

TNO-rapport

KvL/P&Z 2008.112

Indicatoren infectieziektebestrijding GGD-en

Datum	April 2009
Auteur(s)	W. Davidse G. Dik L.M. van Herten
Projectnummer	031.13276
Aantal pagina's	26 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
1.1	Achtergrond.....	3
1.2	Doel	3
2	Opzet van het project	4
2.1	Besluitvorming door werkgroep	4
2.2	Betekenis indicatoren.....	4
2.3	Wijze van selectie	5
3	Door de werkgroep vastgestelde indicatoren.....	7
3.1	Zelf ontwikkelde indicatoren	7
3.2	De IGZ-indicatoren.....	14
4	Onderbouwing indicatoren	16
4.1	Door werkgroep ontwikkelde indicatoren.....	16
4.2	Samenvattende tabel	20
4.3	IGZ-indicatoren	21
4.4	Onderwerpen die zijn afgevallen	21
5	Aanbevelingen werkgroep.....	23
	Bijlage(n)	
	A Indicatoren	
	B AIRE Instrument Appraisal of Indicators through Research and Evaluation	

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Sinds enige tijd wordt door GGD Nederland een benchmark GGD uitgevoerd. Hierin worden prestaties van de deelnemende GGD'en vergeleken op enkele kwaliteitsaspecten: doelmatigheid, medewerkerstevredenheid en cliëntenoordeel. Doel van deze benchmark is het verkrijgen van meer inzicht in de kwaliteit van de dienstverlening en het inzichtelijk maken van 'good practices'.

In aanvulling hierop is in 2007 door GGD Nederland en ActiZ in het kader van het ZonMw programma Beter Voorkomen een benchmarkinstrument voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontwikkeld. Dit benchmarkinstrument bestaat uit een viertal bouwstenen, te weten: financieel, medewerkerstevredenheid, klanttevredenheid en zorguitkomsten. Voor ieder van deze bouwstenen zijn indicatoren ontwikkeld die inzichtelijk moeten maken wat de kwaliteit van de dienstverlening is. Het is de bedoeling om deze indicatoren te integreren in de bestaande benchmarkinstrumenten van GGD Nederland en ActiZ (dus in de benchmark GGD en de benchmark VVT). Voor de benchmark GGD betekent dit dat voor het eerst naar zorguitkomsten voor de JGZ gekeken wordt.

In navolging van de ontwikkeling van indicatoren voor zorguitkomsten JGZ, heeft GGD Nederland de wens uitgesproken ook indicatoren te willen ontwikkelen voor andere taakvelden binnen de GGD. Dit zal eveneens binnen het programma Beter Voorkomen gebeuren. Bij de keuze voor een taakveld is besloten om allereerst te focussen op een taakveld waarbinnen ook daadwerkelijk directe zorg aan cliënten verleend wordt (dit is niet voor alle taakvelden het geval). Verder is rekening gehouden met de aanwezigheid van landelijke consensus over de uit te voeren werkzaamheden (aangezien vergelijking anders lastig wordt). Tot slot is gekeken of binnen het taakveld voldoende aanknopingspunten voor verbetering zijn. Bovenstaande zaken afwegende, is de keuze op Infectieziektebestrijding gevallen.

1.2 Doel

Doel van dit project is het ontwikkelen van een beperkte set van indicatoren voor het taakveld Infectieziektebestrijding binnen de GGD.

De indicatoren dienen zoveel mogelijk een afspiegeling te vormen van het proces en de uitkomsten van de zorg. De indicatoren worden ontwikkeld ten behoeve van de benchmark GGD en dienen inzicht te geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarnaast dienen ze 'good/best practices' te kunnen identificeren, zodat GGD'en van elkaars prestaties kunnen leren.

Een uitdrukkelijk uitgangspunt, zowel bij het begin van het project als tijdens de uitvoering is dat zoveel mogelijk zou worden aangesloten bij reeds bestaande indicatoren en dat aspecten van praktische haalbaarheid en belastbaarheid zwaar zouden wegen.

2 Opzet van het project

2.1 Besluitvorming door werkgroep

Het is van groot belang dat indicatoren in nauwe samenspraak met het veld ontwikkeld worden. Daartoe heeft GGD Nederland een werkgroep geformeerd van GGD medewerkers die op het terrein van infectieziektebestrijding werkzaam zijn.

Leden van de werkgroep (in alfabetische volgorde):

Lian Bovee, sociaalverpleegkundige/gezondheidswetenschapper GGD Amsterdam

Ans Brendel, sociaalverpleegkundige GGD Eemland

Sandra van Dam, gezondheidswetenschapper GGD Hart van Brabant

Geert van Dijk, arts infectieziektebestrijding GGD West Brabant

Judith Klomp, arts infectieziektebestrijding GGD Gelre-IJssel

Ria Veldkamp, stafmedewerker kwaliteit GGD Zuid-Limburg

Dinie Wijnberger, sociaalverpleegkundige GGD Gelre-IJssel

Sylvia Commandeur, projectleider namens GGD Nederland. Namens TNO Kwaliteit van Leven (TNO KvL) werden de vergaderingen bijgewoond door de onderzoekers: Loes van Herten, (voorzitter), Wim Davidse en Giel Dik.

Om te zorgen dat de conceptset van indicatoren aansluit bij de verwachtingen in het veld heeft GGD Nederland een klankbordgroep samengesteld. Deze klankbordgroep heeft tweemaal commentaar geleverd op de conceptindicatoren. De eerste keer werden de conceptindicatoren vooral beoordeeld op relevantie en herkenbaarheid (formulering en definities) de tweede keer op de haalbaarheid (gegevensverzameling).

De werkgroep heeft de indicatoren opgesteld, terwijl de klankbordgroep een adviserende rol had. De door de werkgroep vastgestelde definitieve lijst is voor besluitvorming voorgelegd aan GGD Nederland.

2.2 Betekenis indicatoren

In bijlage A is algemene informatie opgenomen over het fenomeen indicatoren. Voor een goed begrip van dit rapport stippen we hier enkele belangrijke punten aan. Indicatoren bewijzen op zich niets; daarvoor is nader onderzoek nodig. Als men tevoren een (veld)norm heeft afgesproken over iets, kan door middel van indicatoren worden nagegaan of aan die norm wordt voldaan. In de meeste gevallen echter is dat niet het geval en levert een indicator een aanwijzing op van iets. Dat kan dan verder uitgezocht of bediscussieerd worden. De uitkomst daarvan kan zijn dat wel een (veld)norm wordt ontwikkeld.

