

TRANSPARANT TESTEN

Kwalitatief onderzoek naar prestatie-indicatoren voor de aanvullende curatieve soa-zorg



Nina Verhoef-Peek
november 2007

TRANSPARANT TESTEN

Kwalitatief onderzoek naar prestatie-indicatoren voor de aanvullende curatieve soa-zorg

Afstudeerrichting: Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Master Zorgmanagement

Onderzoeksomgeving: GGD Zuidhollandse Eilanden

Naam: Nina Verhoef-Peek
Studentennummer: 292103

Afstudeerbegeleider: Dr. J. Geelhoed
Meelezer: Dr. M. van den Berg
Datum: november 2007

Voorwoord

Voor u ligt de Masterscriptie van het instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg. In december 2005 is een start gemaakt met het onderzoek. Vele ervaringen en leermomenten rijker is deze scriptie in november 2007 afgerond.

Tijdens mijn werk in het UMCU werd ik regelmatig geconfronteerd met ernstige gevolgen van infectieziekten, zoals hiv. Bij de keuze naar een afstudeeronderwerp werd mijn interesse gewekt door de openbare gezondheidszorg. Veel preventieve interventies worden aangeboden in de openbare gezondheidszorg. Het kan daarbij gaan om maatregelen gericht op de preventie van ziekten en aandoeningen en de bescherming en bevordering van de gezondheid.

Dit voorwoord wil ik tevens aangrijpen als dankwoord. Allereerst wil ik de medewerkers van de GGD Zuidhollandse Eilanden bedanken voor hun tijd en belangeloze inzet; mijn speciale dank gaat uit naar Miriam, Mirjam en Alexander. Ook wil ik alle overige geïnterviewden bedanken die hebben meegewerkt aan het onderzoek. Door hun openheid en bereidwilligheid heb ik interessante en leuke gesprekken gehad en hebben zij een zinvolle bijdrage geleverd aan deze scriptie.

Via deze weg wil ik Jeroen Geelhoed en Mireille van den Berg hartelijk bedanken voor hun deskundige begeleiding en meelezerschap. Ik kan oprecht zeggen dat ik gedurende het schrijfproces en de dataverzameling geleerd heb kritisch naar mijn eigen schrijftechniek te kijken, schrijftechnische verbeteringen aan te brengen en dat ik beter gebruik heb leren maken van de literatuur.

Tot slot wil ik Hans en mijn (schoon)ouders bedanken voor hun onmisbare steun en vertrouwen in de afgelopen jaren.

Rest mij niets anders dan u veel leesplezier toe te wensen.

Nina Verhoef- Peek

De Meern, november 2007

Samenvatting

Dit rapport richt zich op rekenschap en transparantie bij de aanvullende soa-zorg in Nederland. Sinds januari 2006 zijn er acht soa-centra met per verzorgingsgebied één coördinerende Gemeentelijke Gezondheids Dienst (GGD). In elke regio is minimaal één laagdrempelige voorziening waar mensen kosteloos en anoniem terecht kunnen voor een test of een behandeling van soa.

In het belang van de volks en individuele gezondheid moet verspreiding van soa worden tegengegaan. Hierbij gaat het zowel om het stimuleren van veilig vrijen als het vroegtijdig opsporen en behandelen van soa. Dit vereist een actieve aanpak, van onder andere GGD'en, soa-centra en beroepsgroepen, in samenwerking met regionale en landelijke organisaties. Speciale aandacht is nodig om de risicogroepen te bereiken om gedragsverandering en reductie van soa te bewerkstelligen

Zorginstellingen moeten aangesproken worden op hun verantwoordelijkheid en moet er meer transparantie komen. Prestatie-indicatoren faciliteren hierin; ze dragen zorg voor verantwoording, monitoren van prestaties van gezondheidsvoorzieningen en ondersteunen in de beleidsvorming. De vraag hoe de GGD het kwaliteitsniveau voor zichzelf en voor anderen inzichtelijk kan maken was nog niet bevredigend beantwoord. Daarom werd onderzocht welke indicatoren gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken.

Om prestatie-indicatoren te selecteren voor externe verantwoording, zijn kennis en ervaringen door middel van literatuuronderzoek en interviews met experts uit het veld gebundeld. Er zijn gegevens verzameld die als indicatie voor de kwaliteit worden beschouwd. Aansluitend zijn de prestatie-indicatoren getest op de GGD Zuidhollandse Eilanden.

Summary

This report aims accountancy en transparency at the Municipal Public Health Services additional care of Sexually Transmitted Infections in the Netherlands.

As of January 2006, eight regional special STI-centres are realised. The coordination of each centre lay in the hands of one coordinating Municipal Public Services. They take care of an accessible STI centre in their own region, where clients can obtain a free of charge STI test or treatment, anonymously.

For public and individual health reasons, preventing a further spread of STI is important. The primary objective is to prevent sexually transmitted infections occurring.

One of the ways this is done is by promoting safer sex. Attention is also given to tracing infection at an early stage through STI detection and treatment intensifies. At a regional level, the municipal health services play a major role in policy and prevention. At a national level, several specific organizations are active. An active approach claims working closely with both national and regional partners. Special attention is needed to reach the groups most at risk, to set up prevention projects and activities for specific target groups, in order to prevent Sexually Transmitted Infections.

Healthcare organisations must take more responsibility and they must become more transparent in what they do with public money. Performance indicators are employed for facilitating accountability, monitoring healthcare systems and services as a regulatory responsibility and forming policy initiatives.

It appears that the Municipal Public Health Services conducted insufficiently to an active treatment of quality by the field. This means that indicators have to be formulated to measure and monitor the quality of performances.

In the process of developing a set of performance indicators, knowledge and experience through literature study and interviews with experts in the field were joined.

Data considered as an indication for quality, has been collected. Additional, the performance indicators were tested at the Municipal Public Health Service location Zuidhollandse Eilanden.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	1
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	1
1.2 Doelstelling	2
1.3 Probleemstelling	2
1.4 Conceptueel model	3
1.5 Opzet van de scriptie	4
2 Methode van onderzoek	5
2.1 Onderzoeksopzet	5
2.1.1 Typering van het onderzoek	5
2.1.2 Onderzoeksontwerp	5
2.2 Dataverzameling	5
2.2.1 A. Literatuuronderzoek	6
2.2.2 B Interviews met experts	6
2.2.3 C/D Terugkoppeling van een set voorlopige indicatoren	7
2.3 De analyse	8
2.4 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek	8
2.4.1 Validiteit	8
2.4.2 Betrouwbaarheid	9
3 Theoretisch kader	10
3.1 Het gebruik van prestatie-indicatoren	10
3.1.1 Kwaliteitswet Zorginstellingen	10
3.1.2 Definitie van prestatie-indicatoren	12
3.1.3 Ontwikkelen van prestatie-indicatoren	13
3.1.4 Randvoorwaarden voor implementatie van indicatoren	14
3.1.5 Samenvatting paragraaf 3.1	15
3.2 Soa-problematiek in Nederland	16
3.2.1 Informatie over soa	16

3.2.2	Epidemiologische gegevens	17
3.2.3	Preventie van SOA.....	18
3.2.4	Samenvatting	20
3.3	De organisatie van de aanvullende curatieve soa-zorg.....	21
3.3.1	GGD Zuidhollandse Eilanden	21
3.3.2	Doelstelling GGD	22
3.3.3	Taken van de GGD op het gebied van soa	22
3.3.4	Samenvatting	24
3.4	Externe verantwoording.....	25
3.4.1	Externe verantwoording	25
3.4.2	Betrokken partijen voor externe verantwoording	26
3.4	Samenvatting	28
4.	Onderzoeksresultaten	30
4.1	Deelvraag 1.	30
4.2	Deelvraag 2.	32
4.3	Deelvraag 3.	33
4.4	Deelvraag 4.	35
4.5	Deelvraag 5.	39
4.6	Deelvraag 6.	43
5	Conclusie en discussie	48
5.1	Theoretische discussie	48
5.1.1	Het gebruik van prestatie-indicatoren.....	50
5.1.2	Soa-problematiek in Nederland	51
5.1.3	De organisatie van de aanvullende curatieve soa-zorg	51
5.1.4	Externe verantwoording	53
5.2	Beantwoording centrale onderzoeksvraag	54
5.3	Methodologische discussie.....	55

6 Aanbevelingen	57
6.1 Aanbeveling voor beleid	57
6.2 Aanbeveling voor onderzoek	59

Literatuurlijst.....	62
-----------------------------	-----------

Bijlage 1 Lijst van gebruikte afkortingen	
Bijlage 2 Literatuurlijst indicatoren	
Bijlage 3 Lijst van geïnterviewde personen	
Bijlage 4 Gesprekspuntenlijst Interviews	
Bijlage 5 Aire instrument 20 stellingen	
Bijlage 6 SOA Dossier, SOAP en Access registratie	
Bijlage 7 Conceptversie indicatorenset	

1 Inleiding

1.1 *Aanleiding voor het onderzoek*

De soa-centra in Nederland houden zich bezig met preventie, onderzoek, behandeling en voorlichting op het terrein van infectieziekten, namelijk seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Het doel van de activiteiten is de verspreiding van hiv en andere soa tegen te gaan, het bevorderen van de kwaliteit en effectiviteit van de soa-bestrijding.

De laatste jaren zijn geregistreerde soa gevallen toegenomen. In 2003 leek er sprake te zijn van een stabilisatie, maar de cijfers over 2004 tonen aan dat soa opnieuw toenemen (RIVM 2005). Naast een stijging van soa en hiv is de laatste jaren ook sprake van een toename van onveilig seksgedrag (RIVM 2006).

Het ministerie van VWS (2006) heeft opdracht gegeven om een landelijk dekkend netwerk van acht soa centra op te zetten. Deze soa centra zijn een eerstelijnsvoorziening in aanvulling op de huisartsenzorg; ze is laagdrempelig en desgewenst anoniem. De voorziening is mede bedoeld om een actief testbeleid onder doelgroepen te stimuleren.

Een dermatoloog is verantwoordelijk voor het medisch inhoudelijk beleid, de GGD is verantwoordelijk voor organisatie en bedrijfsvoering. Met deze uitgangspunten volgt de minister het advies van GGD Nederland ten aanzien van de curatieve soa bestrijding in Nederland.

Voor de volksgezondheid is het van belang de verdere verspreiding van soa tegen te gaan door intensievere preventie, gericht op specifieke risicogroepen. Hierbij gaat het zowel om het stimuleren van veilig vrijen als om het vroegtijdig opsporen en behandelen van soa. Actief opsporen en voorkomen van overdracht van soa is dus niet alleen in het belang van de individuele burger, maar ook in het belang van de volksgezondheid.

