

# METHODIEK KEUZE-INFORMATIE/ ZIEKENHUISBESCHRIJVINGEN

## INHOUD

INTRODUCTIE.....	2
Kenmerken van specialisatie.....	2
Drie soorten data en informatie .....	2
Van data naar keuze-informatie.....	3
Data-interpretatie .....	3
Van thema naar vijf kenmerken .....	4
Van vijf kenmerken naar één samenvattende bevinding.....	5
Informatieniveaus van de ziekenhuisbeschrijving.....	7
Weging van individuele items .....	7
Valide percentages .....	7
Minimumaantallen.....	7
Bij totalen over 3 jaar of meer.....	7
Bij totalen over 2 jaar.....	7
Bij totalen over 1 jaar.....	7
Wegingen per type data.....	8
Items uit structuurinformatie .....	8
Items uit klinische informatie .....	8
Overlevingscijfers.....	12
Items uit ervaringen van patiënten (PREMS).....	13
Weging van items bij een thema .....	16
Wegen van thema's bij een kenmerk.....	17
Beschrijving van de afzonderlijke thema's en kenmerken .....	17
Mate van specialisatie.....	17
Wetenschappelijk klimaat en zorg volgens richtlijnen .....	17
Behandelingen en de resultaten ervan.....	18
Zorgaanbod .....	18
Ervaringen van patiënten.....	18
Appendix slokdarmkanker/ maagkanker .....	20
Schatting aantal ziekenhuizen Nederland .....	20
Berekening volumina Transparantiekalender.....	21
Doorlooptijden.....	21

## INTRODUCTIE

NFK en haar patiëntenorganisaties ontwikkelen op basis van systematiek uit eerdere projecten<sup>1</sup> betekenisvolle ziekenhuiskeuze-informatie. De keuze-informatie bestaat uit beschrijvingen van ziekenhuizen en netwerken over hun expertise in een bepaalde kankersoort. Met deze beschrijvingen kunnen patiënten goed geïnformeerd kiezen voor een ziekenhuis dat past bij hun vorm van kanker en hun persoonlijke situatie. In dit document leggen we gedetailleerd onze methode uit. Dit is een dynamisch document dat wordt aangevuld bij nieuwe inzichten en bij toevoeging van nieuwe aandoeeningen.

## KENMERKEN VAN SPECIALISATIE

Om tot betekenisvolle ziekenhuiskeuze-informatie te komen beschrijven we de mate van specialisatie van een ziekenhuis op aandoeningsniveau. We kijken hierbij naar vijf kenmerken van specialisatie:

1. Mate van specialisatie
2. Wetenschappelijk klimaat en zorg volgens richtlijnen
3. Behandeling en de resultaten ervan
4. Zorgaanbod
5. Ervaringen van patiënten

## DRIE SOORTEN DATA EN INFORMATIE

De data en informatie die we gebruiken, zijn drieledig:

1. **Klinische data** halen we op uit de openbare data van de Transparantiekalender (indien beschikbaar voor de betreffende kankersoort) en uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). De informatie van de Transparantiekalender is bijna in zijn geheel afkomstig uit registraties van de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). Deze vullen we zo uitgebreid mogelijk aan met data uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR, beheerd door IKNL.nl). Dit zijn veelal kwantitatieve gegevens. Voor de NKR-data hoeft de Raad van Bestuur van het ziekenhuis alleen maar een handtekening te zetten onder een toestemmingsformulier. De registratielast voor ziekenhuizen is bij de klinische data dus heel laag.
2. **Structuurinformatie** over de mate van specialisatie van het multidisciplinaire team, het wetenschappelijk klimaat en het zorgaanbod. Deze informatie wordt aangeleverd door het ziekenhuis (en een deel van deze informatie kan opgehaald worden via de openbare informatie van de Transparantiekalender). Daarnaast komen volumecijfers over aantallen patiënten en behandelingen uit de NKR. De structuurinformatie betreft grotendeels kwalitatieve informatie, bijvoorbeeld over de specialisatie van de artsen uit het betrokken team wat betreft de specifieke kankersoort, hoe de wetenschap is georganiseerd en wat er aan wetenschap wordt gedaan, en wat het zorgaanbod is behorend bij de betreffende kankersoort. Hier zit registratielast voor de ziekenhuizen.
3. **Ervaringen van patiënten**: ziekenhuizen maken gebruik van NFK-aanbod voor uitvraag en analyse van de NFK-PREM Oncologie & Netwerkgorg of leveren zelf vergelijkbare PREM-data aan. Ziekenhuizen nodigen hun patiënten hiervoor uit middels een brief die NFK als voorbeeld aanlevert. Patiënten vullen de vragenlijst in op [www.nfk.nl/ziekenhuis](http://www.nfk.nl/ziekenhuis). NFK doet de data-analyse en geeft de geaggregeerde data terug aan het ziekenhuis of netwerk en verwerkt ze direct in de beschrijvingen.

---

<sup>1</sup> Basis voor onze aanpak was het project *Betekenisvolle Keuze-informatie*. Dit was een project van NFK en kankerpatiëntenorganisaties Borstkankervereniging Nederland (BVN), Leven met Blaas- of Nierkanker (LBNK) en SPKS leven met maag- of slokdarmkanker (SPKS). Het liep van 2019 tot en met 2021 en was gesubsidieerd door het Zorginstituut Nederland. Partijen die meewerkten aan dit project waren onder andere IKNL/NKR, DICA en het Juliuscentrum.

De registratielast per ziekenhuis is beperkt: als het ziekenhuis de patiënten per mail uitnodigt, kost het één persoon één à twee uur werk.

## VAN DATA NAAR KEUZE-INFORMATIE

### Korte uitleg methode en interpretatie

#### **Interpretatiemethoden**

In de beschrijving van een ziekenhuis of een netwerk met ziekenhuizen staan getallen of percentages die de uitkomst weergeven op een bepaald onderwerp. Als wij het belangrijk vinden om een uitspraak te doen over hoe men die uitkomst zou moeten waarderen, hanteren we één van de volgende methodes, afhankelijk van het item:

- We leggen de data langs onze eigen norm. Dit doen we vooral bij structuurinformatie, zoals de informatie die ziekenhuizen ons aanleveren, volumina (hoeveel patiënten zie je of opereer je) en zorgaanbod.
- We leggen de data langs een norm van experts. Dit doen we bij enkele klinische data, bijvoorbeeld “hoeveel patiënten die in opzet genezend te behandelen zijn, heb je ook daadwerkelijk een in opzet genezende behandeling gegeven”. Experts: dit moet tussen de 60% en 95% liggen.
- We vergelijken de data met het landelijk gemiddelde. Dit doen we met alle klinische data waarvoor we geen norm hebben.
- Voor de PREM hebben we onze eigen variant ontwikkeld van de NPS-score die in de marketing wordt gebruikt. Deze score kijkt naar hoeveel mensen de zorg “heel goed” vonden.

Om van data keuze-informatie te maken is een vertaalslag nodig. We analyseren, interpreteren en duiden deze data in onderlinge samenhang. We vertalen ze naar in thema's en kenmerken onderverdeelde beschrijvingen van de expertise van het ziekenhuis of netwerk. Deze beschrijvingen zijn betekenisvol en begrijpelijk voor patiënten én worden als valide ervaren door het deelnemende ziekenhuis of netwerk. De beschrijvingen kennen een vast format en bieden per thema ook vrije tekstruimte voor bijvoorbeeld extra aanvulling vanuit het ziekenhuis.

## DATA-INTERPRETATIE

Informatie waarvan het aannemelijk is dat deze kan bijdragen aan inzicht in de kankerspecifieke expertises van ziekenhuizen wordt gewogen. We hanteren hierbij een uniforme aanpak waarbij we 2 punten, 1 punt of geen punten toekennen. Dit geldt voor alle niveaus van de beschrijving. Het basale uitgangspunt van deze methodiek is dat we de aanwezigheid van een kenmerk (bij kwalitatieve items), of het behalen van een goede ‘bevinding’ (bij kwantitatieve items) belonen, terwijl we de afwezigheid van kenmerken of het behalen van een minder goede ‘bevinding’ niet sanctioneren. Dit reflecteert de positieve benadering van onze methodiek.