Uiteindelijk zijn we geïnteresseerd in de effecten op de gezondheidstoestand van de populatie. In de praktijk is het erg moeilijk en vaak onmogelijk hiervoor indicatoren te ontwikkelen. Daarom richt men zich in de praktijk meestal op de kwaliteit van de geleverde zorg. Indicatoren hierover hebben betrekking op de output (kwaliteit van de feitelijk geleverde zorg) maar ook op het proces. Achterliggende gedachte is dat de kans op een kwalitatief goede outcome (vaak moeilijk aan te tonen) toeneemt naarmate het

proces beter op orde is. Dit verklaart dat in lijstjes met indicatoren die inzicht beogen te geven in uitkomsten, procesindicatoren en uitkomstindicatoren elkaar vaak afwisselen.

GGD Nederland heeft bij het begin van dit project uitdrukkelijk gesteld dat het ‘van elkaar leren’ een belangrijk doel is. Daarmee was het op voorhand duidelijk dat relatief veel aandacht zou worden geschonken aan werkprocessen en daarmee aan procesindicatoren.

In de loop van het project is de vraag aan de orde gekomen wat het verband is tussen indicatoren en visitatie. Op zich zijn dat twee geheel verschillende zaken, maar het is heel goed denkbaar dat de uitkomst van indicatoren dient als input voor een visitatie.

2.3 Wijze van selectie

In totaal zijn vier werkgroepbijeenkomsten gehouden. Alle bijeenkomsten zijn door TNO KvL voorbereid. Omdat de praktische haalbaarheid van de indicatoren een belangrijk aandachtspunt was, hebben de werkgroepleden tussen de 3de en 4de bijeenkomst binnen hun eigen dienst een haalbaarheidstoets uitgevoerd.

Schematisch weergegeven:

Activiteit	Maand (2008)	Uitkomst
Werkgroep 1	April	Voorzet voor lijst mogelijke indicatoren
Werkgroep 2	Juni	Eerste concept lijst indicatoren, op haalbaarheid e.d. getoetst
Klankbordgroep	Juli	Advies
Werkgroep 3	Augustus	Tweede concept lijst indicatoren
Toets werkgroepleden	Augustus/september	Toets binnen eigen organisatie
Werkgroep 4	September	Definitief voorstel werkgroep (conceptrapport)
Klankbordgroep	Oktober	Advies
GGD NI	Begin 2009	Formele besluitvorming
	Begin 2009	Eindrapport

De thema's die belangrijk werden geacht voor de ontwikkeling van indicatoren zijn geselecteerd door de belangrijkste processtappen te benoemen die voorkomen in de beschikbare draaiboeken van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)¹. De leden van de werkgroep hebben daarbij een aantal kritische punten benoemd, zaken die goed onder controle moeten zijn in het proces. Vervolgens is nagegaan van welke van deze punten in beginsel indicatoren zouden kunnen worden ontwikkeld. Daarnaast is nagegaan of de bestaande normen infectieziektepreventie en – bestrijding van de Stichting HKZ aanleiding geven tot het formuleren van andere of nieuwe mogelijkheden voor indicatoren.

Tijdens het project is nagegaan of er elders indicatoren infectieziektebestrijding in gebruik zijn die voor de benchmark relevant zijn. Afgezien van de indicatoren van de IGZ bleek dat niet het geval te zijn. De IGZ-indicatoren zijn bij het proces betrokken.

¹ Draaiboek Epidemieën van gastro-enteritiden in instellingen (LCI, juni 1996). Aan het einde van het project is het nieuwe Draaiboek Uitbraken van gastro-enteritis en voedselvergiftigingen vastgesteld (LCI/Cib/RIVM, november 2008). Verpleegkundig Stappenplan Infectieziektebestrijding Hepatitis A (LCI, mei 2006) Draaiboek Partnerwaarschuwing bij soa (LCI, mei 2006)

Een belangrijke stap in het project was de praktijktoets. De leden van de werkgroep hebben in hun GGD nagegaan of de betreffende gegevens beschikbaar waren, welke problemen zich voordeden bij het verzamelen van die gegevens en welke inspanning het vergt om die gegevens te verzamelen. De belangrijkste conclusies van deze exercitie zijn:

- De gegevens zijn doorgaans redelijk tot goed te verzamelen; enkele vragen zijn alsnog afgevallen.
- Het tijdsbeslag is niet onoverkomelijk. Hierbij is het wel van groot belang dat het registreren in de praktijk aanzienlijk beter zal verlopen en minder moeite kost wanneer men tevoren weet wat er geregistreerd moet worden. Dus aan het begin van een periode (jaar) moet voor iedereen duidelijk zijn wat verlangd wordt.
- Ten aanzien van enkele indicatoren is het verstandig aan te bevelen eerst een jaar gegevens te verzamelen en daarna opnieuw op relevantie te beoordelen, bijvoorbeeld omdat de aantallen meldingen (hepatitis A) relatief laag zijn.
- GGD-medewerkers die betrokken worden bij de gegevensverzameling dienen goed geïnformeerd te worden.

Vervolgens heeft de werkgroep nog een aantal wijzigingen doorgevoerd en de lijst met indicatoren vastgesteld.

Bij de selectie, ontwikkeling en het vaststellen van de indicatoren is waar mogelijk en van toepassing in globale zin de zogenaamde AIRE systematiek gevolgd. Volgens deze systematiek worden per indicator 4 onderdelen onderscheiden (zie bijlage B):

- 1 Doel, relevantie, organisatorische verband waarop de indicator betrekking heeft
- 2 Betrokkenheid van belanghebbenden
- 3 Wetenschappelijk bewijs
- 4 Verdere onderbouwing, formulering en gebruik.

De nummers 1 en 4 komen in de hoofdstukken 3 en 4 aan de orde (nummer 4 is deels verwerkt in de praktijktoets). De betrokkenheid van belanghebbenden (nummer 2) is geregeld in de organisatie van dit project (werkgroep, klankbordgroep, besluitvorming door GGD Nederland). Wat betreft nummer 3 gaat het in dit project niet direct over wetenschappelijke bewijsvoering maar over de wijze waarop infectieziektebestrijding in de praktijk gestalte moet krijgen. Hiervoor is waar mogelijk aangesloten bij genoemde draaiboeken en richtlijnen van de LCI.

