

# Koersnotitie prestatie-indicatoren GGZ

PLEXUS<sup>®</sup>

Breukelen, 14 januari 2010

Marc Berg  
Stef Groenewoud



# Inhoud

Conclusies en aanbevelingen

Aanleiding

Vraagstelling

Aanpak

Interpretatiekader

Bevindingen en nadere analyse

# Conclusies

- **Plexus constateert opvallend veel overeenstemming tussen partijen over de gewenste toekomstige ontwikkeling van de basisset prestatie indicatoren;**
  - Set is in de basis (kwaliteitsdomeinen en –onderwerpen) bruikbaar;
  - Set ook niet (voortijdig) afdanken: er is voorlopig geen alternatief;
  - Set moet meer zeggingskracht krijgen; meer transparantie opleveren;
  - Doorontwikkelen naar stoornis- en/of zorgproduct specifieke indicatoren;
  - Beperking aantal indicatoren
  - Meer eenduidigheid in meetinstrumenten en meetprocedure;
  - Beperking registratielast en aansluiten bij primaire proces
  - Vergelijking van prestaties moet beter mogelijk worden, dus beter rekening houden met vertekenende variabelen;
  - ... op een aggregatieniveau dat ook echt inzichten oplevert voor informatievragende partijen (dus niet op concern- of instellingsniveau)
  
- **Dit leidt tot de conclusies en aanbevelingen t.a.v. de onderzoeksvragen op de volgende pagina's.**
  
- **Let op: werken aan betere validiteit, vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid werkt alleen indien achterliggende issues worden aangepakt**
  - Definities, wetenschappelijke onderbouwing, meting en registratie, etc.

# Conclusies en bijbehorende aanbevelingen (1)

## Conclusies:

- Basisset bevat belangrijke geschikte elementen (domeinen, indicatoren)
- Is enerzijds te a-specifiek
- Anderzijds te specifiek aanbodgericht
- Set is te omvangrijk, sommige indicatoren hebben nauwelijks zeggingskracht, andere ontbreken
- Teveel vrijblijvendheid meetprocedure, meetinstrumenten, -methoden
- Teveel foutkans en variatie bij genereren data op instellingsniveau. Bovendien te weinig inzicht in kenmerken cliëntenpopulatie met het oog op (casemix)correctie.
- Rapportage en transparantie op instellings- of concernniveau levert niet voldoende inzicht op voor informatievragende partijen

## Aanbevelingen:

- Basisset voorlopig als basis koesteren
- Ontwikkeling stoornis- of zorgproductspecifieke indicatoren<sup>1</sup>
- Stop verbijzondering naar specifieke aanbieders of zorgsettings
- 'Pel' basisset uit tot een kern van enkele krachtige generieke (uitkomst) indicatoren<sup>2</sup>
- Stel meetinstrumenten, -methode en -procedure zoveel mogelijk vast (geldt iig voor effectiviteit en klantervaring).
- Indicatoren waarvoor correctie nodig is op cliëntniveau registreren. Daartoe dicht aansluiten bij primaire proces en daaring routinematig (uitkomsten) metingen inbedden.
- Naar juist aggregatieniveau voor rapportage en transparantie: afdalen naar geschikte professionele eenheid die ook voor klanten, zorginkoper en toezichthouder interessant zijn<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Zie voor nadere uitwerking Bijlage 1.

<sup>2</sup> Zo kunnen de procesindicatoren met de vraag of uitkomstmetingen bij cliënten plaatsvinden, vervallen als gegevens over die uitkomsten worden opgevraagd

## Conclusies en bijbehorende aanbevelingen (2)

### Conclusies:

- Cliëntgerichtheid komt als thema nog onvoldoende eenduidig aan bod. Mede door diversiteit en vrijblijvendheid instrumenten
- Veel onduidelijkheid over wie wanneer welke informatie verlangt. Ook onrust over eigenaarschap, privacy etc.