Dit zijn belangrijke redenen om een goed kwaliteitsmeetinstrument te ontwikkelen voor deze zorgsector. De prestatie-indicatoren geven de overheid inzicht in zowel de prestaties van de GGD'en en hun bijdrage aan de lokale gezondheidsdoelen als de kwaliteit van de geleverde publieke gezondheidszorg. De indicatoren kunnen ook gebruikt worden bij de jaarlijkse

maatschappelijke verantwoording richting burgers. Deze rapportage over de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor de aanvullende curatieve soa-zorg Zuidholland Zuid is te beschouwen als een try-out en een eerste belangrijke stap richting landelijke verantwoording volgens uniforme en transparante indicatoren. Om dit onderzoek af te bakenen zijn de prestatie-indicatoren specifiek gericht op de aanvullende curatieve soa-zorg.

Dit onderzoek vloeit voort uit het initiatief van het management op de Zuidhollandse Eilanden. Bij de Erasmus Universiteit Studenten werden studenten benaderd in het kader van hun afstudeeropdracht: het daadwerkelijk ontwikkelen van indicatoren bij GGD Zuidhollandse Eilanden. Kwaliteit moet zichtbaar zijn, de roep om prestaties ontstaat als kwaliteit onvoldoende zichtbaar wordt gemaakt (Westert, 2006).

Landelijk gezien (GGD Nederland) en ook vanuit de Inspectie is het ontwikkelen van indicatoren een hot item. De GGD Zuidhollandse Eilanden zoekt aansluiting bij de actuele initiatieven van de bovengenoemde partijen.

1.2 Doelstelling

Dit onderzoek levert als doelstelling een ontwikkeling van een set externe prestatie-indicatoren voor de dienstverlening aan soa-cliënten. Deze set externe prestatie-indicatoren moet ertoe bijdragen dat kwaliteit van soa-poliklinieken toetsbaar wordt. De kwaliteit van de collectieve preventie wordt versterkt en de effectiviteit van screening of behandeling wordt meetbaar en transparant gemaakt. Om prestatie-indicatoren te selecteren voor externe verantwoording worden kennis en ervaring over indicatoren met betrekking tot soa-bestrijding gebundeld.

Ook wordt nagegaan hoe bruikbaar de GGD Zuidhollandse Eilanden deze indicatoren acht om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken voor zichzelf en voor anderen, bijvoorbeeld voor cliënten of voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

1.3 Probleemstelling

De vraag naar aantoonbare transparantie van de openbare gezondheidszorg op basis van prestatie-indicatoren is groot. In de gezondheidszorgdiscussies en onderhandelingen staat de vraag naar doeltreffendheid en doelmatigheid van handelen centraal. Verwijzers, patiënten, andere hulpverleners en externe organisaties zoals overheid en zorgverzekeraars vragen erom (Porter & Olmsted 2007). Daarnaast wordt het aspect dat er over de activiteiten rekenschap

afgelegd moet worden, steeds belangrijker (Meurs & Walburg 2000). Nieuwe uitdagingen liggen dus op het vlak van prestatie-indicatoren en het monitoren van de voortgang van preventie-activiteiten.

De centrale vraag in dit onderzoek luidt als volgt:

Welke indicatoren voor maatschappelijke verantwoording op het gebied van soa-zorg geven een indicatie voor verantwoorde zorg bij de Gemeentelijke Gezondheids Dienst met als casus de GGD Zuidhollandse Eilanden?

Van deze vraagstelling zijn de volgende onderzoeksvragen afgeleid:

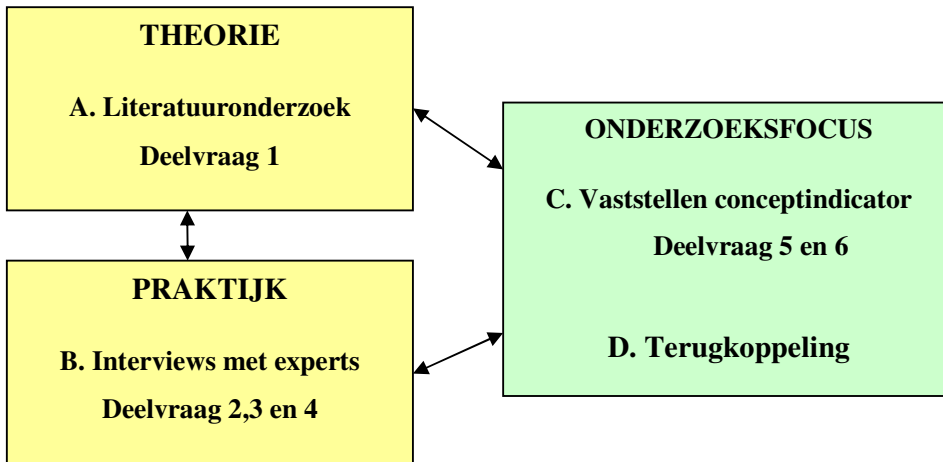
1. Wat wordt in literatuur beschreven als gewenste uitkomsten van soa-zorg verleend door een GGD?
2. Wat is volgens experts en deskundigen op het gebied van soa-zorg een valide, betrouwbare en begripsvalide indicator, die gewenste uitkomsten van zorg, waaronder ook preventie, uitdrukt bij GGD Zuidhollandse Eilanden?
3. Wat zijn de gewenste uitkomsten voor de individuele cliënt die een behandeling of aanpak ondergaat voor soa-zorg en welke processen dragen bij aan die uitkomsten?
4. Zijn er prestatie- indicatoren beschikbaar, eventueel ook voor preventieve zorg en voldoen de indicatoren aan de verwachtingen en wensen van de professionals, werkzaam bij de GGD Zuidhollandse Eilanden?
5. Welke kritische succesfactoren zijn noodzakelijk om een indicatorenset te implementeren op de afdeling infectieziekten bij GGD Zuidhollandse Eilanden?
6. Hoe bruikbaar zijn de indicatoren om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken voor de externe partijen zoals de Inspectie van Gezondheidszorg?

1.4 Conceptueel model

De bovenstaande onderzoeksvragen worden beantwoord naar een conceptueel model.

In het volgende hoofdstuk wordt de methode van onderzoek en dataverzameling toegelicht.

Onderstaande figuur geeft de opzet van het onderzoek schematisch weer (figuur 1). De pijlen geven de wisselwerking tussen het theoretisch kader en terugkoppeling met de resultaten weer.



Figuur 1 Onderzoeksmodel

1.5 Opzet van de scriptie

In dit inleidende hoofdstuk is de probleemstelling van dit onderzoek geschetst en de daarbij behorende deelvragen. De methoden van onderzoek worden besproken in hoofdstuk 2.

Hoofdstuk 3 behandelt vervolgens het theoretisch kader waarin dit onderzoek gesitueerd moet worden. In hoofdstuk 4 worden resultaten gepresenteerd, die vervolgens in hoofdstuk 5 tot een conclusie worden teruggekoppeld aan het theoretisch kader en de onderzoeksvraagstelling. Tot slot worden in het laatste hoofdstuk aanbevelingen gedaan.

In de bijlage 1 is een lijst met verklarende afkortingen opgenomen.

2 Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier een antwoord op de probleemstelling van het onderzoek wordt gezocht.

In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de aard van het onderzoek. Vervolgens wordt de systematiek van dataverzameling en analyse verantwoord. Tot slot worden de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek besproken.

2.1 Onderzoeksopzet

2.1.1 Typering van het onderzoek

Dit onderzoek is te typeren als een kwalitatief onderzoek. Voor dit onderzoek is van belang, dat de gekozen onderzoeksproblematiek nog vrij onontgonnen gebied is en dat kwalitatief onderzoek gebruikt kan worden voor exploratie van het onderzoeksprobleem (Segers & Hutjes 1999).

Kwalitatief onderzoek is verkennend, inventariserend en inzichtgevend (Baarda & De Goede 1997). Met behulp van kwalitatief onderzoek wordt inzicht verkregen in de belevingswereld van actoren in de curatieve soa-zorg, die betrokken zijn bij het opstellen van prestatie-indicatoren. Om prestatie-indicatoren te selecteren voor externe verantwoording worden kennis en ervaring over indicatoren met betrekking tot soa-bestrijding gebundeld.

2.1.2 Onderzoeksontwerp

Dit onderzoek is een casestudy; het veld dat onderzocht wordt is de aanvullende curatieve soa-zorg in Nederland. Met een casestudy probeert de onderzoeker om een diepgaand inzicht te krijgen in een of enkele begrensde objecten of processen (Swanborn 2002). Voordeel van de casestudy is dat men een integraal beeld krijgt van de onderzoeksobjecten en dat de resultaten eerder worden geaccepteerd door het veld. Nadeel is dat de externe geldigheid van de resultaten soms onder druk staat (Swanborn, 2002).

2.2 Dataverzameling

Bij een casestudy wordt meestal gebruik gemaakt van methodetriangulatie om diepgang te bereiken en om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen (Swanborn 2002). Verschillende

databronnen worden gebruikt. De analyse van de onderzoeksgegevens vindt na afloop van de dataverzameling plaats, zie paragraaf 2.3.

De onderstaande opsomming geeft schematisch het proces weer van de totstandkoming externe prestatie-indicatoren .

- A. Literatuuronderzoek
- B. Interview met experts
- C. Vaststellen conceptindicator
- D. Terugkoppeling indicatorenset naar GGD regio Zuid-Holland Zuid

2.2.1 A. Literatuuronderzoek

Het verrichten van literatuuronderzoek is onder andere noodzakelijk voor de theoretische inbedding van de eerste onderzoeksvraag.

Informatie over best practices en de inrichting van een indicator wordt verzameld aan de hand van literatuur. Dit literatuuronderzoek spitst zich toe op het zo gericht mogelijk zoeken naar en beoordelen van actuele informatie van de verschillende actoren die bij het onderwerp betrokken zijn. Op basis van de literatuur en eerdere ervaringen uit Nederland en het buitenland worden onderzocht welke indicatoren het meest geschikt zijn voor deze sector. Aanbevelingen uit de standaarden en richtlijnen vormen daarmee een wetenschappelijk verantwoord kader. Literatuur over indicatoren, best practices en ontwikkeling van indicator zijn verzameld. Zie literatuurlijst, bijlage 2.

In dit onderzoek is ook gebruik gemaakt van digitale bronnen, in het bijzonder de site van GGD Nederland (Kennisnet), het Ministerie van VWS en het RIVM. Om het zoekproces op internet te structureren wordt gezocht op trefwoorden in Nederlandse en Engelse taal: soa, openbare gezondheidszorg, prestatie-indicatoren, openbare gezondheidszorg en kwaliteitsbeleid.