Enkele afzonderlijke punten in de systematiek zijn gezien de keuze van het onderwerp niet van toepassing (beschrijving organisatorisch verband, over welke zorg geeft indicator informatie, afbakening doelgroep – deze punten zijn als het ware een gegeven).

3 Door de werkgroep vastgestelde indicatoren

3.1 Zelf ontwikkelde indicatoren

Toelichting op enkele begrippen:

Kindercentra. Hieronder wordt verstaan: peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en BSO. Gastouderopvang valt hierbuiten, daar is te weinig zicht op.

De termen verzorgingshuizen en verpleegtehuizen komen in de lijst voor. Wat betreft aantallen gaat het om locaties en niet om de overkoepelende organisatie. Als er in een gecombineerde zorgvoorziening sprake is van verpleeghuisfunctie en een verzorgingshuisfunctie, ga dan uit van één verpleeghuis en één verzorgingshuis.

Als jaar is om praktische redenen gekozen voor 2008.

A Gastro-enteritis: aantallen

1. Hoeveel van de volgende typen instellingen (locaties) zijn er bij u in de GGD-regio:

1	Kindercentra	Aantal:	
2	Basisscholen	Aantal:	
3	Verzorgingshuizen	Aantal:	
4	Verpleegtehuizen	Aantal:	

2. Hoeveel meldingen van gastro-enteritis heeft u binnengekregen in 2008 van:

1	Kindercentra	Aantal meldingen:	
2	Basisscholen	Aantal meldingen:	
3	Verzorgingshuizen	Aantal meldingen:	
4	Verpleegtehuizen	Aantal meldingen:	

B Gastro-enteritis: snelheid en adequaatheid van handelen

Verzamel voor maximaal de eerste vijf opeenvolgende meldingen uit kindercentra, vanaf 1 januari 2008, de volgende gegevens.

Terzijde: de volgende jaren komen meldingen aan de orde uit basisscholen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen.

Melding 1: kindercentra:**1. Datum eerste ziektedag van eerste zieke:**

... / ... / 2008

*Optionele indicator:***2. Datum dat de instelling wettelijk verplicht was volgens Artikel 26² van de Wet publieke gezondheid om de uitbraak bij de GGD te melden:**

... / ... / 2008

3. Datum binnenkomst melding bij de GGD:

... / ... / 2008

4. Datum waarop uitbraak ten einde was (alle zieken weer genezen):

... / ... / 2008

5. Wat is omvang van de uitbraak geweest?

..... zieken / totale groep at risk * 100% = ... %

(Bij totale groep at risk wordt hier bedoeld het aantal kinderen dat naar een kindercentrum gaat³)

6. Is er gebruik gemaakt van het LCI algoritme⁴?

- Ja
- Nee
- Reden

7. Is de melding achteraf geëvalueerd?

- Ja, mondeling
 - Ja, a.h.v. klanttevredenheidsmeting
 - Nee
- Indien ja:

² Voor verpleging- en verzorgingstehuizen geldt: minimaal 20% van de unit of 10% van de hele afdeling klachten in 1 week tijd. Voor kinderverblijven en scholen: 33% van de groep in 1 week (alleen na een bijzondere gebeurtenis als een gezamenlijke maaltijd).

³ In de praktijk kan de groep at risk kleiner zijn, bijvoorbeeld de groep die gebruik maakt van een bepaald toilet terwijl andere kinderen een ander toilet gebruiken. Bij het werken met deze indicator in de praktijk zal blijken of hier rekening mee gehouden kan worden.

⁴ Dit is het algoritme uit het LCI Draaiboek Uitbraken van gastro-enteritis en voedselvergiftigingen

8. Met wie is evaluatie uitgevoerd

- Eigen team
- Met instelling m.b.v. klanttevredenheidsformulier
- Met instelling (mondeling)
- anders, nl.....

9. Hoe is daarover gerapporteerd?

- niet, alleen besproken in casuïstiekbijeenkomst
- vastgelegd in notulen afdelingsoverleg/casuïstiekbijeenkomst
- vastgelegd in apart document
- anders, nl

Melding 2 t/m 5 kindercentra: zelfde vragen

C Hepatitis A: aantallen**1. Hoeveel meldingen van Hepatitis A zijn er in 2008 bij de GGD gedaan?**

Aantal meldingen: ...

D Hepatitis A: snelheid en adequaatheid van handelen

Verzamel voor maximaal de eerste vijf opeenvolgende meldingen, vanaf 1 januari 2008, de volgende gegevens

Melding 1:**1. Datum eerste dag van de koorts of icterus⁵ (indien aanwezig):**

... / ... / 2008

2. Datum binnenkomst melding bij de GGD:

... / ... / 2008

3. Datum bloedafname:

... / ... / 2008

4. Datum waarop de GGD de uitslag van het lab kreeg (telefonisch, per mail, papier):

... / ... / 2008

⁵ Volgens de richtlijnen van het CIb is dit het criterium

5. Datum dat de cliënt/patiënt de diagnose heeft ontvangen:

... / ... / 2008

6. Datum dat alle risicocontacten van de bron bekend waren:

... / ... / 2008

7. Datum dat alle te behandelen risicocontacten profylactische behandeling ontvangen hebben (excl. niet bereikbaren)

... / ... / 2008

8. Hoeveel risicocontacten moesten worden behandeld?

... Aantal risicocontacten

9. Voor hoeveel van deze risicocontacten is dit op tijd gebeurd?

... Aantal risicocontacten (/ Totaal risicocontacten (punt 8) * 100%=... %)

10. Is de melding achteraf geëvalueerd?

- ja, mondeling
- ja, a.h.v. klanttevredenheidsmeting
- nee

Indien ja:

11. Met wie is evaluatie uitgevoerd

- eigen team
- met cliënt m.b.v. klanttevredenheidsformulier
- met cliënt (mondeling)
- anders, nl.....

12. Hoe is daarover gerapporteerd?

- niet, alleen besproken in casuïstiekbijeenkomst
- vastgelegd in notulen afdelingsoverleg/casuïstiekbijeenkomst
- vastgelegd in apart document
- anders, nl

*Melding 2 t/m 5: zelfde vragen***E Soa: Testen en waarschuwen****1. Hoeveel cliënten heeft de GGD in 2008 op een Soa getest?**

Totaal aantal consulten: ...

Waarvan gewaarschuwd door derde (partner, huisarts e.d.) : ...

2. Hoeveel cliënten testten positief op een Soa?

Totaal aantal consulten met positieve testuitslag: ...

Waarvan gewaarschuwd door derde (partner, huisarts e.d.) ...