### ITEMNIVEAU

Wij beschrijven en interpreteren alle items en wegen een gedeelte hiervan. Als we een item wegen, draagt het bij aan de interpretatie die we op verschillende niveaus aan een beschrijving toevoegen. We wegen een item alleen als het aannemelijk is dat dit kan bijdragen aan inzicht in de kankerspecifieke expertises van ziekenhuizen.

Hiervoor gebruiken we enkele methodes, afhankelijk van het item:

- a. We leggen de data langs onze eigen norm. Dit doen we vooral bij structuurinformatie, zoals de informatie die ziekenhuizen ons aanleveren, volumina (hoeveel patiënten zie je of opereer je) en zorgaanbod.
- b. We leggen de data langs een norm van experts. Dit doen we bij enkele klinische data, bijvoorbeeld “hoeveel patiënten die in opzet genezend te behandelen zijn, heb je ook daadwerkelijk een in opzet genezende behandeling gegeven”. Experts: dit moet tussen de 60% en 95% liggen.
- c. We vergelijken de data met het landelijk gemiddelde. Dit doen we met alle klinische data waarvoor we geen norm hebben.
- d. Voor de PREM hebben we onze eigen variant ontwikkeld van de net promotor score (NPS) die in de marketing wordt gebruikt. Deze meetmethode kijkt naar hoeveel mensen de zorg “heel goed” vonden (dus rapportcijfer 9 of 10 gaven).

Aan bovenstaande interpretatie hangen we één van de volgende drie scores<sup>2</sup>:

- a. Heel goed ten opzichte van de norm of veel beter dan gemiddeld (30% afwijking of meer). Voor dit item krijgen ze dan 2 punten.
- b. Goed ten opzichte van de norm of beter dan gemiddeld (op het gemiddelde tot 30% afwijking). Voor dit item krijgen ze dan 1 punt.
- c. Onder gemiddeld of voldoende/laag ten opzichte van de norm. Voor dit item krijgen ze dan geen punten.

---

#### VAN ITEM NAAR THEMA

Een groepje items vormt samen een thema (bijvoorbeeld “behandeluitkomsten bij uitgezaaide kanker”). Afhankelijk van het aantal items kan per thema een aantal itempunten behaald worden. Bijvoorbeeld: als er tot een thema vijf items behoren, kunnen voor dat thema maximaal  $5 \times 2 = 10$  (item)punten behaald worden. Wij geven het ziekenhuis dan vervolgens punten voor dat thema (themapunten):

- a. Als het ziekenhuis minimaal 70% van het aantal (item)punten heeft behaald (dus 7 tot en met 10 punten in dit voorbeeld), krijgt het voor dit thema 2 punten en is onze bevinding “heel goed”
- b. Als het ziekenhuis minimaal 50% van het aantal (item)punten heeft behaald, maar minder dan 70% (dus 5 of 6 punten in dit voorbeeld), krijgt het voor dit thema 1 punt en is onze bevinding “goed”
- c. Als het ziekenhuis minder dan 50% van het aantal (item)punten heeft behaald (dus in het voorbeeld minder dan 5 punten), krijgt het voor dit thema geen punten en is onze bevinding “voldoende”

---

#### VAN THEMA NAAR VIJF KENMERKEN

Een groepje thema's vormt samen een kenmerk. De puntenberekening voor een kenmerk is hetzelfde als hierboven bij de berekening van de thema's. Bijvoorbeeld: als er tot een kenmerk vier thema's behoren, kunnen voor dat kenmerk maximaal  $4 \times 2 = 8$  (thema)punten behaald worden. Wij geven het ziekenhuis dan vervolgens punten voor dat kenmerk (kenmerkpunten).

- d. Als het ziekenhuis minimaal 70% van het aantal (thema)punten heeft behaald (dus minimaal 5,8 punten, oftewel 6 tot en met 8 punten in dit voorbeeld), krijgt het voor dit kenmerk 2 punten en is onze bevinding “heel goed”
- e. Als het ziekenhuis minimaal 50% van het aantal (thema)punten heeft behaald, maar minder dan 70% (dus 4 of 5 punten in dit voorbeeld), krijgt het voor dit kenmerk 1 punt en is onze bevinding “goed”
- f. Als het ziekenhuis minder dan 50% van het aantal (thema)punten heeft behaald (dus in het voorbeeld minder dan 4 punten), krijgt het voor dit kenmerk geen punten en is onze bevinding “voldoende”

---

<sup>2</sup> Voor behandeluitkomsten hanteren we andere methodiek gebaseerd op statistische significantie.

Per kenmerk kennen we aan het ziekenhuis 2 punten toe (onze bevinding is dan “heel goed”), 1 punt (onze bevinding is dan “goed”), of geen punten (onze bevinding is dan “voldoende”). Er zijn vijf kenmerken:

1. Mate van specialisatie
2. Wetenschappelijk klimaat en zorg volgens richtlijnen
3. Behandeling en de resultaten ervan
4. Zorgaanbod
5. Ervaringen van patiënten

---

#### VAN VIJF KENMERKEN NAAR ÉÉN SAMENVATTENDE BEVINDING

De vijf kenmerken samen leiden tot onze alles samenvattende bevinding. De puntenberekening voor deze bevinding is weer hetzelfde als hierboven bij de berekening van de kenmerken. Er zijn vijf kenmerken, en hiervoor kunnen maximaal  $5 \times 2 = 10$  (kenmerk)punten behaald worden. Wij geven het ziekenhuis dan vervolgens punten voor de samenvattende bevinding (ziekenhuispunten). Hiervoor kennen we aan het ziekenhuis 2 punten toe (onze bevinding is dan “heel goed”, 1 punt (onze bevinding is dan “goed”), of geen punten (onze bevinding is dan “voldoende”):

- a. Als het ziekenhuis minimaal 70% van het aantal kenmerkpunten heeft behaald (dus 7 tot en met 10 punten), is onze bevinding “dit ziekenhuis doet het heel goed als we kijken naar de vijf kenmerken van specialisatie”.
- b. Als het ziekenhuis minimaal 50% van het aantal kenmerkpunten heeft behaald, maar minder dan 70% (dus 5 of 6 punten), is onze bevinding “dit ziekenhuis doet het goed als we kijken naar de vijf kenmerken van specialisatie”.
- c. Als het ziekenhuis minder dan 50% van het aantal kenmerkpunten heeft behaald (dus minder dan 5 punten), is onze bevinding “dit ziekenhuis doet het voldoende als we kijken naar de vijf kenmerken van specialisatie”.

De methodiek is voor de usecase slokdarmkanker/maagkanker samengevat in onderstaande figuur.

SAMENVATTENDE BEVINDING		Samenvattende bevinding ziekenhuis																			
Punten/ kwalificaties		2: heel goed 1: goed 0: voldoende																			
Afkapwaarden voor 1 punt, 2 punten		50%, 70%																			
Maximale somscore van kenmerken		10																			
KENMERK		1. Mate van specialisatie				2. Wetenschappelijk klimaat en zorg volgens richtlijnen		3. Behandelingen en resultaten					4. Zorgaanbod			5. Ervaringen van patiënten					
Punten/ kwalificaties		2: heel gespecialiseerd 1: gespecialiseerd 0: biedt zorg				2: heel goed 1: goed 0: voldoende		2: heel goed 1: goed 0: voldoende					2: heel goed 1: goed 0: voldoende			2: heel goed 1: goed 0: voldoende					
Afkapwaarden voor 1 punt, 2 punten		50%, 70%				50%, 70%		50%, 70%					50%, 70%			60%, 75%					
Maximale somscore van thema's		8				4		10					6			100%					
THEMA		1. Door andere zikh. gezien als expertteam	2. Specialisatie zorgverleners behandeling	3. Specialisatie zorgverleners diagnostiek	4. Aantal diagnoses en aantal behandelingen	1. Wetenschappelijk klimaat	2. Zorg volgens richtlijnen	1. n behandelingen	2. Uitvoering van zorg	3. Uijk.n met genezing als doel – slokdarmk.	4. Uijk.n met genezing als doel – maagk.	5. Uitkomsten uitgezaad	1. Medisch-specialistische zorg	2. Ondersteunende zorg en nazorg	3. Organisatie multidisciplinaire zorg	1. Tevredenheid	2. Vast aanspreekpunt	3. Maken van afspraken	4. Samen beslissen	5. Hulp en steun	6. Aanbeveling
Punten		2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2	0; 1; 2
Afkapwaarden voor 1 punt, 2 punten		100%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	50%, 70%	60%, 75%	60%, 75%	60%, 75%	60%, 75%	60%, 75%	60%, 75%
Maximale somscore van individuele items		2	18	22	2	11	10	4	10	10	8	4	8	14	11	100	100	100	100	100	100
INDIVIDUELE ITEMS		Aantal items per thema varieert tussen 1 en 11. Dit resulteert in een somscore per thema.																			