2.2.2 B Interviews met experts

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen 2,3 en 4 worden bij verschillende instellingen experts benaderd op het gebied van soa en de organisatie van soa in de aanvullende curatieve soa-zorg. Interviews hebben plaatsgevonden met sleutelfiguren (zie Bijlage 3), die zicht hebben op de problematiek en het bestaande aanbod. Het interview kan als dataverzamelmethode worden gehanteerd wanneer informatie verkregen dient te

worden betreffende attitudes, opinies en kennis (Baarda & de Goede 1997). Door middel van interviews wordt inzicht verkregen in de specifieke problematiek van de preventie en vroegtijdige opsporing van soa bij de GGD. Naast het verhelderen van de zorgspecifieke aspecten, worden er verhelderingen gegeven door de experts en voorlopige uitkomsten van lopende projecten zoals beschreven in het theoretisch kader.

De interviews hadden een semi-gestructureerd karakter; de vragen zijn gesteld aan de hand van een gesprekspuntenlijst (zie bijlage 4). Het voordeel van een semi-gestructureerd interview is, dat de informatie gericht verkregen kan worden. Het nadeel is echter dat interviews mogelijk te veel worden gestuurd. Het gevaar is aanwezig, dat sociaal wenselijke of strategische antwoorden gegeven worden. Daarom is het belangrijk dat de vragen zo open mogelijk worden gesteld. De interviews worden, met toestemming, opgenomen met behulp van een memorecorder. De tekst wordt letterlijk getranscribeerd. Indien relevante documenten en officiële stukken aanwezig zijn, worden deze bij de geïnterviewde instelling opgevraagd.

2.2.3 C/D Terugkoppeling van een set voorlopige indicatoren

Tot slot wordt een set voorlopig ontwikkelde set indicatoren voor de aanvullende soa-zorg beoordeeld door betrokkenen medewerkers van de GGD in de regio Zuid-Holland met behulp van het AIRE instrument (de Koning e.a. 2006). De 1.0-versie van het AIRE (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation) instrument, is sinds maart 2006 beschikbaar als leidraad bij indicatorontwikkeling en -toetsing. Het AIRE instrument wordt in het theoretisch kader toegelicht. In dit onderzoek wordt het AIRE instrument gebruikt als checklist bij de beoordeling van de indicatoren. Het instrument is toegepast om de respondenten op een overzichtelijke wijze te informeren over prestatie-indicatoren.

Naast de kwaliteitsfunctionaris, arts en verpleegkundigen van de GGD Zuidhollandse Eilanden worden ook de GGD Rotterdam (aansturende GGD in de regio zuidelijk Zuid-Holland), GGD Zuid-Holland Zuid (Dordrecht) en GGD Hollands-Midden (Gouda) bij deze fase van het onderzoek betrokken. Hierbij zullen wederom interviews worden afgenomen. De laatste onderzoeksvragen 5 en 6 worden hiermee beantwoord.

Er worden indicatoren geformuleerd en toegepast op de situatie voor de GGD Zuidhollandse Eilanden. Hierbij komen allerlei factoren kijken zoals haalbaarheid, beschikbaarheid van gegevens en standaardisatie. Ook wordt nagegaan hoe bruikbaar de GGD zuidelijk Zuid-Holland deze indicatoren acht om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken voor zichzelf en voor anderen, bijvoorbeeld voor cliënten of voor de Inspectie van de Gezondheidszorg.

2.3 De analyse

Van de semi-gestructureerde interviews zijn de audio-opnamen getranscribeerd. Deze teksten zijn eerst doorgenomen om een indruk te krijgen van de verzamelde informatie.

Relevante blokken tekst betreffende de onderzoeksvragen zijn per thema gemarkeerd. Vervolgens is nagegaan of de teksten mogelijk nog meer informatie bevatten dan voor directe beantwoording van de deelvragen nodig is. Ook deze informatie is opgenomen in de resultaten. De overige databronnen zijn naast elkaar gebruikt en met elkaar vergeleken. Indien per thema duidelijk omschreven is wat de bevindingen zijn, kan er met de antwoorden uit het literatuuronderzoek, antwoord worden gegeven op de probleemstelling.

2.4 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek

In deze paragraaf worden de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek besproken.

2.4.1 Validiteit

Een belangrijk aspect van kwalitatief onderzoek is het leggen van betrouwbare en geldige verbindingen tussen waarnemingsverschijnselen en theoretische begrippen, waarvoor meerdere metingen nodig zijn, die systematisch dezelfde richting wijzen en alternatieve interpretatiemogelijkheden uitsluiten (Maso & Smaling 1998).

Een systematische wijze van zoeken naar waarnemingen en informatie die in dezelfde richting wijzen, of juist in de tegenovergestelde richting wijzen, vormen een versterkend patroon en is noodzakelijk voor een aanvaardbare interpretatie. In dit onderzoek is sprake van datatriangulatie, waarbij meerdere methoden en/of databronnen worden gecombineerd. Datatriangulatie wordt in dit onderzoek toegepast door gebruik te maken van literatuur, documenten en interviews. Deze worden met elkaar in confrontatie gebracht en vergeleken.

De interne validiteit van dit onderzoek wordt gewaarborgd door de interviews letterlijk uit te typen. Op die manier zijn letterlijke transcripties ontstaan die door iedereen kan worden ingezien. Uitgewerkte interviews zijn ter beoordeling voorgelegd aan de respondenten, de zogenaamde ‘member check’.

Externe validiteit heeft betrekking op de mate waarin conclusies generaliseerbaar zijn op andere populaties dan de onderzochte. Aangezien dit onderzoek op de Zuidhollandse Eilanden (gedeeltelijk zuidelijk Zuid-Holland) heeft plaatsgevonden, is dit niet een perfecte afspiegeling is van de overige soa-centra in Nederland.

2.4.2 *Betrouwbaarheid*

Interne betrouwbaarheid verwijst naar de mate waarin de gegevensverzameling, de data-analyse en de conclusies binnen het onderzoek zelf consistent zijn. Dit betekent de mate waarin onafhankelijke onderzoekers het onderzoek in gelijkwaardige omstandigheden kunnen repliceren (Maso & Smaling 1998). Als het onderzoek extern betrouwbaar is, dan zal een onderzoeker die dezelfde methoden, condities en dergelijke gebruikt tot resultaten moeten komen die vergelijkbaar zijn met de resultaten uit voorgaand onderzoek. Om replicateerbaar te zijn, wordt in de rapportering van dit onderzoek bijzondere aandacht geschonken aan een nauwkeurige beschrijving van de procedures, condities en algemene setting. Waar relevant, worden citaten van deze transcripties in het hoofdstuk resultaten getoond. De betrouwbaarheid van de onderzoeker noemen we ook intersubjectieve overeenstemming. Als het een overeenstemming betreft tussen twee of meerdere beoordelaars (observators, interviewers enzovoorts), dan spreken we van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Dit onderzoek is door één persoon uitgevoerd, er is dus geen sprake van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

3 Theoretisch kader

Het theoretische kader geeft richting en inzicht in het onderzoeksprobleem en is een belangrijk denkkader voor het kwalitatieve onderzoek.

Het theoretische kader is ingedeeld in vier onderdelen. In de eerste paragraaf wordt het begrip prestatie-indicatoren verklaard en theorie beschreven met betrekking tot het ontwikkelen van prestatie-indicatoren. Het is belangrijk om met eenduidige definities te werken en de theoretische inzichten van prestatie-indicatoren te presenteren. In de tweede paragraaf wordt het begrip soa nader toegelicht en de preventie ervan. Dit om een goed beeld te krijgen van de soa problematiek in Nederland en het belang van preventie te benadrukken.

In de derde paragraaf wordt de organisatie van de aanvullende curatieve soa-zorg in Nederland behandeld. Dit is van belang om de context van de soa-zorg helder te krijgen.

De laatste paragraaf laat zien wie de belangrijkste partijen zijn en waar rekening mee moet worden gehouden bij het uitwerken van het begrip externe verantwoording. Het is binnen het theoretische kader van groot belang dat duidelijk is welke belangrijkste stakeholders er zijn. Zeker als integrale zorg moet worden gerealiseerd.

Samenvattend wordt per paragraaf een box met criteria weergegeven; dit geeft overzicht en wordt in de theoretische discussie van het onderzoek gebruikt.

3.1 Het gebruik van prestatie-indicatoren

In deze paragraaf wordt ingegaan op definities van prestaties en indicatoren, de verschillende typen indicatoren en gebruikersmogelijkheden.

3.1.1 Kwaliteitswet Zorginstellingen

De overheid heeft per 1 januari 2003 de gehele Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) taken in de Kwaliteitswet Zorginstellingen opgenomen. De kwaliteitswet verplicht zorgaanbieders in de openbare gezondheidszorg tot het toetsbaar maken van de geleverde kwaliteit van zorg (Kwaliteitswet Zorginstellingen, VWS 1996). Hierbij gelden vier eisen:

- De zorgaanbieder moet verantwoorde zorg aanbieden (efficiënt, effectief en cliëntgericht);

- De organisatie van de zorg moet zodanig zijn, dat deze leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg;
- De zorgaanbieder dient de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren;
- De zorgaanbieder dient verantwoording af te leggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid (Kwartaalbericht indicatoren Openbare GezondheidsZorg 2005).

In het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen zijn zorginstellingen verplicht gegevens over de kwaliteit van zorg te registreren en te meten of verantwoorde zorg wordt verleend. Daarnaast schrijft de wet voor dat de zorgaanbieders verplicht zijn tot een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit via een kwaliteitssysteem. In artikel 4 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is vastgelegd dat de zorgaanbieder op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg dient te verzamelen en te registreren. Deze gegevens dienen systematisch te worden getoetst in hoeverre verantwoorde zorg is verleend (Casparie e.a. 2001). Op basis van de uitkomsten van deze toetsing dienen zo nodig veranderingen te worden aangebracht (Kwaliteitswet Zorginstellingen; artikel 4).

De gezondheidszorg in Nederland kenmerkt zich door het bestaan van een kloof tussen de daadwerkelijk geleverd kwaliteit van zorg en de kwaliteit van zorg die geleverd zou moeten worden (Berg & Bergen 2004). De Nederlandse gezondheidszorg presteert suboptimaal op de verschillende dimensies van kwaliteit in termen van veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en toegankelijkheid (Berg & Bergen 2004). De maatschappelijke druk om de kwaliteit van zorg sterk te verbeteren is toegenomen (Berg e.a. 2004).

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 (RIVM VTV 2006) komt met de volgende conclusies: Een belangrijke uitdaging voor de gezondheidszorg is het transparant maken van de kwaliteit van de zorg voor overheid, partijen en burgers (RIVM VTV 2006). Prestaties van de gezondheidszorg kunnen op tal van manieren in kaart worden gebracht. Daarbij bestaat een toenemende aandacht voor prestatie-indicatoren. Deze bieden in de vorm van kengetallen inzicht in de kwaliteit van zorg en andere aspecten van het functioneren van de gezondheidszorg, zoals toegankelijkheid en betaalbaarheid (RIVM VTV 2006).