### Aanbevelingen:

- Maak duidelijke keuze voor 1 standaard instrument met specifieke uitwerkingen voor div. zorgsettings. Realiseer dat dat de standaard wordt.
- Realiseer duidelijk, jaarlijks terugkerend draaiboek, met 1 aanlevermoment, controlemoment en duidelijkheid over diverse plaatsen en vormen van publicatie. Leg gebruik data vast in dataprotocol

# Concrete voorstellen in de tijd

- **Genoemde aanbevelingen kunnen niet allen tegelijkertijd worden gerealiseerd. Plexus stelt voor gefaseerd aan te pakken:**
- **Vóór set 2010:**
  - ontdoe de basisset van indicatoren met onvoldoende zeggingskracht
  - maak instrumentarium en meetprocedure voor overgebleven indicatoren eenduidig (vooral uitkomstindicatoren en klantervaringsindicatoren)
  - voer een pilot uit (bijvoorbeeld met koplopers ROM), waarbij i.i.g. indicatoren waarvoor correctie nodig is op cliëntniveau geregistreerd en aangeleverd worden;
  - Doe ervaring op met benutten ROM hiervoor
  - Voer (casemix)correctie state of the art uit (resultierend in regressiemodel met relevante confounders);
  - stel t.b.v. eenduidigheid en privacy goed dataprotocol op
- **Vóór set 2011:**
  - ontwikkel stoornis- of aandoeningspecifieke indicatoren
  - verbreed het registreren op cliëntniveau landelijk (liefst via ROM methode) en
  - verbeter de (casemix)correctie verder (ook voor stoornisspecifieke indicatoren)
- **Vóór set 2012:**
  - meten en aanleveren van stoornis- of aandoeningspecifieke set op cliëntniveau<sub>6</sub>

# Inhoud

Conclusies en aanbevelingen

**Aanleiding**

Vraagstelling

Aanpak

Interpretatiekader

Bevindingen en nadere analyse

# Aanleiding

- **Al sinds 2007 metingen met basisset PI-en in de GGZ**
- **Tegenvallende bruikbaarheid informatie voor**
  - Zorginkopers
  - Cliënten
  - Zorgaanbieders
  - Toezicht (IGZ)
- **Dit terwijl noodzaak tot transparantie verder toeneemt:**
  - Overheveling GGZ verstrekkingen naar ZvW en WMO
  - Te verwachten liberalisering prijzen GGZ verstrekkingen
  - Te verwachten pay for performance (1/1/'11 ?)
- **Proces Stuurgroep Transparantie GGZ dreigt vast te lopen**
  - Er is een procesanalyse gemaakt. Wat ontbreekt is:
    - Gezamenlijke visie
    - Eenduidige afspraken over eigenaarschap data, kostenvergoeding CQ, indicatoren;
    - Bestuurlijk niveau
    - Vertegenwoordiging VWS
    - Rem op / beperking van het aantal deelnemers; balans belangen etc.
    - Regie op / begeleiding bij het proces door Zichtbare Zorg.



# Inhoud

Conclusies en aanbevelingen

Aanleiding

**Vraagstelling**

Aanpak

Interpretatiekader

Bevindingen en nadere analyse

# Vraagstelling

- Hoe dient de transparantie over kwaliteit t.b.v. keuze-, sturing-, verbeter-, verantwoording-, en zorginkoop-, en verantwoordingsinformatie in de GGZ te worden ingericht voor de korte en de lange termijn?

## ***Ofwel:***

- Hoe moeten de basisset en subsets er uit zien in de GGZ voor de verslagjaren 2010, 2011 en 2012? En welke stappen zijn nodig om dat te realiseren?

## ***Deelvragen:***

1. Hoe kan de registratie en aanlevering van de huidige set worden verbeterd?
2. Hoe kan de huidige set worden verdiept naar uitvraag op aandoening/DBC-niveau?
3. Hoe kan de set inspelen op toekomstige ontwikkelingen zoals een mogelijke integratie met ROM?