Methodiek voor de usecase slokdarmkanker/maagkanker

## INFORMATIENIVEAUS VAN DE ZIEKENHUISBESCHRIJVING

Hierboven is beschreven hoe items, thema's en kenmerken uiteindelijk leiden tot onze eindbevinding. Hier beschrijven we hoe we deze onderdelen uitwerken tot een ziekenhuisbeschrijving. De keuze-informatie van de ziekenhuisbeschrijving is opgebouwd uit verschillende lagen. Per ziekenhuis is er:

- i. Een samenvatting van het ziekenhuis in zijn geheel met hierin een opsomming van één zin per kenmerk.
- ii. Een samenvatting per kenmerk met hierin een opsomming van één zin per thema.
- iii. Een tekst waarin we de items per kenmerk presenteren en duiden.
- iv. Een tekst waarin we de items per thema presenteren en duiden.

In dit document werken we van onder naar boven (van detailniveau naar globaal niveau). We starten op het niveau van de items, dan gaan we naar de samenvattende zinnen per thema, daarna volgen de samenvattende zinnen per kenmerk en we eindigen met het ziekenhuis in zijn geheel. Waar we in dit document 'ziekenhuis' schrijven, kan ook 'netwerk' worden gelezen.

In de nu volgende delen van dit document beschrijven we in detail onze methodiek.

## WEGING VAN INDIVIDUELE ITEMS

- We wegen een item maar één maal. Het kan wel meerdere malen beschreven worden, bijvoorbeeld bij verschillende kenmerken van expertzorg.
- Bij een beperkt deel van de items kennen we maximaal 1 punt toe in plaats van 2 punten, om te voorkomen dat het item te zwaar meeweegt binnen het thema.
- Aan gewogen items kennen we soms op itemniveau een kwalificatie toe. Dit hangt van de context af. Een voorbeeld is "heel goed" (2 punten); "goed" (1 punt). Op itemniveau kennen we bij afwezigheid van punten geen kwalificatie toe, in lijn met de positieve benadering van onze methodiek.

## VALIDE PERCENTAGES

We berekenen valide percentages waarbij we de categorie onbekend/weet niet/n.v.t. behandelen als missing value. Met andere woorden, we nemen deze niet mee in de noemer.

## MINIMUMAANTALLEN

Om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over cijfers houden we na overleg met IKNL de volgende afkapwaarden aan:

---

### BIJ TOTALEN OVER 3 JAAR OF MEER

- Noemer  $\geq 30$ : we beschrijven de cijfers zonder voorbehoud
- $10 \leq$  noemer  $< 30$ : we beschrijven de cijfers onder voorbehoud
- noemer  $< 10$ : we beschrijven de cijfers niet

---

### BIJ TOTALEN OVER 2 JAAR

- Noemer  $\geq 20$ : we beschrijven de cijfers zonder voorbehoud
- $10 \leq$  noemer  $< 20$ : we beschrijven de cijfers onder voorbehoud
- noemer  $< 10$ : we beschrijven de cijfers niet

---

### BIJ TOTALEN OVER 1 JAAR

- Noemer  $\geq 10$ : we beschrijven de cijfers zonder voorbehoud

- Noemer < 10: we beschrijven de cijfers niet

Voor de items die we wegen, geldt dat we dat alleen doen als de aantallen in de noemer hoog genoeg zijn om het item (eventueel onder voorbehoud) te beschrijven. Als dat niet zo is behaalt het ziekenhuis op dat onderdeel geen punten.

## WEGINGEN PER TYPE DATA

### ITEMS UIT STRUCTUURINFORMATIE

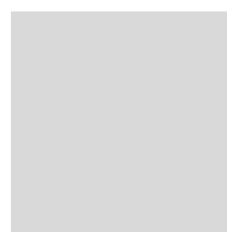
Dit zijn kwalitatieve items. Hier gebruiken we gewoonlijk normen die door NFK/KPO zijn vastgesteld.

#### UITKOMST VOLDOET (GEDEELTELIJK) AAN NORM

Voldoet volledig aan norm  
2 punten



Voldoet gedeeltelijk aan norm:  
1 punt



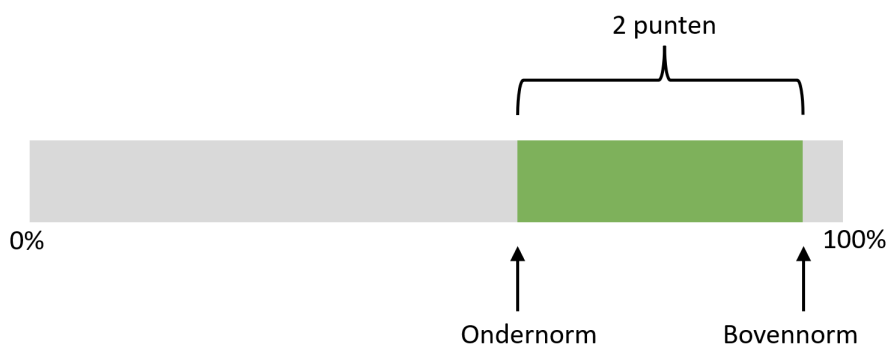
Een voorbeeld bij het kenmerk *Zorgaanbod* is: “*Is oncologische revalidatie beschikbaar voor [Aandoening]?*”. Indien dit beschikbaar is ‘In eigen huis’, kennen we 2 punten toe. Indien dit beschikbaar is ‘In samenwerking’ kennen we 1 punt toe.

Een eenvoudiger variant hierop is een ja/nee vraag. Een voorbeeld bij kenmerk *Zorg volgens laatste inzichten en wetenschappelijk klimaat* is: “*Is een researchverpleegkundige beschikbaar voor [Aandoening]?*”. Indien ‘Ja’, kennen we 2 punten toe.

### ITEMS UIT KLINISCHE INFORMATIE

Dit zijn kwantitatieve items. Hier gebruiken we zowel normen die door experts zijn vastgesteld als normen die door NFK/KPO zijn vastgesteld.

#### UITKOMST LIGT BINNEN DE NORM



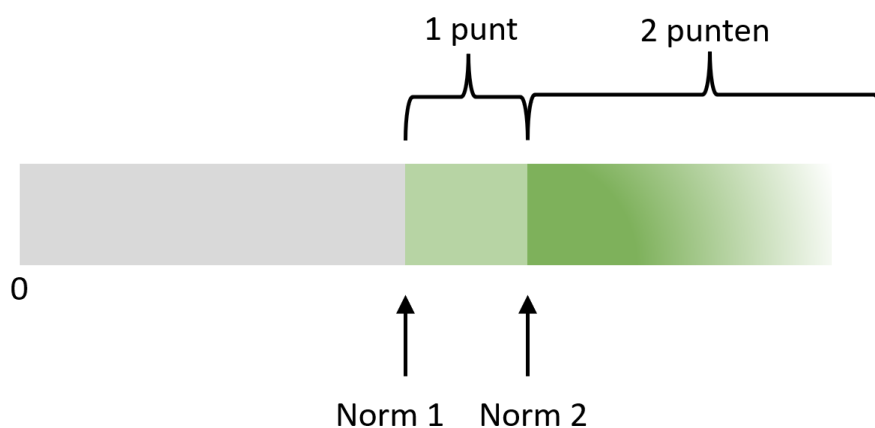


Dit zijn typisch percentuele uitkomsten. Een percentage dat binnen een bereik ligt beschouwen we als wenselijk. Een voorbeeld bij het kenmerk *Behandelingen en de resultaten ervan* is: “Percentage patiënten dat met curatieve intentie is behandeld voor [Aandoening]”. Dit is een door experts vastgestelde norm. Idealiter ligt de waarde hier niet te hoog, maar ook niet te laag. Een te hoge waarde zou er bijvoorbeeld op kunnen duiden, dat de patiënt niet mag kiezen voor een andere of géén behandeling. Als de waarde binnen het bereik (inclusief de normwaarden) ligt, kennen we twee punten toe.