3.1.2 *Definitie van prestatie-indicatoren*

Een indicator is geen directe maat voor de kwaliteit van zorg, maar heeft een signaalwaarde. Een indicator verwijst naar een onderliggend verschijnsel. Er zijn twee soorten indicatoren te onderscheiden naar de aard van die onderliggende verschijnselen. Harteloh (2000) beschrijft de empirische relatie en de conventionele relatie. In de empirische relatie wordt de indicator als meetinstrument beschouwd voor operationalisering van het abstracte begrip kwaliteit. Een duidelijke relatie wordt op basis van discussies toegespitst naar betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid (Harteloh e.a. 2004). In de conventionele relatie is er sprake van een signaal, die impliceert dat er een evaluatie naar kwaliteit van het zorgproces nodig is (Harteloh e.a. 2004). Procesindicatoren meten in het proces van zorg, outputindicatoren meten resultaten en outcome-indicatoren de effecten daarvan in de gezondheidstoestand en het welbevinden van cliënt of patiënt (Donabedian 1980). Structuurindicatoren hebben een ander karakter (Harteloh e.a. 2004). Deze geven informatie over het voldoen aan bepaalde organisatorische voorwaarden om goede zorg te leveren, ze verwijzen naar bronnen en middelen.

Het gebruik van interne indicatoren is bedoeld voor interne evaluatie van kwaliteit van zorg. De indicatoren zijn te gebruiken bij bijvoorbeeld zelfevaluatie, visitatie en intercollegiale toetsing (Schellekens e.a. 2003). Zij laten zien waar acties ter verbetering nodig zijn en maken het effect van genomen acties zichtbaar. Door gebruik te maken van indicatoren wordt het doelmatiger en mogelijk gemakkelijker, om kwaliteitsbeleid te meten en te borgen (Walburg 1999).

Interne indicatoren moeten niet worden prijsgegeven als externe indicatoren aan personen die deze niet kunnen interpreteren (Schellekens e.a. 2003). Vaak zijn interne indicatoren medisch zo specifiek dat zij niet gebruikt kunnen worden voor externe verantwoording. Indien dat wel gebeurt, kunnen door misinterpretaties verkeerde conclusies worden getrokken vanwege gebrek aan medische kennis en inzicht in de context (Schellekens e.a. 2003). Externe indicatoren kenmerken zich, doordat zij specifiek zijn geschikt, om als vergelijkingsmateriaal tussen zorginstellingen te dienen (Wierda 2003).

Volgens Colsen en Casparie (1995) zal een goede indicator tenminste aan de volgende eisen moeten voldoen: Ten eerste, voor een indicator is het essentieel dat er een relatie bestaat met wat onder kwaliteit van zorg wordt verstaan (de validiteit). Voor een zorginstelling betekent dit, dat allereerst gedefinieerd moet zijn wat in de instelling wordt verstaan onder goede

kwaliteit van zorg, zodat vervolgens indicatoren kunnen worden gehanteerd om te meten of deze kwaliteit ook wordt waargemaakt.

Ten tweede moeten veranderingen in kwaliteit zich weerspiegelen in het getal van de indicator, of anders gezegd, indicatoren moeten veranderingen in kwaliteit signaleren (responsiveness). Ten derde moeten indicatoren betrouwbaar geregistreerd worden, dat wil zeggen dat iedereen op dezelfde wijze registreert (gestandaardiseerd) en dat de registratie volledig is.

3.1.3 Ontwikkelen van prestatie-indicatoren

Een non-profitorganisatie kan worden voorgesteld als een transformatieproces, waarbij middelen worden omgezet in producten (outputs), die op hun beurt leiden tot effecten (Groot e.a. 2003). Dit transformatieproces wordt beheerst en bestuurd door economische-, efficiency- en effectiviteitsaspecten (Groot e.a. 2003). Naast budgetsystemen is informatie over de inzet van middelen gewenst. Een proces of outputbudget geeft een incompleet beeld over het functioneren van een organisatie (Groot e.a. 2003). Een norm is volgens Groot (2003) een gespecificeerde, wenselijk geachte waarde.

Normen voor prestatiemeting kunnen worden vastgesteld, gebaseerd op de volgende grondslagen (Groot e.a. 2003):

- a. Prestatieniveau van dezelfde organisatie-eenheid in het verleden.
- b. Prestatieniveau van andere organisatie-eenheden binnen dezelfde organisatie.
- c. Prestatieniveau dat aan technisch of kwalitatief onderzoek wordt ontleend.
- d. Prestatieniveau van andere organisaties (bijvoorbeeld het gemiddelde binnen een bepaalde groep).

Bij de ontwikkeling van een indicator is volgens Walburg en Meurs (2000) nader onderzoek en discussie geboden naar:

- Verwerken van de wensen van stakeholders in de strategie.
- Kennis van inhoud en kwaliteit van de geboden zorg (evidence based).
- Gebruik van indicatoren om tot innovatie en verbetering te komen.

Daarnaast is zorgvuldige implementatie van belang om de indicatoren zodanig te integreren in de bedrijfsvoering, dat de informatie verantwoordelijk inzicht geeft in het functioneren en verbetermogelijkheden (Walburg en Meurs 2000).

Het AIRE instrument bestaat uit een twintigtal stellingen die betrekking hebben op de kwaliteit van indicatoren (de Koning e.a. 2006). Dit instrument kan worden toegepast als een checklist bij het beoordelen van indicatoren op kwaliteit of als handleiding bij proces van indicatorontwikkeling. De stellingen zijn opgebouwd uit een viertal onderdelen: doel, relevantie en organisatorisch verband, betrokkenheid van belanghebbenden, wetenschappelijk bewijs en verdere onderbouwing over formulering en gebruik (de Koning e.a. 2006). De stellingen staan opgenomen in Bijlage 5 van dit rapport. Er moeten kanttekeningen geplaatst worden bij het toepassen van dit instrument. Het AIRE instrument is geen wetenschappelijk document. Onderzoek naar de validiteit van het instrument vindt plaats. De toepassing van het AIRE instrument in dit onderzoek staat beschreven in paragraaf 2.2.3.

3.1.4 Randvoorwaarden voor implementatie van indicatoren

Het vaststellen van de validiteit en betrouwbaarheid van indicatoren is niet gemakkelijk. Het opstellen en interpreteren van indicatoren is ingewikkeld en kan leiden tot ‘window-dressing’. Volgende ongewenste effecten zijn: ‘tunnelvisie’, suboptimaal gedrag of het ongenueanceerd interpreteren van meetgegevens (Schellekens e.a. 2003). Deze factoren kunnen, afhankelijk van de mate waarin het probleem of situatie optreedt, leiden tot een zogenaamde prestatieparadox en perverse effecten, ofwel contraproductieve effecten.

Lang niet alle indicatoren worden geregistreerd en veel gegevens zijn onvoldoende valide en betrouwbaar om met elkaar te vergelijken. Vergelijking van de indicatoren kan leiden tot vergelijking waarin aan de daadwerkelijke verschillen in de praktijk onvoldoende belicht worden. Het leveren van interne dan wel externe indicatoren dient dan ook niet overhaast te gebeuren. Men moet benodigde gegevens genereren en valideren. Bij het bespreken van uitkomsten zal een team regelmatig in discussies terechtkomen. Die discussies zijn van wezenlijk belang (Lemmens e.a. 2004).

Er zijn verschillende instrumenten om oorzaken vast te stellen indien de resultaten niet overeenkomen met de vooraf gestelde norm (Lemmens e.a. 2004).

De implementatie van prestatie-indicatoren is van belang om de kwaliteit van de geleverde zorg te kunnen monitoren en zicht te krijgen op lacunes en achterstanden. Maar dat vereist wel, dat helder is wat verwacht wordt van prestatie-indicatoren en wat de mogelijkheden en

beperkingen zijn. Pas dan kan een goede set van prestatie-indicatoren voor zorg ontwikkeld worden (Berg e.a. 2004).

Kwaliteitsverbetering en het succes van prestatie-indicatoren zal alleen tot stand komen indien de indicatoren daadwerkelijk voldoen aan de eigen intrinsieke doelen, namelijk kwalitatief goede zorg. Bovendien moet rekening gehouden worden met de registratielast, de houdbaarheidsdatum van de indicatoren, de wet van afnemende effectiviteit en het kwetsbare imago door misinterpretaties (WRR 2004). Bij het ontwikkelen van indicatoren is de inbreng van professionals, maar ook de ervaringsdeskundigen als patiënten, belangrijk.

Berg (e.a. 2004) pleit voor de haalbaarheid in de ontwikkeling van indicatoren. Structuur- en procesindicatoren zijn relatief eenvoudiger meetbaar, gepaard gaande met minder uitputtende validatie, dan uitkomstindicatoren. Externe indicatoren kennen een uitputtende validiteit, omdat de informatie die wordt gepubliceerd gevolgen heeft voor de specifieke instelling (Berg e.a. 2004). Vergelijking van uitkomsten tussen zorginstellingen is afhankelijk van vele variabelen (Berg e.a. 2004).

Wanneer men achterblijft op de doelstelling of wanneer men in een benchmark minder scoort dan vergelijkbare organisaties, dient men altijd goed naar de context en de omstandigheden te kijken. De taken van de GGD'en zijn niet overal hetzelfde, want iedere GGD voert voor zijn gemeente specifieke opdrachten uit. Deze opdrachten staan beschreven in de gemeentelijke nota's over het lokale beleid volksgezondheid. De grootste concentratie van infecties doet zich voor in de grote steden en verstedelijkte gebieden. De GGD'en verschillen onderling in personele capaciteiten, uitkering van VWS, grootte van verzorgingsgebied en epidemiologische verschillen (risicofactoren).

Door patiëntvariabelen mee te nemen kan de uitkomst op zorg worden bepaald (Walburg 2003). Dit wordt casemix adjustment genoemd. De uitkomst van zorg wordt slechts voor een deel bepaald door de geleverde zorg gedurende het zorgproces (Walburg 2003). Patiëntvariabelen kunnen bijvoorbeeld leefstijlaspecten, sociale omstandigheden zijn.

3.1.5 Samenvatting paragraaf 3.1

In de onderstaande box worden de belangrijkste criteria voor het ontwikkelen van prestatie-indicatoren samengevat.

Criteria Paragraaf 3.1 Ontwikkelen prestatie-indicatoren

1. Ontwikkel indicatoren in termen van de kwaliteitsdomeinen: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en toegankelijkheid.
2. Definieer wat in de instelling verstaan wordt onder goede kwaliteit van zorg.
3. Houd interne en externe indicatoren gescheiden.
4. Indicatoren moeten veranderingen in kwaliteit signaleren (responsiveness).
5. Registreer indicatoren betrouwbaar (gestandaardiseerd).
6. Stel indien mogelijk normen vast voor prestatiemeting.
7. Verwerk de wensen van stakeholders in de strategie.
8. Gebruik kennis van inhoud en kwaliteit van de geboden zorg (evidence based).
9. Gebruik indicatoren om tot innovatie en verbetering te komen.
10. Plan tijd in om benodigde gegevens te genereren en valideren.
11. Draag zorg voor inbreng van professionals en cliënten.
12. Realiseer haalbaarheid in de ontwikkeling van indicatoren.
13. Discussieer over meetbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit.
14. Houd rekening met de specifieke context; de uitkomst van zorg wordt slechts voor een deel bepaald door de geleverde zorg gedurende het zorgproces.