# Inhoud

Aanleiding

Vraagstelling

**Aanpak**

Interpretatiekader

Bevindingen en nadere analyse

Conclusies en aanbevelingen

# Aanpak

- **Analyse bestaande onderzoeksrapporten**
  - Evaluatie TRANZO
  - Evaluatie MediQuest
  - Plexus
    - Vergroten vergelijkbaarheid prestatie-indicatoren GGZ
    - Indicatoren voor PAAZ/PUK
- **Gespreksronde langs 6 partijen Stuurgroep:**
  - LPGGZ
  - ZN (ZN wilde niet aan dit onderzoek meewerken)
  - GGZ Nederland
  - IGZ
  - VWS
  - NvVP
- **Inbreng eigen expertise onderzoekers**

# Inhoud

Conclusies en aanbevelingen

Aanleiding

Vraagstelling

Aanpak

**Interpretatiekader**

Bevindingen en nadere analyse

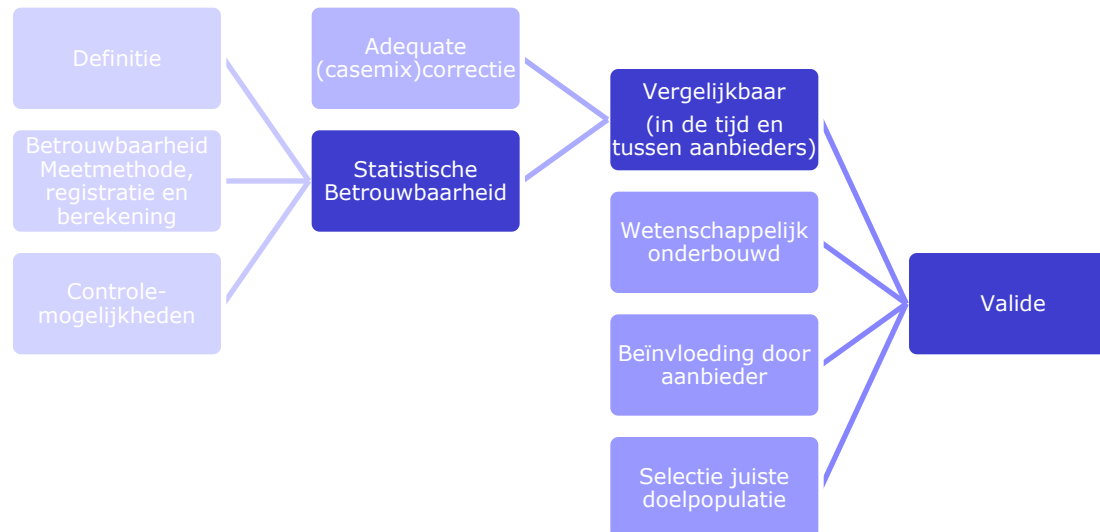
# Interpretatiekader

Om transparantie van kwaliteit te optimaliseren (zie vraagstelling) dient aan een aantal belangrijke randvoorwaarden te worden voldaan:

- Betrouwbaarheid:** Is er sprake van juiste en volledige meting, waardoor de meetresultaten tussen aanbieders vergelijkbaar zijn en herhaalde meting tot vergelijkbare meetresultaten zou leiden? Betrouwbaarheid is hierbij een resultante van drie criteria (zie figuur), waarbij de uiteindelijke mate van betrouwbaarheid afhankelijk is van de zwakste schakel. Dat wil zeggen: een goede definitie en heldere berekeningswijze leidt niet tot een betrouwbare indicator als de meetinstructie zwak is. En andersom: een hoge betrouwbaarheidsscore betekent dat alle criteria hoog scoren.
 

**NB.** De methodiek die Zichtbare Zorg hanteert voor de beoordeling van de kwaliteit van de aangeleverde data (Significant, 11 augustus 2009), maakt onderscheid tussen betrouwbaarheid van het registratieproces en de statistische betrouwbaarheid (is er precies gemeten?). In relatie tot onderstaand figuur is de statistische betrouwbaarheid niet alleen een resultante van het meetproces maar ook van de eenduidigheid in definities en van de mogelijkheden die professionals en instellingen hebben om de gemeten waarden te controleren.
- Vergelijkbaarheid:** Zijn (of kunnen) de meetwaarden gecorrigeerd (worden) voor die factoren waarop de aanbieder geen invloed heeft? Vergelijkbaarheid is een resultante van de betrouwbaarheid van de indicator als ook van de mate waarin correctie (indien nodig) adequaat en zonder vertekening (bias) is toegepast.
 