---

#### UITKOMST LIGT TUSSEN NORM 1 OF 2, OF BOVEN NORM 2

Dit zijn veelal volumennormen. Een hoger aantal wordt als beter beschouwd. Een voorbeeld bij het kenmerk *Behandelingen en de resultaten ervan* is: “Aantal resecties bij [Aandoening]”. Dit is een door NFK/KPO vastgestelde norm. Als het aantal resecties van een ziekenhuis boven norm 2 ligt, of gelijk is aan norm 2, kennen we 2 punten toe. Als het aantal resecties van een ziekenhuis tussen norm 1 en norm 2 ligt, of gelijk is aan norm 1, kennen we 1 punt toe.



---

#### UITKOMST TEN OPZICHTE VAN LANDELIJK GEMIDDELDE

### **FAQ: klopt de interpretatie bij afwijking van het landelijk gemiddelde wel?**

We krijgen vragen over de interpretatie van de afwijking van het landelijk gemiddelde. We begrijpen de verwarring en leggen hier graag uit hoe het zit. NB, bij behandeluitkomsten hanteren we een andere aanpak die verderop wordt beschreven. Als we de methode gebruiken waarbij we kijken naar de afwijking van het landelijk gemiddelde, dan hanteren we voor de interpretatie 2 afkapwaarden, namelijk: 1) het landelijk gemiddelde en 2) 30% lager of hoger dan het landelijke gemiddelde, wat leidt tot de volgende 3 scenario's als we uitgaan van een percentage waarvoor geldt: "hoe lager, hoe beter" (altijd binnen een bepaalde marge uiteraard, net zoals bij complicatiecijfers):

1. Het percentage van het ziekenhuis ligt boven het landelijk gemiddelde: geen omschrijving. We noemen hier alleen in een aparte zin het landelijk gemiddelde.
2. Het percentage van het ziekenhuis ligt op het landelijk gemiddelde of tot 30% lager dan het landelijk gemiddelde: de omschrijving is dan "lager dan het landelijk gemiddelde"
3. Het percentage van het ziekenhuis ligt 30% onder het landelijk gemiddelde of lager: de omschrijving is dan "veel lager dan het landelijk gemiddelde"

### **Rekenmethode bij lage percentages**

Hoe lager het landelijk gemiddelde ligt, hoe kleiner de afwijking hoeft te zijn om afkapwaarde 2 (bijvoorbeeld tenminste 30% lager dan het gemiddelde) te passeren, en daarmee de kwalificatie "veel lager dan" te krijgen. Immers, 30% van 50% is 15%, terwijl 30% van 5% 1,5% is. We hebben voor deze aanpak gekozen, omdat bij lage landelijke percentages de absolute verschillen tussen ziekenhuizen ook niet groot kunnen zijn, terwijl er wel grote relatieve verschillen kunnen zijn. Een kleine absolute afwijking, maar een relatief grote afwijking, kan vaak al grote implicaties hebben. We illustreren onze methode aan de hand van een voorbeeld: "Percentage patiënten dat behandeld is met curatieve intentie bij slokdarmkanker, uitgesplitst naar type behandeling". Bij dit item worden drie volgens experts aanbevolen behandelingen beschreven. Daarnaast is er een categorie "Overig (bestaande uit de subcategorieën "Geen behandeling" en "Overige behandelingen")". Er is vastgesteld dat deze laatste categorie niet te groot moet zijn, maar er zijn geen geschikte normen beschikbaar.

Stel dat het landelijk gemiddelde percentage van de categorie "Overig" 20% is. De afkapwaarden worden dan als volgt berekend: 30% van het landelijk gemiddelde (20%) is 6%. 30% onder het landelijk gemiddelde is dan:  $20\% - 6\% = 14\%$ .

- Als het percentage "Overig" bij een ziekenhuis tussen de 20% en de 14% ligt, omschrijven we de afwijking als "lager dan het landelijk gemiddelde".
- Als het percentage "Overig" 14% of lager is, omschrijven we de afwijking als "veel lager dan het landelijk gemiddelde".
- Als het percentage van het ziekenhuis boven het landelijk gemiddelde ligt kennen we hier geen kwalificatie aan toe. We noemen dan alleen in een aparte zin het landelijk gemiddelde.

### **Rekenmethode bij hoge percentages**

Wanneer het landelijk gemiddelde hoger is dan 50%, geldt een extra toevoeging op bovenstaande. Een uitkomstmaat kan vaak op twee manieren gedefinieerd worden. Bij bovenstaand voorbeeld zouden we ook kunnen spreken van "Percentage aanbevolen behandelingen". Dit zou dan 80% zijn. Als we hier dezelfde methodiek hanteren, zouden we aan een ziekenhuis bij een percentage aanbevolen behandelingen boven de 104% pas 2 punten toekennen ( $30\% \text{ van } 80\% = 24\%$  en  $80\% + 24\% = 104\%$ ). Om te zorgen dat we bij hoge landelijke percentages vergelijkbare afkapwaarden kunnen hanteren als bij lage percentages, hanteren we de volgende aanpak: indien het landelijk gemiddelde van een uitkomstmaat boven de 50% ligt, gaan we uit van het restpercentage van het landelijk gemiddelde (100% minus het percentage) en berekenen we de 30% afwijking van dit restpercentage. De afkapwaarde 2 ligt nu op 86% ( $30\% \text{ van } (100\% - 80\%) = 6\%$ ,  $80\% + 6\% = 86\%$ ). Er gelden nu vergelijkbare afkapwaarden voor de items, onafhankelijk van de hoogte van het landelijk gemiddelde én van de manier waarop ze gedefinieerd zijn.

Dit zijn kwantitatieve items die typisch worden gemeten als percentuele uitkomst. Wanneer er in de optiek van de NFK/KPO onvoldoende evidentie of consensus is over hanteerbare normen, bepalen we in plaats daarvan de afkapwaarden voor het toekennen van punten op basis van het landelijk gemiddelde. Het gemiddelde vormt afkapwaarde 1, en de waarde die 30% boven of onder het landelijk gemiddelde ligt, afkapwaarde 2 (afhankelijk van het feit, of een hoger dan wel een lager percentage een betere uitkomst reflecteert).

In de pilotfase hebben we onderzocht wat het effect van verschillende afkapwaarden is voor differentiatie tussen ziekenhuizen, waarbij we uniforme afkapwaarden wilden hanteren voor alle items om de methodiek zo inzichtelijk mogelijk te houden. Het gemiddelde en 30% afwijking hiervan bleken bruikbaar om inzicht te geven in de mate van specialisatie. We realiseren ons dat deze manier van het bepalen van afkapwaarden op grond van de data enigszins arbitrair is. Tegelijkertijd wijzen we erop dat hetzelfde geldt voor de bij wetenschappelijk onderzoek meest frequent toegepaste statistische maten voor effectgrootte. Zo worden bijvoorbeeld bij de maat voor effectgrootte Cohen's  $d$  de arbitraire, maar zeer vaak gebruikte afkapwaarden van 20%, 50% en 80% afwijking van de standaarddeviatie aangehouden voor effectgrootte van respectievelijk 'klein', 'medium' en 'groot'.

