niet met uitroeptekens moet gaan werken. Je moet alleen data laten zien waar je iets over kan zeggen.

Caroline zegt dat het vaak gaat over echt hele kleine eenheden. Je zou toch ook gewoon een paar gesprekken met familieleden van andere mensen die daar wonen kunnen houden? Hierdoor krijg je ook een hele goede indruk.

Niek zegt dat je inderdaad ook graag casusverhalen wilt horen. Niek denkt dat je ook eerder die kant uit moet gaan, in plaats van eindeloos proberen dit in statistische modellen uit te zoeken.

Marieke zegt dat instellingen moeten meten als ze 10 of meer cliënten hebben, maar dat informatie pas wordt gepresenteerd als er 10 respondenten zijn. Dit betekent dus dat er soms een 100% score moet zijn. Wordt hier over nagedacht?

Volgens Dolf ligt het iets anders. Je kan meten als er tussen de 10 -15 cliënten zijn en als je 100% respons verwacht. Boven de 15 is het pas verplicht. Dolf hoort hierbij dat het weinig mis gaat.

Mattanja heeft nog 1 opmerking. Een heleboel thema's hebben vaak betrekking op deelpopulaties. Een minimale ondergrens is daarom ook heel belangrijk. Je zou hier heel pragmatisch mee om kunnen

gaan. Dit geldt niet zozeer voor de VV&T lijsten, maar bijv. wel voor andere lijsten die thematisch zijn (bijv. revalidatie bij CVA).

Niek concludeert dat voor consumenteninformatie deze methode heel goed te verdedigen is; je laat pas verschillen zien als ze er statistisch zijn. De prijs die je hiervoor betaalt, is dat een aantal kleine instellingen nu gemiddeld scoren, maar het omgekeerde zou een vertekend beeld opleveren. Het punt wat hier wel wordt gemaakt is dat sommige gebruiksdoelen anders zijn: voor signaleren mag je best een aantal vals positieven hebben, maar de echt positieven wil je eruit filteren. De ten onrechte vals positieven neem je op de koop toe. Voor interne kwaliteitszorg wil je juist zichtbaar maken wie het goed doet, zodat je positief kan bekrachtigen. Het is uiterst demotiverend als iemand zijn uitstekende best doet en het ook goed doet, maar door een statistisch foefje dit niet duidelijk wordt. Het is moeilijk om dit netjes, gedifferentieerd te doordenken. Niek pleit ervoor om te denken vanuit het gebruiksdoel; als je dat niet als de basis neemt voor de rest van de redenering loop je vast. Dus voor consumenten informatie is deze keuze volledig legitiem, maar voor andere doelen zou je best aanvullende gegevens willen laten zien.

Niek dankt Dolf voor zijn heldere toelichting.

AFSLUITING

INTERESSANTE ONDERWERPEN VOOR VOLGENDE CQI FORA

Ziekenhuispilot (Miletus) (na de zomer)

Excellente zorg (Miletus) (na de zomer)

VOLGEND CQI ONDERZOEKERSFORUM

Dinsdag 7 september; 10.00-13.00 uur. Locatie wordt nader bekend gemaakt