**NB.** De genoemde ZiZo-methodiek ter controle van de kwaliteit van data, maakt nog onderscheid tussen vergelijkbaarheid tussen aanbieders en vergelijkbaarheid in de tijd. In onderstaand schema nemen we dit samen. Verandering van definities leidt bijvoorbeeld tot slechte vergelijkbaarheid in de tijd.
- Validiteit:** meten de indicatoren wat zij beogen te meten? Validiteit is een resultante van de vergelijkbaarheid van de indicator in combinatie met de wetenschappelijke onderbouwing, de beïnvloedbaarheid van de uitkomsten door de aanbieder en de juiste selectie van de doelpopulatie.



# Inhoud

Conclusies en aanbevelingen

Aanleiding

Vraagstelling

Aanpak

Interpretatiekader

**Bevindingen en nadere analyse**

# Bevindingen

Plexus signaleert belangrijke uitdagingen voor het functioneren van de Basisset GGZ, elk gerelateerd aan elementen van het interpretatiekader. Deze uitdagingen verklaren de huidige onvrede met de inhoud en de opbrengsten van de basisset. Niet aanpakken hiervan leidt tot blijvende slechte betrouwbaarheid, vergelijkbaarheid en validiteit.

- **Huidige basisset PI-en GGZ**

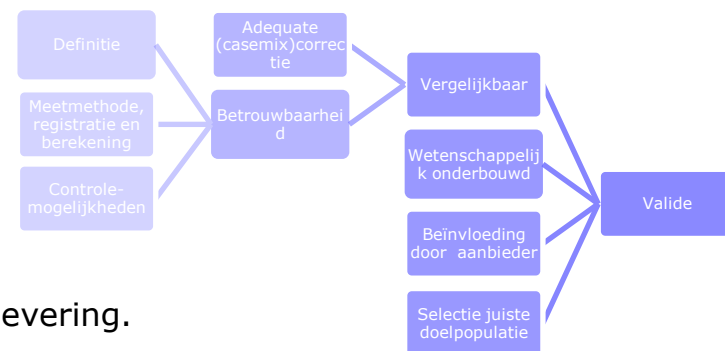
- *Validiteit*: juistheid en onderbouwing indicatoren, omissies.
- *Betrouwbaarheid*: definities.

- **Huidige wijze meten en aanleveren**

- *Betrouwbaarheid*: meetmethode, registratie, aanlevering.

- **Vergelijkbaarheid basisset-data**

- *Vergelijkbaarheid*: Adequaatheid (casemix)correctie, aggregatieniveau meten en rapporteren



**Daarnaast speelt een aantal kwesties dat ook aandacht behoeft in het kader van de onderzoeksvraag:**

- Aanpalende initiatieven zoals ROM, KZN
- Regie vraagstuk in de Stuurgroep GGZ

Hieronder worden bovenstaande punten nader uitgewerkt.



# Bestaande basisset PI-en GGZ

- **Qua onderwerpen / domeinen is de set als basis geschikt:**
  - Effectiviteit, veiligheid, cliëntgerichtheid staan centraal
- **Domein cliëntgerichtheid niet eenduidig bemeten**
  - 3 mogelijkheden: CQ (kortdurende amb. zorg), thermometer, eigen lijst
  - Door gebrek aan keuze op dit vlak: klantervaringen nog teveel onderbelicht
- **Eerdere rapporten (MediQuest, TRANZO) deden suggesties ter verbetering inhoud en proces. Deze zijn niet of nauwelijks doorgevoerd**
  - Leidt tot frustratie bij SG-partijen
  - Leidt tot toenemende kritiek (bij aanbieders) op geschiktheid basisset.
- **Kritiek op specifieke indicatoren. Bijvoorbeeld:**
  - Herhaalopnames (te lage N)
  - Dropouts (te lage N)
  - Rehabilitatie (ontbreekt een goede indicator voor)
  - Ervaren kwaliteit van leven (vrijblijvendheid m.b.t. meetinstrumentarium)
  - Separatie (Geen goede info over. Systeem Argus wordt niet benut)
- **Set is a-specifiek en proces-georiënteerd :**
  - Niet aandoening-, stoornis-, of diagnosespecifiek (zie bijv. ziekenhuizen)
  - Aanbodgerichte subsets (PAAZ/PUK; vrijgevestigden) versterken probleem (en zijn hier ook een uiting van).
  - Sterk procesgeoriënteerd.  
Bijv. "% cliënten waarbij verbetering (gemeten) " i.p.v. "daadwerkelijk gemeten verbetering bij clientgroep x".