Een voorbeeld bij het kenmerk *Behandelingen en de resultaten ervan* is: "Percentage patiënten dat behandeld is met curatieve intentie bij slokdarmkanker, uitgesplitst naar type behandeling." Bij dit item worden drie aanbevolen behandelingen beschreven: endoscopische resectie, chirurgie en chemoradiatie. Daarnaast is er een categorie "Overig" die bestaat uit de subcategorieën "Geen behandeling" en "Overige behandelingen". Met experts is vastgesteld dat deze laatste categorie niet te groot moet zijn, maar er zijn geen specifieke afkapwaarden beschikbaar. Daarom gaan we uit van het landelijk gemiddelde: als het percentage "Overig" 30% onder het landelijk gemiddelde ligt of meer, kennen we 2 punten toe. Als het percentage tussen het landelijk gemiddelde en 30% onder het landelijk gemiddelde ligt, kennen we 1 punt toe<sup>3</sup>. Ter illustratie: stel dat het landelijk gemiddelde percentage van de categorie "Overig" 20% is.  $30\% \times 20\% = 6\%$ .  $20\% - 6\% = 14\%$ . Als het percentage "Overig" 14% of lager is, kennen we 2 punten toe. Als het percentage "Overig" bij een ziekenhuis tussen de 20% en de 14% ligt, kennen we 1 punt toe.



## AANPAK BIJ LANDELIJK GEMIDDELDE > 50%

<sup>3</sup> Indien de uitkomst voor een ziekenhuis identiek is aan het landelijk gemiddelde, kennen we ook 1 punt toe.

Wanneer het landelijke gemiddelde hoger is dan 50%, geldt een extra toevoeging op bovenstaande. Een uitkomstmaat kan vaak op twee manieren gedefinieerd worden. Bij bovenstaand voorbeeld zouden we ook kunnen spreken van “*Percentage aanbevolen behandelingen* (in dit geval endoscopische resectie, chirurgie en chemoradiatie)”. Als we het voorbeeld hierboven aanhouden, zou het landelijk gemiddelde percentage aanbevolen behandelingen 80% zijn. Als we hier dezelfde methodiek hanteren, zouden we aan een ziekenhuis bij een percentage aanbevolen behandelingen boven de 104% pas 2 punten toekennen ( $30\% \times 80\% = 24\%$ ,  $80\% + 24\% = 104\%$ ). Om te bewerkstelligen dat vergelijkbare afkapwaarden gelden als wanneer we uitgaan van de categorie “*Overig*”, hanteren we de volgende aanpak: indien het landelijke gemiddelde van een uitkomstmaat boven de 50% ligt, gaan we uit van het restpercentage van het landelijk gemiddelde (100% minus het percentage), en berekenen de 30% afwijking van dit restpercentage. De afkapwaarde om 2 punten toe te kennen ligt nu op 86% ( $30\% \times (100\% - 80\%) = 6\%$ ,  $80\% + 6\% = 86\%$ ). Zoals in de figuren is te zien gelden nu vergelijkbare afkapwaarden voor de items, ongeacht de wijze waarop ze gedefinieerd zijn.



## OVERLEVINGSCIJFERS

### **FAQ: klopt de interpretatie bij afwijking van het landelijk gemiddelde wel?**

#### **Rekenmethode bij behandeluitkomsten**

Behandeluitkomsten zijn een belangrijke uitkomstmaat, maar ook een uitkomstmaat waar extra kritisch naar wordt gekeken als het gaat om transparantie. Bij de interpretatie van de behandeluitkomsten hanteren we daarom een iets andere aanpak. Hier gaan we uit van statistisch significante afwijkingen van het landelijk gemiddelde. Bij overlevingsuitkomsten gaan we uit van survival analyses van IKNL. Bij overige behandeluitkomsten van funnelplots zoals gepubliceerd met de SKI-tool (op basis van openbare data van de transparantiekalender). Deze gebruiken we om toeval bij afwijking van het landelijk gemiddelde zoveel mogelijk uit te sluiten. Wat betreft de overlevingscijfers hebben we deze opgevraagd per groep patiënten: bijvoorbeeld per stadium of per behandelmodaliteit. Pas als het betrouwbaarheidsinterval van de overleving van het ziekenhuis hoger is dan, en *niet* overlapt met het betrouwbaarheidsinterval van het landelijk gemiddelde, zeggen we dat de overleving duidelijk (significant) hoger is dan het landelijke beeld. Voor overige behandeluitkomsten concluderen we pas dat een ziekenhuis significant afwijkt van het landelijke gemiddelde als de uitkomst buiten het betrouwbaarheidsinterval ligt.

Behandeluitkomsten zijn een zeer belangrijke uitkomstmaat, waar extra kritisch naar wordt gekeken als het gaat om transparantie. Bij deze cijfers worden daarom statistische analyses gebruikt om te concluderen of een ziekenhuis significant afwijkt. We hanteren deze extra stringente aanpak om toeval bij gevonden verschillen zoveel mogelijk uit te sluiten. Bij het evalueren van behandeluitkomsten van ziekenhuizen vergelijken we deze met het landelijk gemiddelde, zoals we ook bij sommige andere items doen waar geen geschikte normen voor beschikbaar zijn. De aanpak verschilt echter van de eerder beschreven methode (waarbij het percentage afwijking van het landelijk gemiddelde bepalend is voor de toekenning van punten).

Voor overlevingscijfers worden zogenaamde survival analyses gebruikt, die verricht worden door IKNL. De uitkomsten bij deze analyses worden meestal uitgedrukt als het percentage patiënten dat nog in leven is, één of meerdere jaren na diagnose of een bepaalde ingreep. Andere uitkomsten zijn ook mogelijk, zoals het percentage patiënten dat geen ziekteprogressie heeft na een bepaalde tijd.

Gewoonlijk worden overlevingscijfers uitgesplitst naar, en/of gecorrigeerd voor variabelen die de overleving beïnvloeden, zoals kankerstadium.

Hiervoor kijken we naar de zogenaamde 95% betrouwbaarheidsintervallen. Pas als het betrouwbaarheidsinterval behorend bij het overlevingscijfer van het ziekenhuis niet overlapt met het betrouwbaarheidsinterval behorend bij het landelijke gemiddelde, concluderen we dat de overleving voor het desbetreffende ziekenhuis significant hoger dan wel lager is dan het landelijk gemiddelde.

Als het overlevingscijfer voor het ziekenhuis significant hoger is dan het landelijke gemiddelde, kennen we 2 punten toe. Als het overlevingscijfer voor het ziekenhuis niet significant verschilt met het landelijke gemiddelde, kennen we 1 punt toe. Bij een significant lagere overleving kennen we geen punten toe.

Een ander type overlevingsanalyse dat IKNL verricht zijn zogenaamde time-to-event analyses. Hierbij wordt niet gekeken naar het percentage patiënten dat na een vast tijdstip (bijvoorbeeld 5 jaar) nog in leven is, maar naar de overlevingsduur van individuele patiënten vanaf een bepaalde gebeurtenis (diagnose of behandeling). Het kan ook gaan om de periode die een patiënt leeft zonder ziekteprogressie. Een voorbeeld hiervan is de Cox frailty-analyse zoals gerapporteerd bij slokdarmkanker/maagkanker. Pas als de betrouwbaarheidsintervallen behorend bij het overlevingscijfer van het ziekenhuis niet overlappen met de waarde '1' concluderen we dat de overleving voor het desbetreffende ziekenhuis significant hoger dan wel lager is dan het landelijk gemiddelde. Als het overlevingscijfer voor het ziekenhuis significant hoger is dan het landelijke gemiddelde, kennen we 2 punten toe. Als het overlevingscijfer voor het ziekenhuis niet significant verschilt met het landelijke gemiddelde, kennen we 1 punt toe. Bij een significant lagere overleving kennen we geen punten toe.

Voor de overige behandeluitkomsten gebruiken we Spiegelinformatie Kwaliteitsindicatoren (SKI) tool van DHD. Deze is gebaseerd op openbaar beschikbare informatie van de Transparantiekalender. Behandeluitkomsten worden hier weergegeven via zogenaamde funnelplots. De afwijking van individuele ziekenhuizen ten opzichte van het landelijke gemiddelde is hierin gevisualiseerd. Om te bepalen of ziekenhuizen afwijken van het landelijke gemiddelde kijken we ook weer naar de zogenaamde 95% betrouwbaarheidsintervallen. Pas als de uitkomst van het ziekenhuis buiten het betrouwbaarheidsinterval behorend bij het landelijke gemiddelde valt, concluderen we dat de uitkomst voor het desbetreffende ziekenhuis significant hoger dan wel lager is dan het landelijk gemiddelde.