3. Hoeveel van alle positief geteste cliënten heeft de GGD behandeld?

Totaal aantal consulten met behandeling: ...

Waarvan gewaarschuwd door derde (partner, huisarts e.d.) : ...

4. Voor hoeveel van alle positief geteste cliënten heeft de GGD de partner gewaarschuwd?

Totaal aantal consulten met partnerwaarschuwing door de GGD: ...

F Soa: Contact met huisartsen**1. Hoeveel huisartsen zijn er bij u in de regio?**

Aantal huisartsen: ...

2. Hoe vaak is er in 2008 het verzoek van een huisarts gekomen aan de GGD tot partnerwaarschuwing?

Aantal verzoeken: ...

G Soa: Voorlichting**1. Wat is in 2008 bij uw GGD het gemiddelde aantal Fte's dat ingezet wordt voor Soa:**

- Curatie
- Voorlichting collectief (inclusief voorbereiding, exclusief activiteiten in de JGZ)

2. Is er een voorlichtingplan aanwezig?

- Ja
- Nee

3. Benoem de belangrijkste 3 activiteiten die door afdeling Soa/infectieziektebestrijding (exclusief activiteiten door JGZ) zijn uitgevoerd op het gebied van Soavorlichting in 2008 (inclusief voorbereiding):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

H Relatiebeheer

Deze vraag is exclusief casuïstiek/meldingen; het gaat uitsluitend om contacten in het kader van relatiebeheer. Inspecties technische hygiënezorg (THZ) vallen hier ook buiten; de vraag omvat wel andere contacten met instellingen in het kader van THZ, gericht op het verkleinen van de kans op infectieziekten.

1. Wilt u in onderstaande tabellen aangeven hoe vaak uw afdeling contact heeft gehad met genoemde instellingen.

Kindercentra

Soort contact	Aantal keer
Telefonisch contact vanuit GGD	
Telefonisch contact vanuit instelling	
Periodieke mailing/nieuwsbrief	
Periodiek bezoek	
Voorlichtingsbijeenkomst	
Anders	

Basisscholen

Soort contact	Aantal keer
Telefonisch contact vanuit GGD	
Telefonisch contact vanuit instelling	
Periodieke mailing/nieuwsbrief	
Periodiek bezoek	
Voorlichtingsbijeenkomst	
Anders	

Verzorgingshuizen

Soort contact	Aantal keer
Telefonisch contact vanuit GGD	
Telefonisch contact vanuit instelling	
Periodieke mailing/nieuwsbrief	
Periodiek bezoek	
Voorlichtingsbijeenkomst	
Anders	

Verpleeghuizen

Soort contact	Aantal keer
Telefonisch contact vanuit GGD	
Telefonisch contact vanuit instelling	
Periodieke mailing/nieuwsbrief	
Periodiek bezoek	
Voorlichtingsbijeenkomst	
Anders	

2. Is er een voorlichtingplan aanwezig?

- Ja
- Nee

3. Benoem de belangrijkste 3 activiteiten die door afdeling infectieziektebestrijding zijn uitgevoerd in 2008

.....

.....

.....

.....

.....

.....

I Samenwerking met gemeenten**1. Hoe vaak is er in 2008 advies gegeven aan gemeenten bij het geven van vergunningen voor grote evenementen?**

Aantal keer advies: ...

2. Hoeveel grote evenementen zijn er in de regio geweest in 2008?

Aantal grote evenementen: ...

Percentage: Aantal keer advies / Aantal evenementen * 100% = ... %

3. Hoe vaak is er in 2008 advies gegeven aan gemeenten bij het geven van vergunningen aan bordelen?

Aantal keer advies: ...

4. Hoeveel bordelen zijn er in de regio?

Aantal bordelen: ...

Percentage: Aantal keer advies / Aantal bordelen * 100% = ... %

3.2 De IGZ-indicatoren

Ten slotte heeft de werkgroep zich de vraag gesteld welke van de bestaande IGZ-indicatoren eventueel in de benchmark opgenomen zouden dienen te worden. Deze indicatoren maken deel uit van de basisset 2007 van de indicatoren openbare gezondheidszorg (IGZ, 2007, <http://www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet/paginaSjablonen/-raadplegen.asp?display=2&atoom=41943&atoomsrt=2&actie=2>).

De werkgroep is van mening dat de aldus verzamelde informatie nuttig en relevant is en dat dus alle IGZ-indicatoren infectieziektebestrijding in aanmerking komen opgenomen te worden in de benchmark.

Het gaat om onderstaande indicatoren.

A Snelheid van meldingen infectieziekten

Vraagstellingen:

- 1 Wat is de gemiddelde doorlooptijd (in dagen) voor meldingen aan de GGD van hepatitis A, Meningokokkose (MCOC) en Bacillaire dysenterie in betreffende jaar?
- 2 Wat is de gemiddelde doorlooptijd (in dagen) voor meldingen van GGD naar het Clb voor hepatitis A, Meningokokkose en bacillaire dysenterie in betreffende jaar?

Commentaar werkgroep indicatoren infectieziekten: de gemiddelde doorlooptijd zegt nog niet wat er dan goed of fout is/wordt gedaan. Het gaat in feite om tijdig en adequaat ingrijpen. Daarvoor zijn goede relaties nodig. Kortom, de vlag: wanneer alleen gevraagd wordt naar snelheid van meldingen dekt dit niet de lading van alle activiteiten van de GGD. Niettemin is het relevante informatie.

B Formatie artsen en sociaalverpleegkundigen en visitatie

Vraagstellingen:

- 1 Wat is het huidige percentage formatie aan artsen beschikbaar voor algemene IZB ten opzichte van de norm?
- 2 Wat is het huidige percentage formatie aan sociaalverpleegkundigen beschikbaar voor algemene IZB?
- 3 Doet uw organisatie aan intercollegiale visitatie over de kwaliteit van de uitvoering van infectieziektebestrijding?
- 4 Wanneer was de laatste keer?

C Het oefenen van draaiboeken voor bestrijding van uitbraken infectieziekten door onder andere de GGD

- 1 Geef een lijst van de oefeningen (conform de definitie) die zijn uitgevoerd in de afgelopen 4 jaar.

D Artikel 26 meldingen

- 1 Teller: Het aantal meldingen conform artikel 26 van de Wet publieke gezondheid door specifieke instellingen per GGD-regio. Noemer: totaal aantal specifieke instellingen in de GGD-regio.