- **Set wordt als te omvangrijk ervaren**



# Huidige wijze van meten en aanleveren

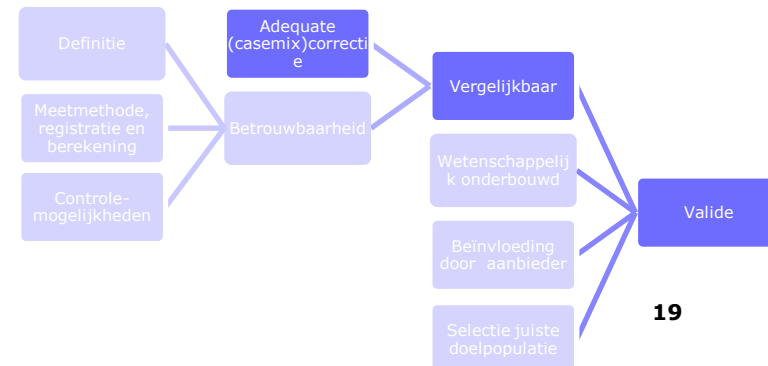
- **Dataprotocol ontbreekt, waardoor onnodige discussies over privacy, eigenaarschap**
- **Veel onduidelijke definities; leidt tot interpretatieverschillen.**
- **Veel diversiteit in schalen, meetinstrumenten etc.**
  - Bijv. GAF scores, separeer-registraties, assessment of needs scales,
- **Geen duidelijkheid over wie welke data wanneer vraagt**
- **Draagvlak voor de set onder zorgaanbieders lager dan ooit:**
  - Achterhalen data en aanleveren wordt vooral als registratielast ervaren
  - Dit heeft nadrukkelijk te maken met feit dat het 'erbij komt' en nauwelijks een 'upside' heeft: bruikbaarheid is laag (zie verderop).
- **Instellingen achterhalen complete tellers en noemers uit bestaande registraties en leveren deze aan**
  - Grote foutkans bij berekeningen
  - Bronnen voor data verschillen
- **Informatievragende partijen teleurgesteld in data:**
  - Tijdigheid: lage discipline in tijdig aanleveren
  - Volledigheid: diverse zorgaanbieders leveren nog altijd niet (volledig) aan. Teleurstelling informatie vragende partijen over feit dat ZiZo geen regie voert / vuist maakt t.b.v. afdwingen aanlevering.
  - Geringe discipline aanlevering is opvallend in vergelijking tot andere sectoren bijv. VV&T.



# Vergelijkbaarheid basisset-data

## Vergelijkbaarheid data PI-en basisset GGZ slecht<sup>1</sup>

- **Huidige vorm van standaardisatie resultaten volstaat niet**
  - Indicatoren worden gestratificeerd naar diagnosegroep aangeleverd
  - Leidt tot zeer lage 'N' per groep per instelling
  - Naast diagnose zijn er nog andere confounders
  - Hierover zijn geen data beschikbaar. Er vindt dus ook geen correctie plaats.
- **Aggregatieniveau van meten, aanleveren en rapporteren**
  - Aanleveren en rapporteren gebeurt op instellingsniveau. Zeker bij grote concerns biedt dit te weinig transparantie;
  - Cijfers t.b.v. indicatoren verzamelen instellingen ook op geaggregeerd niveau (complete tellers en noemers).
  - Er kan zodoende niet naar diepere niveaus (locatie of een geschikte andere, veelzeggende professionele eenheid) worden 'ingezoomd'.
- **Levert uiteindelijk niet benodigde *spiegel*informatie voor**
  - aanbieders zelf
  - Zorginkopers
  - Toezichthouder(s)
  - Cliënten