Als de uitkomst voor het ziekenhuis significant beter is dan het landelijke gemiddelde, kennen we 2 punten toe. Als de uitkomst voor het ziekenhuis niet significant verschilt met het landelijke gemiddelde, kennen we 1 punt toe. Bij een significant slechtere uitkomst kennen we geen punten toe.

---

## ITEMS UIT ERVARINGEN VAN PATIËNTEN (PREMS)

Dit zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve items.

In tegenstelling tot informatie uit de datatypen *Structuurinformatie* en *Klinische informatie* beschikken we voor de PREMS over data op het niveau van de individuele patiënt. Van alle items die we wegen, berekenen we - door het samenvoegen van de individuele patiëntdata - kwantitatieve uitkomstmaten op ziekenhuisniveau.

---

## WAARDERINGSSCORE OP BASIS VAN RAPPORTCIJFER: WAARDE LIGT TUSSEN NORM 1 OF 2, OF BOVEN NORM 2

De methodiek voor de PREMS is gebaseerd op onderzoek naar de Net Promotor Score (NPS) die we aangepast hebben en in de huidige context *Waarderingsscore* noemen. De NPS is een veelgebruikte maat uit marketingonderzoek om klantloyaliteit te meten, en wordt vaak door organisaties gebruikt om producten en diensten te verbeteren. De vraag waarop de berekening van de NPS is gebaseerd, is ook opgenomen in onze PREMS en luidt “*Zou u het [Ziekenhuis] aan andere mensen met [Kankersoort] aanraden?*” waarbij respondenten een rapportcijfer van 1 (“*Zeker niet*” tot en met 10 “*Zeker wel*”) kunnen geven. De methodiek die wordt toegepast om de NPS te berekenen is om de rapportcijfers eerst in te delen in 3 categorieën: ‘Critici’ (rapportcijfers 1 t/m 5), ‘Passief tevredenen’ (rapportcijfers 6, 7 en 8) en ‘Promotoren’ (rapportcijfers 9 en 10)<sup>4</sup>. Voor het berekenen van de NPS wordt het percentage Critici (rapportcijfers 1 t/m 5) afgetrokken van het percentage Promotoren. Door Passief tevredenen te negeren in de berekening van de NPS wordt de waardering van respondenten die heel tevreden of juist heel ontevreden zijn, uitvergroot. Dit zijn vaak diegenen, die actief het imago van een organisatie beïnvloeden door zich er positief dan wel negatief over uit te laten.

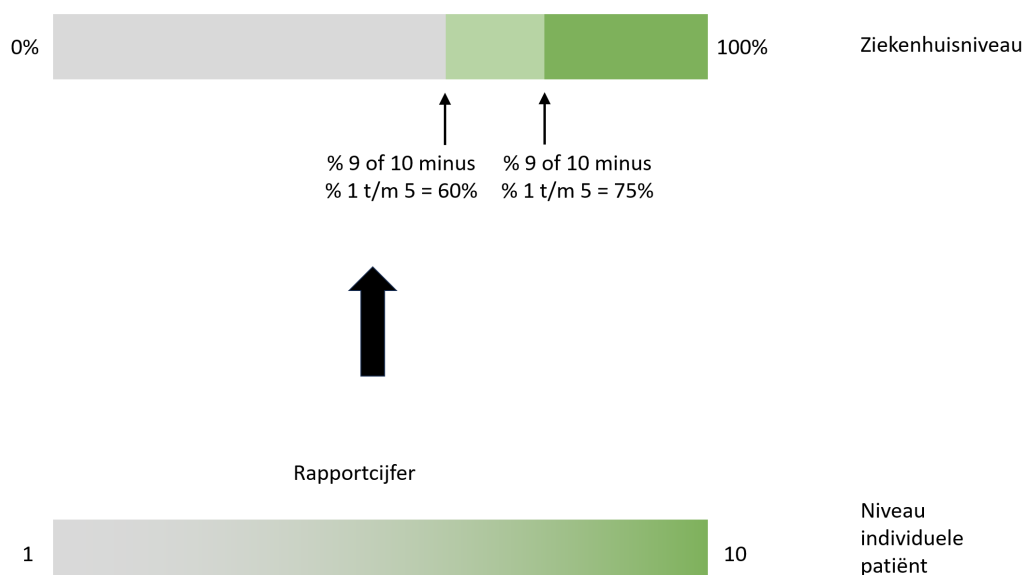
Het (theoretische) bereik van de NPS loopt van -100 tot 100 en de afkapwaarde voor een goede dan wel erg goede ‘score’ is erg afhankelijk van de branche<sup>5</sup>. Gemiddelde uitkomsten liggen in de gezondheidszorg hoog, zeker binnen de oncologische context. Ons baserend op openbaar beschikbare cijfers en onze pilotdata hebben we afkapwaarden vastgesteld van 75 en 60.

De term NPS wordt gewoonlijk uitsluitend gebruikt in de context van de vraag of respondenten iets aanbevelen. We passen de methodiek voor de NPS niet alleen toe op de vraag over het aanbevelen van het ziekenhuis, maar op alle vragen waarbij het antwoord bestaat uit een rapportcijfer. De gedachte hierachter, is dat we ook bij andere vragen de waardering van respondenten die heel tevreden of juist heel ontevreden zijn, uitvergroten, zodat duidelijker wordt op welke aspecten een ziekenhuis mogelijk nog kan verbeteren.

---

<sup>4</sup> Bij de oorspronkelijke berekening van de NPS is het rapportcijfer ‘6’ ingedeeld bij de ‘Critici’. Om aan kritiek tegemoet te komen dat het rapportcijfer 6 geen onvoldoende is en daarom met name in meer ‘nuchtere’ culturen buiten de Verenigde Staten onterecht is ingedeeld bij ‘Critici’, delen wij de ‘6’ in bij ‘Passief tevredenen’.

<sup>5</sup> Omdat we tot nu toe geen Waarderingsscores onder de 0% zijn tegengekomen gebruiken we ter illustratie een schaal die van 0% tot 100% loopt.



Een voorbeeld bij het kenmerk *Ervaringen van patiënten* is: "*Vriendelijkheid van de artsen*". Als de Waarderingsscore hoger dan of gelijk is aan 75 kennen we 2 punten toe. Als de waarderingsscore tussen 60 en norm 75 ligt kennen we 1 punt toe (inclusief waarde 60).

In aanvulling op de vragen waar rapportcijfers worden gegeven, worden ook vragen meegewogen met categoriale antwoordopties (bijvoorbeeld Ja/Nee). Ook hier passen we de afkapwaarden 75 en 60 toe, gebaseerd op het percentage respondenten dat de antwoordoptie 'Ja' invult. Dus, als 75% of meer van de respondenten 'Ja' antwoord op de vraag, kennen we 2 punten toe, en als tussen de 60% en 75% van de respondenten 'Ja' antwoord op de vraag (inclusief 60%), kennen we 1 punt toe.

De hierboven resulterende uitkomsten worden met een wegingssysteem vertaald naar kwalificaties op thema- en kenmerk niveau waarbij we telkens dezelfde afkapwaarden hanteren (75 en 60).

De PREM bevat een aantal vragen die opgevolgd worden door vervolgvragen, mits op de eerste vraag bevestigend is geantwoord. Dit komt bijvoorbeeld voor in het thema 'Hulp en steun':

1. Door de kanker en de behandeling ontstaan soms problemen. Welke problemen had of heeft u door [Aandoening]?
2. Voor welke problemen door [Aandoening] wilde u professionele hulp? (Hier verschijnen alleen de problemen die de respondent bij vraag 1 heeft aangevinkt.)
3. Voor welke problemen door [Aandoening] is er aan u door het [Ziekenhuis] professionele hulp aangeboden? (Hier verschijnen alleen de antwoorden die bij vraag 2 zijn aangevinkt.)

Om genoemd te worden in de ziekenhuisbeschrijving hanteren we voor vraag 2 de voorwaarden dat een minimum van zowel 5 respondenten en minstens 20% van het totaal aantal respondenten bevestigend moet hebben geantwoord.