Figuur 2 Box Criteria paragraaf 3.1

3.2 Soa-problematiek in Nederland

In deze paragraaf wordt informatie gegeven over de soa-problematiek in Nederland. Er wordt informatie gegeven over soa, gevolgd door een weergave van epidemiologische gegevens. Bovendien wordt specifiek aandacht gegeven aan het onderdeel preventie.

3.2.1 Informatie over soa

Soa zijn infectieziekten die door intiem seksueel contact kunnen worden overgedragen op een andere persoon. Soa, ook wel geslachtsziekten genoemd, zijn een volksgezondheidsprobleem door de hoge incidenten en prevalentie.

De drie belangrijkste soa in Nederland zijn chlamydia-infectie, genitale wratten en herpes genitalis. Het aantal besmettingen is de afgelopen jaren gestegen. Voor een goed begrip van de epidemiologie, de pathogenese en de klinische verschijnselen is het belangrijk dat verschillende vormen van seksueel contact worden onderkend; een arts moet hier navraag naar doen (van Furth e.a. 2002). Het is dus van belang dat in alle gevallen deskundigen op de hoogte zijn van symptomen en risico's van deze aandoeningen.

Vroege opsporing en behandeling kunnen bijdragen aan het voorkomen van complicaties bij het individu en kan verdere verspreiding tegengaan. Onbehandelde soa kunnen leiden tot onvruchtbaarheid, lager geboortegewicht van baby's, baarmoederhalskanker, neurosyfilis en vergrote kans op hiv-infectie met het hiv-virus. Men kan soa hebben zonder verschijnselen te merken. Men is dan wel besmettelijk voor anderen. De meeste soa zijn goed te behandelen. Hoe eerder er onderzoek en behandeling plaatsvindt, hoe beter.

Het ziektebeeld dat kort na besmetting met hiv ontstaat wordt wel primaire of acute hiv-infectie genoemd. Van de patiënten heeft 80-90% lichamelijke klachten tijdens deze acute infectie, maar meestal worden deze geduid als griep, of de ziekte van Pfeiffer. Slechts bij een kleine minderheid van de patiënten met een primaire infectie wordt de diagnose hiv al tijdens deze periode gesteld (Weintrob e.a. 2003).

Bij een belangrijk deel van de hiv-patiënten verstrikt een lange tijd voordat de diagnose wordt gesteld, zoals onlangs is geïllustreerd in een Engels onderzoek (Sullivan e.a. 2005).

De laatste jaren is duidelijk geworden dat het belangrijk is een acute hiv-infectie toch als zodanig te herkennen, omdat er redenen zijn om behandeling in deze fase te overwegen en er aanwijzingen zijn dat er in deze fase een verhoogd transmissierisico aanwezig is (Pilcher e.a. 2004). Vroege herkenning van de hiv-infectie is van belang om infectie van eventuele partners te voorkomen. Daarnaast zijn er steeds meer aanwijzingen dat behandeling van de hiv-infectie in een vroeg stadium een gunstige invloed zal kunnen hebben op de ontwikkeling van de immuunrespons tegen hiv.

3.2.2 Epidemiologische gegevens

In 5 jaar tijd is het aantal consulten (bij GGD en SOA Peilstation) met 49% en het aantal hiv-infecties met 120% toegenomen. Syfilis is explosief toegenomen met 153%, vooral door een toename bij MSM (Men having Sex with Men) toename met 340% (Factsheet soa hiv RIVM 2004).

Chlamydia en gonorrhoe zijn toegenomen in de heteroseksuele bevolking met respectievelijk 60% en 14% (RIVM 2005). Vooral jongere vrouwen hebben een hoog risico op chlamydia en gonorrhoe: 66% is jonger dan 25 jaar (RIVM 2005).

Berichten over verheffingen van soa- en hiv-gevallen komen ook uit andere Europese landen. De toename van soa is zeer verontrustend, omdat de cijfers op een toename van onveilig

vrijen wijzen. Ook zorgwekkend is de toename in co-infecties van hiv met andere soa (RIVM 2005). De overdracht van hiv wordt hierdoor vergemakkelijkt (RIVM 2005).

3.2.3 *Preventie van SOA*

Bij de preventie van ziekten en aandoeningen gaat het enerzijds om het voorkómen van nieuwe gevallen van ziekten (primaire preventie). Dit kan door middel van bevordering van een gezonde leefstijl en de bescherming van de populatie tegen risicofactoren. Anderzijds betreft de preventie het in een vroeg stadium opsporen van de ziekte (secundaire preventie). Hierdoor kan de behandeling eerder starten, waardoor genezing wordt bevorderd of wordt voorkomen dat de ziekte erger wordt.

Gedraggerichte preventie richt zich op determinanten van gedrag, zoals kennis, opvoeding, culturele achtergronden, enz. Het is zeer kostbaar en tijdrovend om via wetenschappelijk onderzoek effectiviteit van interventies te bepalen (Witte 2005). Door het algemene, vaak anonieme publiek zijn geen cijfers beschikbaar over het gedrag voor en na afloop (Blom 2005). Gegeven het feit dat soa vaker voorkomt in risicogroepen, wordt de aandacht met name hierop gefocust (Blom 2005). Inzicht in de aard en omvang van seksuele problematiek in Nederland is dan ook van groot belang bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren om het zorgaanbod en de organisatie van de zorg goed af te kunnen stemmen op de zorgbehoeften in Nederland. Om de effecten van beleid en praktijk van de GGD te kunnen evalueren is het bovendien van belang om veranderingen in seksuele gezondheid en zorggebruik in de tijd te volgen (www.rutgersnissogroep.nl).

De epidemiologie van soa wordt bepaald door een aantal factoren. Overdracht gebeurt van individu op individu. Seksueel gedrag van individuen kan sterk verschillen, ook soa verschillen. De één is meer infectieus dan de ander, er is verschil in de tijdsduur van besmettelijkheid en mogelijkheden tot bescherming variëren per soa (Appels 2004). Soa bewegen zich via netwerken van mensen die via seksuele contacten met elkaar verbonden zijn. Traditioneel worden bestaande seksuele netwerken in kaart gebracht via contactopsporing. Ondanks beperkingen geeft dit vaak een goed inzicht in de structuur van complexe netwerken en de verspreiding van soa hierbinnen (Appels 2004).

De laatste jaren zijn deze inzichten duidelijk verbeterd door het verfijnen en combineren van wiskundige modellen en computersimulaties. Er is duidelijk vooruitgang geboekt op het gebied van netwerkanalyses en inzicht in de rol van verschillende factoren binnen deze netwerken bij de ontwikkeling van soa-epidemieën (Appels 2004). Door onderzoeksgegevens

van netwerken, gegevens van contactopsporing en surveys te binden aan computersimulaties, waarbij verschillende aan de werkelijkheid gerelateerde variabelen worden betrokken, kan wellicht in de toekomst een beter beeld ontstaan van de verspreidingspatronen van soa en kunnen meer en beter gerichte preventieve maatregelen worden ontwikkeld en uitgevoerd (Appels 2004).

Een test op soa vindt vaak anoniem en op eigen initiatief plaats. Bij screening is er echter sprake van een systematisch onderzoek onder een van te voren gedefinieerde groep mensen. De slag naar de praktijk moet duidelijk nog worden gemaakt. Hierbij zullen facetten rond ethiek, kans op stigmatisering en sociale wenselijkheid weer in acht moeten worden genomen. Dat zal de overwegingen niet minder complex maken (Appels 2004). Aan pogingen tot preventie zitten ethische dilemma's gekleefd. Het individuele en zelfbeschikkingsrecht zijn centrale waarden in de Nederlandse samenleving. In enkele gevallen wordt een paternalistische benadering geaccepteerd; als de gezondheidsschade aan derden wordt voorkomen (van der Maas & Mackenbach 2004).

Het platform soa-bestrijding is een multidisciplinair overlegplatform van deskundigen in de Nederlandse soa-bestrijding. Naar aanleiding van de stijgende soa-problematiek heeft het platform een Actieplan soa-bestrijding opgesteld (Overberg 2003):

- Bevorderen van actiever testen op hiv en andere soa (secundaire preventie).
- Ontwikkelen van goede hiv- en soa-surveillance.
- Uitvoeren van nader onderzoek.
- Zorgdragen voor goede randvoorwaarden, onder andere in de financiering van de laagdrempelige soa-zorg.
- Intensiveren en specificeren van de gedragsgerichte preventie.

De (VWS dossier soa 2005) preventie van soa is effectiever met maatwerk. Er zijn verschillende aanpakken nodig voor de uiteenlopende risicogroepen. Ook binnen deze doelgroepen helpt bijvoorbeeld één interventie voor alle homomannen of voor alle allochtonen niet voldoende. Er zijn verschillende acties nodig voor onder andere verschillende leeftijdsfasen, seksen, culturele achtergronden en sociaal-economische posities (VWS dossier soa 2005) . Preventie- interventies zijn effectiever indien ze worden onderbouwd met theoretische modellen van gedrag en gedragsverandering. Maatwerk wordt

geleverd als de behoefte van zowel de doelgroep als van de intermediairs bij de interventie worden betrokken (Ellis & Grey 2004; Ellis e.a. 2003).

Soa Aids Nederland (www.soaids.nl) is het nieuwe expertisecentrum op het gebied van Gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers werken op lokaal en regionaal niveau, omdat de context waarin interventies in de openbare gezondheid worden uitgevoerd verschilt, moeten die succesvolle interventies altijd worden aangepast aan de plaatselijke situatie en context (VWS dossier SOA 2005). Er moet rekening gehouden worden met het feit dat prestatie-indicatoren voor preventie in een bredere context geplaatst moeten worden. Ongezond gedrag staat niet op zichzelf, maar vertoont een sterke samenloop met de sociale en fysieke omgeving van mensen. Preventie vergt daarom een intensieve en integrale aanpak, waarbij een combinatie van instrumenten wordt ingezet (RIVM 2006). Integraal gezondheidsbeleid kan volgens het RIVM (VTV 2006) een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de gezondheid. Ook is het van belang inzicht te hebben in effectieve maatregelen en doelmatige implementatie, en kennis omtrent evidentie te delen.

3.2.4 Samenvatting

In de onderstaande box worden de belangrijke criteria over de soa-problematiek in Nederland samengevat.