E Tuberculose

- 1 Percentage TBC-patiënten in betreffende jaar dat de behandeling voltooit, totaal respectievelijk per risicogroep zoals omschreven in het Nederlands Tuberculose Register (NTR).
- 2 Percentage personen met een LTBI in betreffende jaar dat preventieve behandeling voltooit.
- 3 Percentage BCG-vaccinaties in de doelgroep.

F Hepatitis vaccinaties

- 1 Teller: Aantal voor vaccinatie in aanmerking komende, seronegatieve contacten van de bron, dat volledig gevaccineerd is. Noemer: totaal aantal voor vaccinatie in aanmerking komende, seronegatieve contacten van de bron.

4 Onderbouwing indicatoren

Bij de selectie van thema's en de ontwikkeling en uitwerking van de indicatoren is uitgebreid stilgestaan bij de volgende aspecten:

- Keuze van het onderwerp
- Uitwerking in indicatoren
- Praktische haalbaarheid

Deze aspecten worden per indicator besproken. Als een indicator in belangrijke mate inhoudelijk is aangepast gedurende het project, dus anders dan verfijnd en nader omschreven en dergelijke, wordt dat ook aangegeven.

4.1 Door werkgroep ontwikkelde indicatoren

4.1.1 *Gastro-enteritis*

Keuze van het onderwerp

Gastro-enteritiden zijn nog steeds belangrijke ziekten en hebben ook een voldoende hoge incidentie om er op GGD-niveau iets over te kunnen zeggen.

In het kader van een goede aanpak en preventie van uitbraken van deze infecties, is het van belang dat de GGD'en een snelle, adequate en systematische aanpak hanteren. Om dit te bewerkstelligen is een goed contact met instelling nodig, zodat er een snelle en volledige informatie-uitwisseling tijdens een uitbraak bestaat. De GGD'en zijn er (mede)verantwoordelijk voor dat de instellingen in hun regio op het juiste moment melden. Idealiter kan de oorzaak van de uitbraak snel worden opgespoord zodat deze snel onder controle kan komen en informatie hierover kan worden gebruikt voor de preventie van toekomstige uitbraken.

Uitwerking in indicatoren

Aantallen (A1 en A2)

Deze gegevens worden verzameld om zicht te krijgen op het percentage uitbraken dat er per regio wordt gemeld. Als dit percentage erg laag is, kan dit betekenen dat er veel uitbraken niet vanuit instellingen aan de GGD worden gemeld. Als dit percentage erg hoog is, kan dit betekenen dat preventieve maatregelen niet adequaat genomen zijn. Het betreft een procesindicator die op indirecte wijze inzicht geeft in de kwaliteit van de relatie tussen GGD en instellingen. Het doel is primair het stimuleren van een best practice op het gebied van relatiebeheer. Dit is een indicator die wellicht na enkele jaren bijgesteld kan worden.

Snelheid en adequaatheid van handelen

Hiervoor zijn drie indicatoren ontwikkeld:

- Doorloopsnelheid (B1-5). Voor infectieziektebestrijding is snelheid een belangrijk kwaliteitsaspect. Dit betreft grotendeels een procesindicator die zicht geeft op de kwaliteit en deels een uitkomstindicator (B4).
- Gebruik LCI-algoritme (B6). Het algoritme is door het LCI (zie draaiboek LCI, 2008) ontwikkeld als best practice om de meest voorkomende verwekkers op te sporen. De indicator toetst of men zich conformeert aan de norm van best practice. Het is een procesindicator die beoogt best practices te stimuleren.

- Evaluatie (B7-9). Deze indicator brengt in kaart wat de GGD'en doen om hun werk achteraf te beoordelen, om het in de toekomst te verbeteren. Reden om deze indicator op te nemen is de inschatting van de leden van de werkgroep dat het evalueren en het rapporteren daarover niet systematisch wordt gedaan. Het klantperspectief is onderdeel van B7 en B8. Dit komt in de plaats van een eerder bedachte vraag over het klantperspectief in het algemeen (zie bij 4.4 onderwerpen die zijn afgefallen). De evaluatie-indicator is een procesindicator die beoogt best practices te stimuleren. Wellicht kan deze indicator over enkele jaren bijgesteld worden.

Praktische haalbaarheid

Redelijk tot goed.

Vraag B2 (datum dat de instelling wettelijk verplicht was de uitbraak te melden) kan naar verwachting door een flink aantal GGD'en niet ingevuld worden. Daarom is dit een optionele vraag.

Om reden van tijdsbeslag is ervoor gekozen de vragen B1 t/m B5 te beperken tot maximaal de eerste 5 opeenvolgende meldingen per jaar, gerekend vanaf 1 januari. Gekozen is om in het eerste jaar kindercentra te nemen, in het tweede jaar basisscholen, in het derde jaar verzorgingshuizen en in het vierde jaar verpleeghuizen. Dit om de uitkomsten enigszins vergelijkbaar te houden.

Belangrijke wijziging tijdens project

Geen

4.1.2 *Hepatitis A*

Keuze van het onderwerp

Hepatitis A is voor de GGD een belangrijke ziekte. Snel handelen is essentieel. Daarvoor moet de relatie met het veld goed zijn. De GGD kan er dan in belangrijke mate toe bijdragen dat tijdig wordt ingegrepen. In eerste instantie kwam bij de werkgroep het idee naar voren hepatitis B te nemen, maar omdat er al een IGZ-indicator voor hepatitis B is ontwikkeld is gekozen voor hepatitis A. De incidentie is wel een aandachtspunt geweest vanaf het begin. Sinds jaren daalt deze namelijk en de vraag werd opgeworpen of er per GGD voldoende meldingen zouden zijn op jaarbasis.

Uitwerking in indicatoren

Aantallen (C1)

Deze gegevens worden verzameld als basisgegevens. Duidelijke verschillen tussen GGD'en kunnen wellicht wijzen op verschillen in melding. In dat geval zegt deze proces- indicator iets over de kwaliteit van de relatie tussen de GGD en het veld, zij het indirect.

Een andere reden om dit gegeven te verzamelen heeft te maken met de haalbaarheid (zie verderop).

Snelheid en adequaatheid van handelen

Hiervoor zijn drie indicatoren ontwikkeld:

- Doorloopsnelheid (D1-7). Voor de bestrijding van deze ziekte is het zeer belangrijk snel te handelen. Ook hier wordt de doorlooptijd (mede) bepaald door de aard van de relatie die de GGD heeft met het veld. Dit betreft grotendeels een procesindicator die zicht geeft op de kwaliteit en deels een uitkomstindicator (D7).