## OPEN ANTWOORDEN

Naast de hierboven beschreven weegmethodes die betrekking hebben op vragen met gesloten antwoordopties, biedt de PREMS lijst de patiënt ook veel ruimte om ervaringen te delen in open tekstvelden. Twee van deze vragen informeren naar complimenten en verbeterpunten:

*“Welk compliment zou u het [Ziekenhuis] willen geven voor de zorg die u gekregen heeft voor [Aandoening]?”*

*“Wat kan het [Ziekenhuis] nog verbeteren in de zorg voor [Aandoening]?”*

We inventariseren hoe vaak respondenten complimenten en verbeterpunten noemen. Vervolgens delen we het type complimenten en verbeterpunten in, gebaseerd op de thema's waaruit de PREM vragenlijst is opgebouwd. We gebruiken de volgende thema's:

- Deskundigheid/expertise van zorgverleners
- Kwaliteit van behandeling en zorg
- Bejegening/toewijding van zorgmedewerkers naar patiënt en naasten
- Communicatie van zorgmedewerkers naar patiënt en naasten
- Samen beslissen
- Bereikbaarheid van zorgmedewerkers
- Organisatie en coördinatie van zorg
- Ondersteunende zorg en nazorg
- Doorlooptijden
- Huisvesting
- Algemeen

Als een thema relatief vaak voorkomt, dan komt dit thema terug in de ziekenhuisbeschrijving. We hanteren hiervoor per thema een minimum van 20% van de respondenten (van het totaal aantal respondenten dat een compliment, dan wel het totaal aantal respondenten dat een verbeterpunt heeft gegeven) én minimaal 3 respondenten.

Het minimum aantal respondenten is hier lager dan bij de vervolgvragen, zoals hierboven beschreven (3 i.p.v. 5). Dit komt, omdat we bij de open antwoorden geen percentages vermelden, maar alleen of een thema al dan niet voorkomt.

## WEGING VAN ITEMS BIJ EEN THEMA

Zoals hierboven besproken kennen we aan individuele items die we meewegen 2 punten of 1 punt toe. Verschillende items vormen samen een thema. Het aantal items per thema varieert tussen 1 en ± 10, afhankelijk van thema en aandoening. Voor elk thema berekenen we de somscore van de individuele items. De maximale uitkomst die te behalen is, is afhankelijk van het thema. Het aantal thema's en het aantal items per thema kan variëren tussen aandoeningen (behalve bij de 'Ervaringen van patiënten'/PREMs).

Voor thema's behorende bij een van de vier kenmerken 'Mate van Specialisatie', 'Wetenschappelijk klimaat en zorg volgens richtlijnen', 'Behandeling en de resultaten ervan' en 'Zorgaanbod' geldt dezelfde methodiek (de methodiek voor het kenmerk 'Ervaringen van patiënten' is iets anders en bespreken we bij Ervaringen van patiënten). Per thema kennen we een ziekenhuis 2 punten of 1 punt toe. Hiervoor gelden de volgende afkapwaarden: bij een resultaat van 70% en hoger kennen we 2 punten toe, bij een resultaat van 50% tot 70% kennen we 1 punt toe. Op themaniveau kennen we een kwalificatie toe aan het aantal punten. Deze kwalificatie hangt af van de specifieke context. Een voorbeeld is 'heel goed' (2 punten), 'goed' (1 punt); 'voldoende' (geen punten). Afhankelijk van de context kan het voorkomen dat we een kwalificatie bij de afwezigheid van punten achterwege laten.

Voor thema's behorende bij het kenmerk 'Ervaringen van patiënten' geldt de volgende methodiek. Per thema kan een ziekenhuis een resultaat van maximaal 100% halen. Hiervoor gelden de volgende afkapwaarden: bij een resultaat van 75% en hoger kennen we twee punten toe en de kwalificatie 'Heel goed', bij een resultaat van 60% tot 75% kennen we 1 punt toe en de kwalificatie 'Goed'. Bij een



resultaat tot 60% kennen we de kwalificatie 'Voldoende' toe, of geen kwalificatie, afhankelijk van de context. Voor thema's behorend tot het kenmerk 'Ervaringen van patiënten' berekenen we geen afkapwaarden; de resultaten nemen we als zodanig mee naar het niveau van kenmerken. Zie verder Ervaringen van patiënten.

**In de ziekenhuisbeschrijving beschrijven we per kenmerk, ieder afzonderlijk thema met één samenvattende zin, waarin de interpretatie is verwerkt die via bovenstaande methode is verkregen.**

## WEGEN VAN THEMA'S BIJ EEN KENMERK

Hier geldt dezelfde aanpak als bij het wegen van items bij een thema. Aan individuele thema's die we wegen kennen 2 punten of 1 punt toe. Verschillende thema's vormen samen een kenmerk. Het aantal thema's per kenmerk varieert tussen 2 en 6, afhankelijk van thema en aandoening. Voor elk kenmerk berekenen we de somscore van de individuele thema's. Het maximale resultaat dat te behalen is, is afhankelijk van thema en aandoening.

Voor thema's behorende bij een van de vier kenmerken 'Mate van Specialisatie', 'Wetenschappelijk klimaat en zorg volgens richtlijnen', 'Behandeling en de resultaten ervan' en 'Zorgaanbod' geldt dezelfde methodiek (de methodiek voor het kenmerk 'Ervaringen van patiënten' is weer iets anders en bespreken we bij Ervaringen van patiënten).

Een ziekenhuis kan een maximale somscore halen die afhangt van het kenmerk. Hiervoor gelden voor ieder kenmerk de volgende afkapwaarden: bij een resultaat van 70% en hoger kennen we 2 punten toe, bij een resultaat van 50% tot 70% van het totaal kennen we 1 punt toe.

**In de ziekenhuisbeschrijving begint de beschrijving van het kenmerk met één samenvattende zin, waarin de interpretatie verwerkt is die via bovenstaande methode is verkregen. De samenvattende zin komt ook terug in het voorblad van de ziekenhuisbeschrijving.**

## BESCHRIJVING VAN DE AFZONDERLIJKE THEMA'S EN KENMERKEN

N.b.: een kenmerk bestaat uit verschillende thema's. De thema's wegen telkens even zwaar mee, ongeacht het aantal items en het corresponderende aantal punten van een individueel thema. We hanteren uniforme afkapwaarden die resulteren in 2, 1 of geen punten voor een kenmerk. De thema's kunnen mogelijk (enigszins) verschillen zijn per aandoening.

### MATE VAN SPECIALISATIE

Dit kenmerk bestaat uit 4 thema's:

1. Wordt door andere ziekenhuizen gezien als expertteam
2. Specialisatie zorgverleners diagnostiek
3. Specialisatie zorgverleners behandeling
4. Aantal patiënten en aantal behandelingen

We kennen de volgende kwalificaties toe: *"Het team is heel gespecialiseerd in/ is gespecialiseerd in / biedt zorg aan voor slokdarmkanker en maagkanker"*.

### WETENSCHAPPELIJK KLIMAAT EN ZORG VOLGENS RICHTLIJNEN

Dit kenmerk bestaat uit 2 thema's:

1. Wetenschappelijk klimaat
2. Zorg volgens richtlijnen

We kennen de volgende kwalificaties toe: *“Het ziekenhuis doet het **heel goed/ goed/ voldoende** als we kijken naar zorg volgens de laatste inzichten en deelname aan wetenschappelijk onderzoek.”*

## BEHANDELINGEN EN DE RESULTATEN ERVAN

Dit kenmerk bestaat uit 4 thema's

1. Aantal behandelingen
2. Uitvoering van de zorg
3. Uitkomsten van de behandeling met als doel de patiënt te genezen (bij slokdarmkanker en maagkanker zijn dit afzonderlijke thema's)
4. Uitkomsten van de behandeling bij uitgezaaide ziekte

NB, bij de ziekenhuisbeschrijving worden de thema's bij dit kenmerk niet in afzonderlijke zinnen beschreven. Dit komt de leesbaarheid ten goede.