Criteria Paragraaf 3.2 Soa problematiek in Nederland

15. Voorkom complicaties door vroegtijdige opsporing bij het individu en ga verdere verspreiding tegen.
16. Stel vanuit epidemiologische gegevens vast
17. Neem facetten rond ethiek, kans op stigmatisering en sociale wenselijkheid in acht.
18. Houd rekening met anonimiteit van cliënten.
19. Verkrijg inzicht in de aard, omvang en netwerk van seksuele gezondheidsproblemen.
20. Draag zorg voor laagdrempeligheid, ook in financiering.
21. Focus aandacht op risicogroepen en lever maatwerk, ook in preventie.
22. De succesvolle interventies worden aangepast aan de plaatselijke situatie en context.
23. Zet een combinatie van instrumenten in om tot een intensieve en integrale aanpak van preventie te komen.

Figuur 3 Box Criteria paragraaf 3.2

3.3 De organisatie van de aanvullende curatieve soa-zorg

3.3.1 GGD Zuidhollandse Eilanden

Het werkgebied van de GGD bestrijkt de 16 gemeenten in de Zuidhollandse Eilanden (www.GGD-zhe.nl). De GGD Zuidhollandse Eilanden streeft, vanuit haar strategie naar een gezond bestaan en sluitende zorg voor alle inwoners van de Zuidhollandse Eilanden.

De GGD heeft zijn hoofdvestiging in Spijkenisse, maar om alle inwoners van de Zuidhollandse Eilanden zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, zijn er ook vestigingen in Hellevoetsluis, Middelharnis en Oud-Beijerland. Het verzorgingsgebied van de GGD beslaat 16 gemeenten op de eilanden Goeree-Overflakkee, Hoekse Waard en Voorne-Putten, Rozenburg. In totaal wonen er (in 2003) ongeveer 300.000 inwoners in het gebied (www.GGD-zhe.nl).



Figuur 4. Kaart van verzorgingsgebied (www.GGD-zhe.nl)

Per verzorgingsgebied neemt een coördinerende GGD de organisatie van de soa- bestrijding in dat gebied op zich. De GGD Rotterdam is verantwoordelijk voor de coördinatie van soa-zorg in zuidelijk Zuid-Holland om een regionale aanpak van soa-bestrijding te realiseren.

De GGD Zuidhollandse Eilanden is als een van de locatiehouders binnen de regio zuidelijk Zuid- Holland, verantwoordelijk voor het spreekuur op de lokatie Spijkenisse. Het Ruwaard van Puttenziekenhuis is een samenwerkingspartner; om tezamen anonieme, laagdrempelige soa-zorg te leveren voor de inwoners in de regio Zuidhollandse Eilanden. Dit is de doelstelling van curatieve soa-spreekuur van de regio Zuidhollandse Eilanden.

3.3.2 Doelstelling GGD

Het onderdeel van Ministerie van VWS Preventie en Gezondheidsbescherming omschrijft de algemene beleidsdoelstelling van een GGD als het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de burger in de Nederlandse samenleving. Taken van de GGD zijn de ondersteuning van het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid, uitvoerende taken inzake collectieve preventie en samenwerking en overleg met andere instellingen die betrokken zijn bij de volksgezondheid.

GGD Nederland is de landelijke vereniging voor GGD' en. De GGD' en voeren met name collectieve preventietaken uit voor gemeenten.

In de WCPV is bepaald dat de gemeente een GGD in stand dient te houden en is vastgelegd welke taken de GGD dient uit te voeren (www.ggd.nl).

De WCPV wijst de gemeente aan als regisseur van de openbare gezondheidszorg. Bij het streven om het proces van kwaliteitsverbetering in de openbare gezondheidszorg te versnellen, speelt de gemeente in meerdere opzichten een belangrijke rol. De gemeente is beleidsverantwoordelijke, financier en opdrachtgever in de openbare gezondheidszorg. Het preventieveld bestrijkt een breed terrein, dat zich uitstrekt over verschillende sectoren zowel buiten als binnen de sector volksgezondheid.

Binnen de GGD werken medewerkers aan de preventieve zorg voor de inwoners van de regio, onder andere binnen de taakgebieden infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, medische milieukunde, technische hygiënezorg, logopedie, gezondheidsbevordering en epidemiologie. Op deze taakgebieden zijn artsen, verpleegkundigen, logopedisten, administratief medewerkers, doktersassistenten, functionarissen gezondheidsbevordering en onderzoekers (epidemiologen) werkzaam.

3.3.3 Taken van de GGD op het gebied van soa

Op het gebied van de soa-bestrijding zijn verschillende landelijke organisaties actief, Het primaat van de soa-bestrijding ligt echter in de regio's bij de GGD'en. Binnen de GGD'en hebben de soa-verpleegkundigen een sleutelrol. Ook artsen infectieziekten, de afdeling Gezondheids Voorlichting en Opvoeding (GVO) en de afdeling jeugdgezondheidszorg hebben concrete rollen. Daarnaast zijn in de regio nog vele andere

professionals en organisaties actief in de soa en hiv-bestrijding, zoals huisartsen, dermatologen en scholen.

Dermatologen behandelen aandoeningen van de huid en daaraan grenzende slijmvliezen. Het is een medisch specialisme dat zich in brede zin richt op de diagnostiek en behandeling van huidziekten en van seksueel overdraagbare aandoeningen. De leer van de seksueel overdraagbare aandoeningen heet venerologie. De arts, werkzaam in het soa-centrum, is belast met het onderzoek van patiënten met klachten of afwijkingen met het stellen van de diagnose en de behandeling van de soa. Daarnaast is de arts eindverantwoordelijk voor het dagelijks medisch handelen in het centrum en verantwoordelijk voor regionale epidemiologie en surveillance (www.hivsurveillance.nl). Het grootste deel van het werk wordt uitgevoerd door verpleegkundigen. Zij spelen een centrale rol in de uitvoering van de aanvullende curatieve soa-zorg.

In 2005 is gewerkt aan de totstandkoming van de randvoorwaarden die nodig zijn voor een kwalitatief goed aanbod van aanvullende curatieve soa-zorg. Er is een nieuwe financieringsregeling, de kwaliteitseisen en richtlijnen zijn opgesteld en een nieuw registratiesysteem voor het vastleggen van cliëntgegevens is beschikbaar.

Personen met een hulpvraag voor een soa-onderzoek en/of hiv-test kunnen naast de huisarts terecht bij de lokale GGD of soa-centra (www.ggd.nl). Nederland is opgedeeld in zeven regio's (de regio Zuid-Holland is weer in twee delen verdeeld). Per regio ontvangt een coördinerende GGD subsidie ten behoeve van die regio (www.soaids.nl).

In elke regio is er minimaal één laagdrempelige voorziening waar mensen kosteloos en desgewenst anoniem terecht kunnen. Ook ziekenhuispoliklinieken kunnen worden ingeschakeld (soaiads.nl). De soa-zorg door GGD'en is aanvullend op de huisarts, waar mensen primair terecht kunnen voor het testen en behandelen van soa. De aanvullende curatieve soa-bestrijding is bedoeld voor mensen die perse anoniem willen blijven, maar vooral ook om uitvoering te kunnen geven aan het 'actief testbeleid' bij hoogrisicogroepen. De nieuwe regeling is bedoeld als aanvulling op de reguliere (door zorgverzekeraars gefinancierde) zorg. Het RIVM/CIB (Centrum voor Infectieziektenbestrijding) verleent namens het Ministerie van VWS conform deze regeling.

De voorziening is bedoeld om een actief testbeleid onder doelgroepen te stimuleren. De zorg wordt aanvullend genoemd, omdat de functie van de soa-centra ingericht zijn als aanvulling op de bestaande soa-zorg die met name door huisartsen wordt geleverd.

De regeling moet de volksgezondheid dienen. Daarom heeft de minister uiteindelijk gekozen voor een financieringsstructuur die recht doet aan deze doelstelling en tegelijk efficiënte zorg stimuleert.

Door uit te keren per gevonden soa, worden GGD'en gestimuleerd om in de juiste risicogroepen te zoeken en zo veel mogelijk op te sporen (www.hivsurveillance.nl).

Risicogroepen die bij risicogedrag in aanmerking komen voor actief testen op hiv en andere soa:

- Mannen die seks hebben met mannen.
- Personen die afkomstig zijn uit een hiv/soa endemisch gebied.
- Personen die een partner met hiv/soa hebben.
- Personen die veel seksuele partners hebben (gehad).
- Personen die een biseksuele partner hebben (gehad).
- Personen die intraveneus drugs hebben gebruikt of anderszins bloedoverdraagbaar risico hebben gelopen.
- Personen die een partner uit een of meer van de hierboven genoemde groepen hebben (gehad).

Bron: Soaids Nederland.

3.3.4 *Samenvatting*

In de onderstaande box worden criteria rondom de organisatie van aanvullende curatieve soa-zorg weergegeven.

Criteria paragraaf 3.3 De organisatie van de aanvullende curatieve soazorg

- | |
|--|
| <p>24. Per verzorgingsgebied neemt een coördinerende GGD de organisatie van de soa-bestrijding in dat gebied op zich.</p> <p>25. Houd rekening met de functie van de aanvullende curatieve soa-zorg, als aanvulling op huisartsen.</p> <p>26. Maak gebruik van de ontwikkelde kwaliteitseisen en richtlijn.</p> <p>27. Test actief onder doelgroepen.</p> <p>28. Houd de algemene beleidsdoelstelling van een GGD in het oog.</p> <p>29. Betrek de gemeente als beleidsverantwoordelijke, financier en opdrachtgever in de openbare gezondheidszorg.</p> <p>30. Betrek verpleegkundigen, het grootste deel van het werk wordt uitgevoerd door hen.</p> |
|--|

Figuur 5. Box Criteria paragraaf 3.3

3.4 Externe verantwoording

In toenemende mate moeten zorgaanbieders rekenschap afleggen over de door hun geleverde kwaliteit van zorg. Een instrument om verantwoording af te leggen is de toepassing van prestatie indicatoren. In deze paragraaf wordt externe verantwoording behandeld en de relaties tussen betrokken externe partijen worden weergegeven.

3.4.1 Externe verantwoording

Zorgverzekeraars zijn als inkopers en financiers van zorg geïnteresseerd in informatie over kwaliteit, kosteneffectiviteit en overbodig gebruik van zorgvoorzieningen (Groenewoud e. a. 2003). Patiënten- en consumentenorganisaties hebben behoefte aan informatie over de beschikbaarheid van zorg, de technische kwaliteit van het zorgaanbod en de bejegening om keuzes te kunnen maken met betrekking tot hun behandeling (Porter & Olmsted 2007). Beleidsmakers en overheden willen informatie over de toegankelijkheid van de zorg en de bijdrage van de verschillende zorgvoorzieningen aan de volksgezondheid. De IGZ is in haar rol van toezichthouder op zoek naar informatie over het realiseren van verantwoorde kwaliteit van zorg. Raden van Toezicht van instellingen monitoren de prestaties van instellingen aan de hand van de inzet van middelen en de behaalde resultaten. Voor zorgverleners leveren gegevens over de zorg informatie op, die wordt gebruikt om de eigen prestaties te vergelijken met andere en zonodig te verbeteren.