- Behandeling risico contacten (D8-9). D9 is een uitkomstindicator die in directe zin informatie oplevert over de kwaliteit. De norm is: zo hoog mogelijk.
- Evaluatie (D10-12). Hiervoor geldt hetzelfde als bij de evaluatie-indicator bij gastro-enteritis. Het cliëntperspectief is onderdeel van D11. De evaluatie-indicator is een procesindicator die beoogt best practices te stimuleren. Wellicht kan deze indicator over enkele jaren bijgesteld worden.

Praktische haalbaarheid

Redelijk tot goed.

Tijdens de praktijktoets bleek dat het aantal meldingen per jaar bij de meeste GGD'en vrij laag is. De werkgroep besloot de indicator toch in de definitieve lijst te laten, maar daarbij het advies te geven na één jaar te bezien wat de ervaring is.

Om reden van tijdsbeslag is er ook ten aanzien van hepatitis A voor gekozen de vragen D1 t/m D7 te beperken tot maximaal de eerste 5 opeenvolgende meldingen per jaar, gerekend vanaf 1 januari.

Belangrijke wijziging tijdens project

Geen.

4.1.3 Soa

Keuze van het onderwerp

Redenen om dit onderwerp bij het project te betrekken zijn dat het gaat om een heel apart en belangrijk veld en dat daarbinnen collectieve voorlichting een essentiële taak blijft, ook of misschien wel juist omdat de bekostiging gebaseerd wordt op aantallen positieve tests.

Uitwerking in indicatoren

Soa: testen en waarschuwen (E1-4)

Bij soa-bestrijding door de GGD'en gaat het om de volgende operationele doelstellingen: voorkomen van (verdere) verspreiding van de ziekte, (vroeg)behandeling ter voorkoming van mogelijke complicaties en het voorkomen van herinfecties. Instrumenten daartoe zijn testen en partnerwaarschuwing. Met behulp van deze procesindicatoren (E1 en E2) en uitkomstindicatoren (E3 en E4) worden de prestaties van de GGD in kaart gebracht.

Soa: contacten met huisartsen (F1-2)

Huisartsen doen in een aantal gevallen zelf de diagnostiek. Partnerwaarschuwing kunnen ze vervolgens zelf aan de orde stellen of zij kunnen aan de GGD vragen dat te doen. De indruk bestaat bij de werkgroep dat van deze mogelijkheid relatief weinig gebruik gemaakt wordt. Vanuit public health perspectief lijkt hier dus een knelpunt te liggen. Deze procesindicator geeft op indirecte wijze inzicht in de kwaliteit van de relatie tussen GGD en huisarts. Het doel is primair het stimuleren van een best practice op het gebied van relatiebeheer. Dit is een indicator die wellicht na enkele jaren bijgesteld kan worden. Indicator F1 is opgenomen om de aantallen aan de uitkomst van indicator F2 te kunnen relateren.

Soa: voorlichting (G1-3)

Bij soa blijft collectieve voorlichting van groot belang. De vraag is of deze taak in de praktijk de aandacht krijgt die zij verdient. Daarom bestaat behoefte aan inzicht in de

verhouding voorlichting – curatie. Om hier zicht op te krijgen is een structuurindicator (G1) opgenomen. Naar de aanwezigheid van een voorlichtingsplan wordt gevraagd omdat het bij collectief-preventieve activiteiten van belang is dat deze systematisch worden opgezet en uitgevoerd. Vandaar de vraag naar een plan (procesindicator G2), met als doel het stimuleren van best practices. De vraag over de belangrijkste activiteiten (uitkomstindicator G3) is er ook primair op gericht best practices te stimuleren. Ook deze indicatoren kunnen wellicht na enkele jaren bijgesteld worden.

Praktische haalbaarheid

Redelijk tot goed.

De vraag kwam op of een deel van deze gegevens niet beter via het RIVM kan worden verzameld.

Belangrijke wijziging tijdens project

De vraag naar het aantal Fte's is er na de praktijktoets bijgekomen. In de versie daarvoor was een vraag opgenomen naar het aantal uren dat besteed was aan verschillende activiteiten. Die gegevens bleken niet beschikbaar te zijn, reden om die vraag te vervangen door L.

4.1.4 Relatiebeheer

Keuze van het onderwerp

Omdat de GGD voor infectieziektebestrijding afhankelijk is van de medewerking van andere organisaties is een proactieve opstelling noodzakelijk. Daarom wordt gevraagd welke contacten, los van meldingen, worden onderhouden met het veld. Deze procesindicator leent zich goed voor een benchmark waarin het stimuleren van best practices een belangrijk doel is.

Wellicht kan deze indicator na enkele jaren bijgesteld worden.

Uitwerking in indicatoren

Gevraagd wordt het aantal en type structurele contacten bij te houden met verschillende instellingen (H1). Het gaat om dezelfde instellingen als bij het onderdeel gastro-enteritis.

Daarnaast wordt gevraagd naar het bestaan van een voorlichtingsplan, gericht op deze instellingen (H2) en de belangrijkste activiteiten (H3). Voor dit plan geldt hetzelfde als bij soa: communicatie met instellingen kan het beste vorm worden gegeven op een systematische manier. Deze indicatoren zijn procesindicatoren, gericht op het stimuleren van best practices.

Daarnaast wordt gevraagd naar concrete uitgevoerde activiteiten (uitkomstindicator). Doel is het stimuleren van best practices; deze vraag kan waarschijnlijk de komende jaren nader geformuleerd worden.

Praktische haalbaarheid

Redelijk tot goed, vooral wanneer gegevens planmatig worden vastgelegd.

Belangrijke wijziging tijdens project

Geen.

4.1.5 Samenwerking met gemeenten

Keuze van het onderwerp:

Eén van de taken van de GGD is om de volksgezondheid in de regio te waarborgen. Hiervoor is het zaak dat ze invloed uitoefenen op het gemeentelijke gezondheidsbeleid. GGD Nederland heeft in de richtlijn beleidsadvies aangegeven dat adviezen geregistreerd zouden moeten worden, dat ze besproken dienen of kunnen worden en het vervolg gemonitord.