<sup>1</sup> zie ook rapporten TRANZO, MediQuest, Plexus

# Aanpalende initiatieven

Plexus constateert dat er initiatieven door veldpartijen worden genomen, (zorgaanbieders zelf of door verzekeraars) die draagvlak hebben en in de toekomst mogelijk (mede) een oplossing kunnen vormen voor de geconstateerde problemen:

- **ROM(-database) GGZ Nederland**

- Initiatief GGZ NL om *effectiviteit* van de behandeling inzichtelijk te maken;
- Uitvoeren voor- en nametingen levert behandelinformatie aan behandelaar
- Kent verder drie deelprojecten:
  - Deelproject ROM implementatie: implementatie van ROM binnen GGZ instellingen;
  - Vergelijkbaarheid: bevorderen vergelijkbaarheid meetinstrumenten voor ROM;
  - Centrale gegevensverzameling: ontwikkeling landelijke database voor centraal verzamelen van ROM gegevens
- Kwestie is of dit oorspronkelijk door wetenschappers geïnitieerde instrument, dat vooral de behandeling moet ondersteunen (intern gebruik), extern inzetbaar is: zorginkoop, verantwoording, keuze-informatie.
- Issues die dan spelen zijn: bij wie wel/niet meten, welke frequentie etc.
- Volgens veldpartijen op termijn bruikbaar als bron voor uitkomstindicatoren basisset

- **KZN**

- Trusted Third Party (TTP) om uitkomstgegevens (ROM gegevens) voor zorgaanbieders te bewerken, vergelijken en te benutten voor zorginkoop

# Regievraagstuk Stuurgroep Transparantie GGZ

- **Stuurgroep wordt als niet slagkrachtig ervaren**
  - Teveel partijen
  - Teveel discussie over teveel indicatoren
- **Veldpartijen ervaren gebrek aan regie van één partij die ook kan afdwingen dat partijen zich aan afspraken houden**
  - Speerpunten en visie voor 2010, 2011, 2012
  - Gebruik eenduidige instrumenten
  - Realiseren en handhaven dataprotocol
  - Zorgen / afdwingen dat aanbieders daadwerkelijk data gaan leveren

## Bijlage 1:

### Aandachtspunten verbijzondering naar aandoenings- of stoornisspecifieke indicatoren

#### Huidige situatie:

- **Huidige set bestaat uit generieke indicatoren**
- **Sommige schalen (bijv. HONOS) zijn specifiek voor een (groep) aandoening(en).**
  - Dus: wel enkele aandoeningsspecifieke *meetinstrumenten*
- **Daarnaast worden resultaten aandoeningsspecifiek geïnterpreteerd (m.b.v. diagnosegroepen).**

#### Toekomst:

- **Twee wenselijke ontwikkelingen tekenen zich af:**
  - Sommige generieke indicatoren kunnen voor bepaalde aandoeningen *meer of minder gewicht* krijgen (bijv. 'recidive' is een indicator die voor meerdere aandoeningen relevant is, maar voor aandoeningen met levensbedreigende episoden (crisissituaties) extra van belang kan zijn. Er zit dan immers ook een veiligheidselement aan.
  - Het is wenselijk om (analoog aan de indicatoren in de ziekenhuiszorg) enkele aandoenings-, of stoornisspecifieke indicatoren te ontwikkelen (angstschalen bij angststoornissen, zelfredzaamheid-indicatoren bij aandoeningen waar 'grip op eigen leven' belangrijk behandeldoel is).
  - Voordeel hiervan is dat de kwaliteitsinformatie veel dichter aansluit op het gevraagde/geleverde 'zorgproduct' .
  - Uitdaging is de vraag hoe om te gaan met lage aantallen metingen ('N') per aandoening/stoornis.