Een manier om externe verantwoording af te leggen is door middel van indicatoren. Verantwoording nemen in zorgorganisaties houdt volgens Meurs en Walburg (2000) in; datgene wat de maatschappelijke omgeving verwacht en daarover transparant verantwoording afleggen. De gedachte is dat de samenleving aan zorginstellingen ruimte en erkenning geven, indien in voldoende mate is voldaan aan maatschappelijke verwachtingen of wel publieke belangen. Alle instellingen moeten zich dus publiekelijk verantwoorden. De GGD'en zijn primair verantwoordelijk voor naleving van de Kwaliteitswet (Legemaate & van Wijmen 2000).

De actuele discussie over prestatie-indicatoren in de zorg komt voort uit het streven naar meer transparantie van de zorg. De transparantie moet eraan bijdragen dat patiënten en partijen zoals zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg kunnen vergelijken en eventueel selecteren op kwaliteit (Porter & Olmsted 2007). De transparantie van geleverde zorg zal dus toenemen

door te werken met prestatie-indicatoren. Aangezien publicatie van de indicatoren bijdraagt aan een grotere transparantie van de zorg.

Het is in het belang van de openbare gezondheidszorg zelf om aan die vraag te voldoen.

De individuele beroepsbeoefenaar streeft naar transparantie van de geleverde zorg. De beroepsverenigingen streven er, natuurlijk, naar om het beroep waarvan zij de belangen behartigen te kunnen profileren en positioneren (Porter & Olmsted 2007). De indicatoren worden besproken in de beroepsgroepen en stimuleren daardoor het meten en verbeteren van kwaliteit.

3.4.2 Betrokken partijen voor externe verantwoording

Het RIVM/ Cib

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zorgen voor informatie, monitoren en wetenschappelijke onderbouwing van het volksgezondheidsbeleid.

De soa/hiv-surveillance unit van het RIVM draagt zorg voor het verzamelen, integreren en interpreteren van gegevens uit soa/hiv-surveillance activiteiten in Nederland. De gegevens zijn afkomstig uit diverse bronnen(www.hivsurveillance.nl).

In 2006 wordt op initiatief van het Ministerie van VWS geïnvesteerd in de implementatie van een landelijk netwerk van soa-centra in het kader van de aanvullende curatieve soa-zorg. (RIVM 2006) De hiv-surveillance is gebaseerd op de registratie van hiv-geïnfecteerden via de behandelcentra en surveys in risicogroepen om de hiv-prevalentie te monitoren (van de Laar 2005).

De soa-surveillance verloopt vanaf 1 januari 2006 via SOAP, die gegevens van alle soa-centra en subcentra verzamelt (www.hivsurveillance.nl). De eenheid van melden in SOAP blijft de afzonderlijke GGD of soa polikliniek. Het grootste deel van de centra zal dat via een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) doen en enkele zullen rechtstreeks via SOAP gaan invoeren (www.hivsurveillance.nl). Ten behoeve van de uitvoer van de soa-subsidieregeling is de functionaliteit van SOAP uitgebreid, om de voor de financiering noodzakelijke gegevens te kunnen produceren (www.hivsurveillance.nl).

Gemeenten

Vanuit de doelstelling om het kwaliteitsdenken en werken te stimuleren in de Openbare Gezondheidszorg is het Landelijk Programma Kwaliteit Collectieve Preventie gestart (VWS 2005). De belangrijkste doelstelling van dit programma is om de kwaliteitsontwikkeling

binnen de Openbare Gezondheids Zorg te versnellen. Dit moet uiteindelijk leiden tot een kwalitatief betere, meer transparante zorg op het terrein van de collectieve preventie voor de burger.

In dit kwaliteitsprogramma worden gemeenten gestimuleerd om de kwaliteit van de Openbare Gezondheids Zorg als geheel op lokaal niveau te waarborgen: door het maken van prestatieafspraken met de instellingen en door het ontwikkelen van een kritisch en deskundig opdrachtgeverschap (VWS 2005). Tevens zullen gemeenten uitgedaagd worden kwaliteitsbevordering in hun eigen doelstellingen en beleid op te nemen. Dit krijgt gestalte in onder meer het organiseren van educatieve bijeenkomsten, het initiëren van een bestuurlijke benchmark en het ontwikkelen van een handreiking voor kwaliteitsborging.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie houdt toezicht op de naleving van wet- en regelgeving, die gericht is op het voorkómen van ziekten, de zorgverlening en op de naleving van beschermende maatregelen op onder andere het gebied van milieu, levensmiddelen en waren. De Inspectie heeft in het rapport 'Staat van de volksgezondheid 2005' (IGZ 2005) aangegeven dat de openbare gezondheidszorg meer aandacht zou moeten hebben voor kwaliteitsbeleid, in het bijzonder de infectieziekten (www.igz.nl). Gemeenten hebben een belangrijke rol als opdrachtgever.

IGZ heeft in 2005 de kwaliteit en toegankelijkheid van de openbare gezondheidszorg onderzocht. De doeltreffendheid en de effecten op zorginstellingen van de Kwaliteitswet Zorginstellingen zijn in 2005 en 2006 geëvalueerd (www.igz.nl). De IGZ is in samenwerking met Nivel (Nederlands Instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg) gestart met het ontwikkelen van indicatoren voor de openbare gezondheidszorg met als doel de kwaliteit van de geleverde collectieve preventieve zorg te kunnen meten (Ministerie van VWS 2005). Door middel van de indicatoren kan de Inspectie professionele kwaliteit van toezicht verbeteren (Kwartaalbericht indicatoren OGZ december 2005). Eén van de uitkomsten uit de rapportage (Coppen e.a. 2006) is, dat de set met indicatoren de Inspectie slechts een signaalfunctie heeft ten aanzien van de openbare gezondheidszorg in een bepaalde regio. Op basis van dat inzicht moeten uitspraken worden vermeden. Inspectiebezoek in de tweede fase van toezicht is noodzakelijk.

In de Infectieziektenwet staan maatregelen beschreven om overdracht van besmettelijke ziekten te stoppen. Maatregelen die ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer of de

grondrechten van burgers tijdelijk inperken (Legemaate 2004). De burgemeester heeft de bevoegdheid deze maatregelen te treffen. De Infectieziektenwet maakt het bijvoorbeeld mogelijk om besmette personen te isoleren of gebouwen te sluiten. In de Infectieziektenwet wordt gesteld dat bij de signalering van een aantal infectieziekten, die een bedreiging voor de volksgezondheid kunnen vormen, melding moet worden gemaakt bij de GGD, de burgermeester en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Legemaate 2004). De burgemeester is verantwoordelijk voor de bestrijding van de infectieziekten in het ambtsgebied (Legemaate 2004). Tot april 1999 is het verplicht geweest om nieuwe gevallen van syfilis, gonorrhoe en hepatitis B aan te geven bij de Inspectie Gezondheidszorg. Door een wetswijziging is deze plicht vervallen voor syfilis en gonorrhoe (Legemaate 2004).

GGD Nederland

In Beter voorkomen werken GGD Nederland, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en Zorg (organisatie van zorgondernemers) samen aan kwaliteitsverbetering onder regie van ZonMw. GGD'en en thuiszorg Jeugd GezondheidsZorg-organisaties die hun kwaliteitssysteem verder willen verbeteren, kunnen gebruik maken van de kwaliteitsnormen, benchmarks, prestatie-indicatoren en andere instrumenten die in het kader van concrete projecten worden ontwikkeld.

Het programma (www.betervoorkomen.nl) biedt kansen om de bedrijfsvoering en de dienstverlening te verbeteren, kennis te delen en het werk voor medewerkers uitdagender te maken. Daarnaast stimuleert het programma gemeenten bij het kritisch en deskundig invullen van hun rol als opdrachtgever van de openbare gezondheidszorg. Het programma stimuleert en begeleidt dit door het aanbieden van 'best practices', intervisie en het organiseren van trainingen en bijeenkomsten op het gebied van kwaliteitsverbetering (www.betervoorkomen.nl).

Onder auspiciën van HKZ (Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) worden HKZ-certificatieschema's ontwikkeld voor diverse werkerterreinen waaronder: epidemiologie en beleidsadviesing, gezondheidsbevordering en forensische geneeskunde. Er zijn al certificatieschema's beschikbaar voor infectieziektenbestrijding (www.zonmw.nl/nl/programmas/beter-voorkomen).

3.4 Samenvatting

De laatste paragraaf sluit af met een opsomming van samenvattende criteria.

Criteria paragraaf 3.4

31. Voldoe als instelling aan maatschappelijke verwachtingen of publieke belangen.
32. Onderneem als openbare gezondheidszorg zelf actie om aan die informatievraag te voldoen.
33. Voldoe aan de wettelijke eisen vanuit de WCPV, de Kwaliteitswet en Infectieziektenwet.
34. Gebruik gegevens uit indicatoren om de eigen prestaties te vergelijken met andere en zonodig te verbeteren.
35. Ontwikkel best practices en deel kennis met andere GGD'en.
36. Maak gebruik van HKZ schema's.

Figuur 6. Box Criteria paragraaf 3.4

4. Onderzoeksresultaten

Er zijn interviews gehouden met diverse organisaties in Nederland. Verder zijn documenten van de GGD bestudeerd. Die documenten hebben allemaal betrekking op het soa- en kwaliteitsbeleid. Opvallend is dat vele vragen eenduidig zijn beantwoord. Inconsistenties of tegenstrijdigheden zijn nauwelijks te bespeuren in de reacties. De respondenten geven een uitvoerige toelichting op hun antwoorden.

Eén interview is beperkt gebleven tot een telefonisch interview. Een ander interview is, vanwege beperkte tijd van de respondenten, uitgewerkt door een medestudent. Die medestudent heeft onderzoek gedaan naar de ontwikkeling en het gebruik van prestatie-indicatoren in de openbare gezondheidszorg.

De getranscribeerde teksten zijn aan de respondenten voorgelegd en wijzigingen zijn zo nodig aangebracht. De verwerking van de interviews begint met het uitwerken en doorlezen. Door middel van codering zijn onderwerpen van elkaar onderscheiden. Deze codes zijn vervolgens gesorteerd en gebundeld per onderwerp. De gevonden gegevens zijn vergeleken met de literatuur.

Uit de interviews is naar voren gekomen, dat er geen expliciete prestatie-indicatoren bestaan voor de aanvullende curatieve soa-zorg. De aanvullende curatieve soa-zorg kent wel een prestatienorm in de vorm van vindpercentages (aantal testen, positieve testen).

Vanaf dat moment is er een poging gedaan om indicatoren te ontwikkelen. Dit heeft een specifieke wending gegeven aan het onderzoek.