Uitwerking in indicatoren:

Hoewel de leden van de werkgroep het belang van dit onderwerp vanaf het begin onderschreven, bleek het niet zo gemakkelijk een concrete indicator te kiezen. Gekozen is uiteindelijk voor advies bij het geven van vergunningen voor grote evenementen en aan bordelen (I1-4). Met behulp van deze uitkomstindicator kan nagegaan worden of en in welke mate de richtlijn van GGD Nederland wordt opgevolgd. Tevens kan deze indicator een rol spelen bij het stimuleren van best practices.

Praktische haalbaarheid

Op zich redelijk. De gegevens moeten (doorgaans) via de technische hygiëne zorg (THZ) worden verzameld. Binnen de THZ hebben deze onderwerpen niet de hoogste prioriteit. Duidelijk moet worden gemaakt dat het niet om THZ-indicatoren gaat maar om indicatoren infectieziektebestrijding.

Belangrijke wijziging tijdens project:

De exacte vormgeving is tijdens het project geleidelijk gegroeid.

4.2 Samenvattende tabel

In onderstaande tabel worden de indicatoren nog eens op een rij gezet. Bij type gaat het om Structuur (S), Proces (P) of Uitkomst (U). Bij het doel wordt onderscheid gemaakt tussen indicatoren die vooral inzicht geven in de kwaliteit van het proces (QP) of een uitkomst (QU) en indicatoren die vooral als doel hebben het stimuleren van best practices (BP).

Tabel 1 Indicatoren naar type en doel

Indicatoren	Type	Primaire doel
Gastro-enteritis		
Aantallen instellingen (A 1)	P	QP
Aantal meldingen (A2)	P	QP + BP
Snelheid handelen (B1-5)	P + U	QP + QU
Adequaate handelen - algoritme (B6)	P	BP
Adequaate handelen - evaluatie (B7-9)	P	BP
Hepatitis A		
Aantallen (C1)	P	QP
Snelheid handelen (D1-7)	P + U	QP + QU
Adequaate handelen - behandeling (D8-9)	U	QU
Adequaate handelen - evaluatie (D10-12)	P	BP
Soa		
Testen en waarschuwen (E1-4)	P + U	QP + QU
Contact met huisartsen (F1-2)	P	BP
Voorlichting (G1-3)	S + P + U	BP
Relatiebeheer		
Aard en frequentie contacten (H1)	P	BP
Voorlichting (H2-3)	P + U	BP
Samenwerking met gemeenten		
Advies evenementen (I1-2)	U	BP
Advies bordelen (I3-4)	U	BP

4.3 IGZ-indicatoren

De werkgroep is van oordeel dat alle IGZ-indicatoren infectieziektebestrijding passen binnen de benchmark GGD'en. Zie verder hoofdstuk 3.

4.4 Onderwerpen die zijn afgevalen

Een aantal onderwerpen/thema's/mogelijke indicatoren zijn tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep bediscussieerd, maar hebben niet geleid tot uitgewerkte indicatoren. Het gaat om de volgende:

- Legionellose. Tijdens de discussie bleek dat dit geen goed voorbeeld is: het komt weinig voor en vaak onderneemt de GGD geen activiteiten, bijvoorbeeld omdat de betrokken patiënt in het buitenland besmet is.
- Hepatitis B. Dit is een belangrijke ziekte, maar die wordt al goed gedekt door de IGZ-indicatoren.
- Het aantal meldingen dat wordt afgehandeld volgens het protocol. Dit idee is tijdens voorbereidende gesprekken genoemd als mogelijke indicator. Op zich vonden de leden van de werkgroep dit een interessante gedachte, maar geconcludeerd werd dat het moeilijk meetbaar is omdat activiteiten vaak door omstandigheden niet precies volgens het protocol worden uitgevoerd; soms is afwijken zelfs gewenst.

- Klanttevredenheid. Het bestaande instrument van GGD Nederland over klanttevredenheid bij infectieziekten richt zich uitsluitend op ketenpartijen en niet op cliënten. De werkgroep heeft in eerste instantie aangegeven dat er wellicht ook behoefte bestaat aan informatie over de tevredenheid van cliënten. De geformuleerde vraag luidde: hoeveel klachten heeft de GGD in het afgelopen jaar ontvangen? Bij nader inzien werd de vraag niet alleen te breed gezien, maar werd ook duidelijk dat deze gegevens (doorgaans) niet zijn te genereren met bestaande informatiebronnen. Daarom is deze indicator niet opgenomen. Het cliëntperspectief is overigens wel opgenomen in de evaluatie-indicator bij hepatitis A (D11).
- De relatie tussen GGD en de gemeenten. Tijdens enkele voorbereidende gesprekken kwam het idee naar voren dit onderwerp uit te werken. De vraag was bijvoorbeeld of epidemiologische data over infectieziektebestrijding in gemeentelijke beleidsplannen tot uiting komen. Door de werkgroep werd geconcludeerd werd dat dit een interessant thema is maar dat het waarschijnlijk moeilijk te meten zou zijn. Dit thema is dan ook afgefallen. In plaats daarvan is een praktische indicator over vergunningen (I1-4) opgenomen.

5 Aanbevelingen werkgroep

- 1 Ga aan de slag met de door de werkgroep vastgesteld indicatoren.
- 2 Overleg met het RIVM over het leveren van gegevens over soa.
- 3 Overleg met de IGZ over het coördineren van de gegevensverzameling en over verschillen tussen de bestaande IGZ-indicatoren en de vastgestelde lijst door de werkgroep (bv. al dan niet verzorgingshuizen en verpleeghuizen als aparte categorieën bij gastro-enteritis).
- 4 Ga van enkele indicatoren, in het bijzonder die betreffende hepatitis A, goed na hoe dat in de praktijk loopt.
- 5 Zorg ervoor dat de gegevens op landelijk niveau kunnen worden verzameld en geanalyseerd en goed teruggekoppeld.
- 6 Zorg voor een goede informatievoorziening aan alle betrokken GGD-medewerkers.
- 7 Stimuleer dat het veld daadwerkelijk, (mede) op grond van de uitkomsten, gaat werken aan best practices.

A Indicatoren

Indicatoren worden de laatste jaren veelvuldig ontwikkeld en ingezet in de gezondheidszorg. De definitie van een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit. Kwaliteit kan hierbij gedefinieerd worden als de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijk zorg).

Kenmerkend voor indicatoren is dat ze een signaalfunctie hebben; ze kunnen worden beschouwd als indicatief voor de kwaliteit van een onderliggend fenomeen. Indicatoren zullen daarom dus nooit directe informatie opleveren over de oorzaak van een bepaald probleem. Het gebruik van indicatoren impliceert dus dat altijd nader onderzoek noodzakelijk zal zijn. Verder is het belangrijk om indicatoren altijd in hun context te beschouwen. Zo zal een temperatuur van 37 graden normaal zijn als het de lichaamstemperatuur betreft, maar is een waarde van 37 graden betrekkelijk hoog als het om zwembadwater gaat.