We kennen de volgende kwalificaties toe: *“Het ziekenhuis doet het **heel goed/ goed/ voldoende** als we kijken naar het behandelbeleid en het resultaat ervan.”*

## ZORGAANBOD

Dit kenmerk bestaat uit 3 thema's:

1. Medisch specialistische zorg
2. Ondersteunende zorg en nazorg
3. Organisatie van multidisciplinaire zorg

We kennen de volgende kwalificaties toe: *“Het ziekenhuis biedt **alle/bijna alle/een deel van de** benodigde zorg voor mensen met [aandoening].”*

## ERVARINGEN VAN PATIËNTEN

Dit kenmerk bestaat uit 6 thema's:

1. Tevredenheid over de zorgverleners
2. Vast aanspreekpunt
3. Maken van afspraken
4. Samen beslissen
5. Hulp en steun
6. Aanbeveling ziekenhuis

We kennen de volgende kwalificaties toe: *“De Waarderingscore voor het ziekenhuis bij [Aandoening] is **heel goed/ goed/ voldoende**.”*

Bij dit kenmerk zijn de wegingen iets complexer en verschillend per thema. Dit is weergegeven in onderstaande tabel.

### 1. Tevredenheid over de zorgverleners

Item-nummer	Vragenlijst-nummer	Type	Weging	Item
1	14a	WS	1	Deskundigheid artsen
2	14b	WS	1	Serius genomen door artsen
3	14a	WS	1	Tijd die artsen hadden
4	14b	WS	1	Vriendelijkheid van artsen

5	14a	WS	1	Gesteund voelde door artsen
6	14b	WS	1	Aandacht van artsen voor naasten
7	16a	WS	1	Deskundigheid VS/OV
8	16a	WS	1	Serius genomen door VS/OV
9	16a	WS	1	Tijd die VS/OV hadden
10	16a	WS	1	Vriendelijkheid van VS/OV
11	16a	WS	1	Gesteund voelde door VS/OV
12	16a	WS	1	Aandacht van VS/OV voor naasten
13	18a	WS	1	Samenwerking tussen medewerkers zkhs
14	18b	WS	1	Vriendelijkheid medewerkers zkhs

WS 1 = som(item 1 t/m item 14)/14

## 2. Vast aanspreekpunt

Itemnr.	Type	Weging	Item	
1	20	% Ja	5	Vast aanspreekpunt
2	23	WS	5	Tevredenheid
3	25a	WS	1	Heeft overzicht
4	25b	WS	1	Geeft hulp
5	25c	WS	1	Geeft hulp aan familie of partner
6	25d	WS	1	Kent mij als persoon
7	25e	WS	1	Makkelijk bereikbaar

WS 2 =som(item 1 t/m item 7)/15

## 3. Maken van afspraken

Itemnr.	Type	Weging	Item	
1	27	% Ja	1	Afspraken op 1 dag
2	29	% Ja	1	Afspraken wanneer het goed uitkomt
3	31	% Ja	1	Afspraken op afstand
4	33	WS	1	Tevredenheid

WS 3 =som(item 1 t/m item 4)/4

## 4. Samen beslissen

Itemnr.	Type	Weging	Item	
1	35	WS	5	Alle mogelijkheden besproken
2	41	WS	5	Tevreden over hulp bij keuze
3	37a	% Ja	2	Kansen langer leven / beter worden
4	37b	% Ja	2	Minder last van klachten
5	37c	% Ja	2	Bijwerkingen / problemen behandeling
6	37d	% Ja	2	Gevolgen die lang duren
7	39	% Ja	2	Wat u belangrijk vindt in uw leven

WS 4 = som(item 1 t/m item 7)/20

## 5. Hulp en steun

Itemnr.	Type	Weging	Item	
1	43	% Ja	2	PROMS aangeboden?

2	44	% Ja	2	PROMS besproken
3	45	WS	2	Tevredenheid PROMS gesprek
4	52a	% Ja	3	Info over ptn.org.
5	52d	% Ja	3	Info over inloophuis

WS 5 = som(item 1 t/m item 5)/12

#### 6. Aanraden van het ziekenhuis aan anderen

Itemnr.	Type	Weging	Item
1	WS	1	Zou u het ziekenhuis aanraden?

WS 6 = item 1

WS Totaal = som(WS 1 t/m WS 6)/6

## APPENDIX SLOKDARMKANKER/ MAAGKANKER

### **FAQ: waarom scoren wij “voldoende” bij het kenmerk Behandeling & resultaten?**

In de beschrijving gebruiken we veel items om inzicht te geven in de expertise van het ziekenhuis. Ongeveer een derde van de items wegen we ook. Via de weging onderbouwen we onze interpretatie van de data. De 18 items die we bij het onderdeel ‘Behandeling & Resultaten’ meewegen bij slokdarmkanker en maagkanker bevatten enkele volumes (aantal geopereerde patiënten, aantal eerstelijns chemotherapieën), enkele procesmaten (% curatief behandeld, % overig of geen behandeling onder de mensen die in principe met een curatieve opzet te behandelen waren; % bij diagnose gemetastaseerde patiënten dat een de eerste lijn NIET is behandeld met systemische therapie; % met bij diagnose uitgezaaide ziekte dat tweedelijns systemische therapie krijgt) en uitkomstmaten (% textbook outcome apart voor maag en slokdarm; en 9 items op het gebied van overleving).

Door onze rekenmethode bij overlevingscijfers scoren vrijwel alle ziekenhuizen daar gelijk aan het gemiddelde. Bovendien hebben we binnen het kenmerk ‘Behandeling & resultaten’ relatief veel items die we, bij afwezigheid van geschikte normen, wegen ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Daarbij is het onvermijdelijk dat er ook een aantal ziekenhuizen onder het gemiddelde zitten.

Dit zijn twee redenen waarom sommige deelnemende ziekenhuizen uitkomen op het oordeel ‘voldoende’ op dit kenmerk. Uiteraard hebben we daarom kritisch gekeken of we onze methode nog moesten aanpassen. We hebben besloten om dat niet te doen, omdat we dan óf concessies zouden moeten doen qua consistentie óf we daarmee onze onderbouwing minder goed konden doen.

## SCHATTING AANTAL ZIEKENHUIZEN NEDERLAND

Schatting aantal ziekenhuizen in Nederland relevant voor specifieke aandoening:

Voor slokdarm- en maagkanker houden we precies 73 ziekenhuizen aan voor 2019 t/m 2021 (afgestemd met IKNL). De schatting van landelijke gemiddeldes van het aantal diagnoses per ziekenhuis (item 2) kan daardoor iets afwijken van die van IKNL.

Voor aantal ziekenhuizen die resecties uitvoeren houden we aan:

- Resecties voor slokdarmkanker: 15
- Resecties voor maagkanker: 14
- Resecties voor slokdarmkanker of maagkanker: 16

Voor aantal radiotherapie-instituten houden we aan: 19

## BEREKENING VOLUMINA TRANSPARANTIEKALENDER

### Maagkanker

- Omdat UMCG en Maastricht in 2019 en 2020 niet of nauwelijks resecties voor maagkanker uitvoerden, zijn aantallen voor deze ziekenhuizen alleen gebaseerd op de cijfers van verslagjaar 2021. Ook voor de berekening van het landelijke gemiddelde aantal resecties per jaar hebben we voor deze ziekenhuizen alleen aantallen over 2021 meegenomen.
- Albert Schweitzer is niet meegenomen voor het berekenen van landelijke gemiddelde aantal resecties per jaar (11 in 2019).

## DOORLOOPTIJDEN

We beschrijven alleen doorlooptijden over 2021, omdat het niet haalbaar lijkt zinvolle gemiddeldes te berekenen voor meerdere jaren. Dit heeft de volgende reden: de jaren staan apart vermeld in de Transparantiekalender. Er zijn bovendien aparte items voor maagkanker en slokdarmkanker en voor verwezen en niet verwezen patiënten.

De Transparantiekalender geeft voor deze items geen aantallen patiënten per ziekenhuis om een gewogen landelijk gemiddelde te kunnen berekenen. We hebben hiervoor nu het totaal aantal geopereerde patiënten (inclusief open/dicht-operaties) gebruikt (Transparantiekalender indicator 4). We kunnen hieruit niet afleiden welke patiënten verwezen zijn. Daarom hebben we als schatting voor de weging van doorlooptijden voor zowel verwezen als niet verwezen patiënten het aantal geopereerde patiënten per ziekenhuis gebruikt.

Doorlooptijden worden alleen beschreven, en niet meegewogen.