Het doel van indicatoren is uiteindelijk altijd het stimuleren van kwaliteitsverbetering. Dit kan echter vanuit verschillende invalshoeken gedaan worden: een intern perspectief en een extern perspectief. Bij het interne perspectief worden indicatoren uitsluitend gebruikt voor interne doeleinden; de instelling of organisatie wil inzicht krijgen in de eigen prestaties en initieert op basis van de resultaten verbeteractiviteiten. De resultaten worden echter niet naar buiten gebracht of gebruikt voor vergelijking met andere instellingen. Daarnaast worden indicatoren de laatste jaren ook vaak gebruikt vanuit een extern perspectief; de indicatoren worden gebruikt voor verantwoording en maken de geleverde diensten transparant voor externe partijen, zoals de inspectie, zorggebruikers en financiers. De inspectie gebruikt bijvoorbeeld indicatoren om toezicht te houden. Door openbare vergelijking van de prestaties (benchmarking) worden zorginstellingen en zorgverleners gestimuleerd om de kwaliteit van de dienstverlening te optimaliseren. Men zal zich aan elkaar spiegelen en de best practices zullen worden overgenomen.

Typen indicatoren

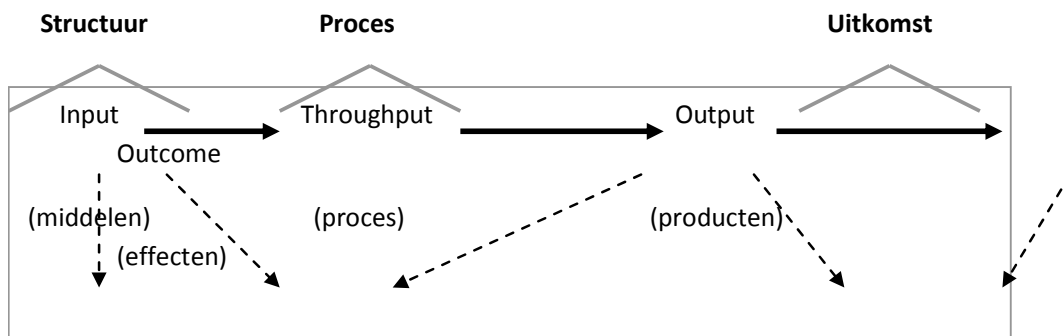
Indicatoren kunnen betrekking hebben op de drie dimensies van kwaliteit van zorg: structuur, proces en uitkomst. Een structuurindicator beoordeelt hoe het systeem is georganiseerd en toegerust, een procesindicator richt zich op hoe de zorg wordt verleend en een uitkomstindicator meet de effectiviteit van de zorg.

Binnen de uitkomstindicatoren wordt vaak nog een onderscheid gemaakt tussen output- en outcome-indicatoren. Outputindicatoren zeggen iets over het product van de zorg, bijvoorbeeld het aantal mensen dat volgens een bepaalde methode gescreeend is, terwijl outcome-indicatoren iets zeggen over de resultaten van het screeningsprogramma (de effectiviteit). Bijvoorbeeld bij hoeveel van de gescreeende mensen uiteindelijk een ernstige ziekte is vóórkomen. De voorkeur gaat vaak uit naar indicatoren die een uitspraak kunnen doen over de uitkomsten van de zorg. Soms vereist de situatie echter eerder structuur- en procesindicatoren. Bijvoorbeeld als een nieuwe landelijke richtlijn wordt ingevoerd terwijl regio's de randvoorwaarden nog niet goed geregeld hebben. In dat geval kan het zinnig zijn om met de indicatoren te beoordelen of na verloop van tijd de randvoorwaarden wél overal goed geregeld zijn.

Naast de indeling in structuur, proces en uitkomstindicatoren kan bij indicatoren ook aangegeven worden op welk domein ze betrekking hebben. Hierbij wordt vaak

aangesloten bij de vier kernaspecten van goede zorg: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid.

Figuur 2.1: Schematisch overzicht van type indicatoren en hun samenhang



B AIRE Instrument Appraisal of Indicators through Research and Evaluation⁶

I Doel, relevantie en organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft

- Beschrijf het doel van de indicator helder en duidelijk
- Beschrijf de specifieke criteria op basis waarvan het onderwerp is gekozen
- Beschrijf het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking
- Beschrijf het kwaliteitsdomein waarop de indicator betrekking heeft (bijvoorbeeld effectiviteit, tijdigheid, toegankelijkheid, veiligheid, patiëntgerichtheid, medezeggenschap)
- Beschrijf specifiek de aard en de omvang van de zorgprocessen en/of zorguitkomsten waar de indicator betrekking op heeft (over welke zorg geeft de indicator informatie?)

II Betrokkenheid van belanghebbenden

- Zorg dat de leden van de ontwikkelgroep afkomstig zijn uit relevante beroepsgroepen
- Gezien het doel van de indicator, betrek alle relevante partijen
- Stel de indicator formeel vast

III Wetenschappelijk bewijs

- Pas systematische methoden toe bij het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal
- Baseer de indicator op aanbevelingen uit een evidence-based richtlijn of in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerde studies
- Baseer de indicator op wetenschappelijk bewijsmateriaal waarvan de interne kwaliteit van de studies inzichtelijk wordt gemaakt (wetenschappelijke bewijskracht en kans op vertekening van de onderzoeksresultaten)

IV Verdere onderbouwing, formulering en gebruik

- Beschrijf de indicator is specifiek (teller en noemer)
- Baken de doelgroep waarop de indicator betrekking heeft af
- Overweeg en beschrijf een risicocorrectie
- Zorg ervoor dat de indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit)
- Zorg ervoor dat de indicator precies en consistent meet (betrouwbaarheid)
- Zorg er voor dat de indicator in voldoende mate verschillen laat zien (discriminerend vermogen)
- Test de indicator in de praktijk
- Hoe groot zijn de inspanningsvereisten voor het verzamelen van de data?
- Geeft bij de indicator specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten

⁶ Koning J de, Smulders A, Klazinga N. Appraisal of Indicators through Research and Evalaution. Amsterdam: AMC Sociale Geneeskunde, maart 2006.