Er hebben in de laatste fase (onderdelen C/D) van het onderzoek geen interviews plaatsgevonden zoals in het onderzoeksvoorstel genoemd werd. De reacties zijn voornamelijk tot stand gekomen door middel van e-mail uitwisseling met contactpersonen van de GGD Rotterdam, GGD Zuid-Holland Zuid en GGD Hollands-Midden (Gouda).

In de bijlage (7) staat de conceptversie prestatie-indicatoren, aangevuld met enkele reacties op deze set van bovengenoemde organisaties. De set is nog niet daadwerkelijk getest in de praktijk.

4.1 Deelvraag 1.

Wat wordt in literatuur beschreven als gewenste uitkomsten van soa- en hiv- zorg, verleend door een GGD?

Behandelmogelijkheden bij hiv

Als gevolg van de komst van Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART) in 1996, is het terughoudende testbeleid in Nederland neutraal geworden en later aangemoedigd. (Gezondheidsraad 1999). Heeft het in het verleden weinig voordelen opgeleverd om te weten hiv geïnfecteerd te zijn, met de komst van HAART is het zinvol om een hiv-infectie vroegtijdig vast te stellen.

Hoewel het stimuleren van hiv-testen van groot belang is, zal een hiv-test bij voorkeur gecombineerd moeten worden met een soa-onderzoek (Gezondheidsraad 1999). Bij een soa-onderzoek wordt in principe ook een hiv-test aangeboden (www.hivnet.org 2005). In het kader van de vorming van de 8 regionale soa-centra zal regionaal moeten worden nagegaan welke behoefte er is aan soa/hiv-test mogelijkheden (Gezondheidsraad 1999). Het is wenselijk zoveel mogelijk gecombineerd onderzoek aan te bieden.

Kwaliteitsrichtlijnen

Om een kwalitatief goed en uniform aanvullend aanbod van zorg te kunnen leveren, heeft de Werkgroep Kwaliteit een advies uitgebracht over kwaliteitseisen en richtlijnen voor de soa-centra. De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie (NVDV) heeft, in samenspraak met de Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen en de Vereniging voor Infectieziekten, in deze werkgroep richtlijnen opgesteld voor het medisch inhoudelijk beleid dat in de soa-centra gevoerd dient te worden. Er is in multidisciplinaire samenwerking een richtlijn opgesteld.

De richtlijn beschrijft op welke wijze er gepast gebruik wordt gemaakt van de zorgverlening. De LCI formuleert richtlijnen (protocollen/draaiboeken) voor de praktische uitvoering van de infectieziekten bestrijding in Nederland (www.infectieziekten.nl/index). Het Centrum Infectieziektebestrijding heeft als missie om de preventie en bestrijding van infectieziekten optimaal te laten verlopen. Het gaat om een effectieve preventie, hoge waakzaamheid en een snelle reactie in het geval van een mogelijke uitbraak van een infectieziekte. Bijvoorbeeld het LCI draaiboek; Partnerwaarschuwing bij soa.

4.2 Deelvraag 2.

Zijn er prestatie-indicatoren beschikbaar, eventueel ook voor preventieve zorg, en voldoen de indicatoren aan de verwachtingen en wensen van de professionals werkzaam bij de GGD Zuidhollandse Eilanden?

Uit de interviews blijkt dat de GGD Zuidhollandse Eilanden niet met prestatie-indicatoren werkt. In de huidige situatie ontbreekt informatie over prestaties voor de kwaliteit van zorg. Er is wel een wens deze te ontwikkelen.

De professionals van de afdeling soa-zorg zijn betrokken bij de ontwikkeling van indicatoren over de geleverde zorg binnen het vakgebied waarover zij verantwoording afleggen, tijdens dit onderzoek. Bij de GGD Zuidhollandse Eilanden is het wenselijk om interne indicatoren te ontwikkelen voor gebruik binnen de beroepsgroep om de kwaliteit van hun eigen handelen en de effectiviteit van ontwikkelde richtlijnen te monitoren.

Uit de interviews met het RIVM/LCI en GGD Nederland blijkt dat in de financieringssystematiek een prestatie-indicator is verbonden. Er zit een stimulans achter; bij meer dan 17% soa-infecties neemt de financiering toe. Heel kwantitatief. Op basis van de registratie van het RIVM, via de zogenaamde SOAP, wordt dit percentage gemeten en ook afgerekend. De preventieactiviteiten vallen buiten de subsidieregeling. Eisen van de subsidieverlener, zo wordt genoemd, is dat het alleen over hulpverlening mag gaan. Het kwaliteitsdocument met de richtlijnen voor de curatieve soa-centra wordt tevens genoemd als prestatieafspraken.

“Er moet een bepaald soa-vindpercentage gehaald worden, totaal in het werkgebied. Van de mensen die worden onderzocht moet bij ten minste 17 % soa infectie worden vastgesteld. De achtergrond daarvan is, dat spreekuren zijn georganiseerd voor cliënten die daadwerkelijk risico hebben gelopen. Op die manier worden GGD'en gestimuleerd om die risicogevalen op te sporen.” Beleidsmedewerker GGD Nederland.

De benchmark

De GGD benchmark heeft in 2003 plaatsgevonden. De benchmark is met name gericht op financiën. Om die reden ligt het dan ook voor de hand om de mate van doelbereiking te relateren aan ingezette productiemiddelen. Dit is een managerial perspectief. Het doel is

primair om de kwaliteit van het product te bewaken en waar mogelijk te verbeteren bijvoorbeeld via aanpassingen in de bedrijfsvoering.

De benchmark beschrijft onvoldoende op welke wijze indicatoren op dit moment de kwaliteit van zorg monitoren. Het is wenselijk om indicatoren voor kwaliteitszorg te ontwikkelen.

Vervolgens kunnen de gegevens worden afgezet tegen prestaties die door anderen worden geleverd. Bijvoorbeeld huisartsen of andere hulpverleners. Het is namelijk een aanvullende voorziening, bovenop de bestaande voorziening. Op die manier worden de handelingen en interventies ook toetsbaar.

“We hebben de kostprijs vastgesteld op basis van gemiddelde consulttijd (arts en verpleegkundige) en directe/ indirecte handelingen. Of de berekende kosten ook de daadwerkelijke kosten zijn, hebben we nog niet kunnen bepalen, omdat er verschillend gewerkt wordt. We gaan dat wel monitoren.” Beleidsmedewerker GGD Nederland.

“Omdat de productdefinities en de administraties van de GGD'en (nog) niet helemaal op elkaar aansluiten bevatten sommige cijfers 'ruis'. Deze cijfers zijn daarmee niet per definitie onbruikbaar. Alleen als de vertekening erg groot is, wordt vergelijken moeilijk. De absolute waarde van het cijfer kan minder interessant worden, maar de relatieve waarde (via vergelijking in spiegelgroepen) kan zeker nuttig blijven. De cijfers kunnen dus toch een signaalfunctie vervullen voor mogelijke verschillen in doelmatige bedrijfsvoering en blijven daarmee interessant voor 'het verhaal achter de cijfers'.” Benchmark GGD Nederland rapport 2003.

4.3 Deelvraag 3.

Wat zijn de gewenste uitkomsten voor de individuele cliënt die een behandeling of test ondergaat voor soa-zorg en welke processen dragen bij aan die uitkomsten?

De anonimiteit waarborgen

De soa-centra zijn een eerstelijnsvoorziening in aanvulling op de huisartsenzorg, ze is laagdrempelig en desgewenst anoniem.

Het spanningsveld bevindt zich tussen het verkrijgen van informatie voor onderzoek zoals epidemiologische cliënt-kenmerken (de opgenomen variabelen zoals seksuele voorkeur, leeftijd, geslacht enz.) en de anonimiteit, het specifieke kenmerk van de aanvullende soa-zorg.

De voorziening is mede bedoeld om een actief testbeleid onder doelgroepen te stimuleren. Veel cliënten blijven anoniem, oplossing is een Proxy te koppelen, bijvoorbeeld een postcode. Afkomst, sociaal-economische status, leeftijd is relevant. Daarbij is het van belang dat er gekeken wordt naar toename van bepaalde soa. Vervolgens kijkt men ook naar de ernst en de gevolgen voor het individu of de kans op spreiding. Met ingang van 1 januari 2006 is de vragenlijst (Zie bijlage 6), die standaard wordt ingevuld, uitgebreid.

Uit het interview met de sociaal-verpleegkundige is naar voren gekomen, dat het onwenselijk is om de cliënt met nog meer vragen te belasten. Bescherming van de cliënt-rechten, zoals het recht op privacy, vertrouwde omgang met informatie, staan hoog in het vaandel. De kracht van de soa-centra zit in de anonimiteit.

“Doordat onderzoek anoniem plaatsvindt, weten we niet in hoeverre anamnese gegevens kloppen. Het is mogelijk dat een cliënt zich, in een andere regio dan waar hij of zij woont, laat testen. De vragenlijst is al flink aangevuld. Hoe meer vragen, hoe groter de kans op onbetrouwbare antwoorden.

Wij registeren in drie systemen. Ten eerste het SOAP van het RIVM, ten tweede Access en ten derde het soa-systeem van GGD Nederland. Access werkt heel prettig, dit geeft snel inzicht zonder codes. Je kunt bijvoorbeeld zien welke consulten nog openstaan.” Zie bijlage 7. Soa-verpleegkundige GGD Zuidhollandse Eilanden.

Kwaliteitssysteem

Het kwaliteitssysteem van de infectieziektepreventie- en bestrijding heeft een HKZ-kwaliteitscertificaat op alle gebieden behaald. Dit betekent, dat de algemene infectieziektebestrijding (inclusief de soa-preventie en -bestrijding), de technische hygiënezorg en de reizigersvaccinatie (inclusief Hepatitis B-vaccinatie voor Arbo-risicogroepen) vanaf april 2006 HKZ zijn gecertificeerd. Hiermee is de GGD Zuidhollandse Eilanden de eerste GGD in Zuid-Holland die gecertificeerd is op alle onderdelen van het HKZ-schema infectieziektepreventie- en bestrijding. De GGD Zuidhollandse Eilanden voldoen aan de wens van de minister die op deze manier de organisatie van de infectieziektebestrijding in Nederland wil verbeteren en versterken.

Het behalen van een kwaliteitscertificaat betekent, dat de organisatie voldoet aan de kwaliteitseisen van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)

of de ISO-9000 normen. De HKZ-normen zijn vastgelegd in kwaliteitsschema's en zijn een op de zorg toegespitste toepassing van de ISO-9000 normen. Ook toont het aan dat er voortdurend en gestructureerd gewerkt wordt aan het verbeteren van producten en diensten.

“De processen gaan allemaal erg snel. We zijn ver met de HKZ certificering. Onze werkwijze is verankerd in de missie. Zorgvuldig werken blijkt ook uit ons kwaliteitsbeleid, waaronder de verschillende certificeringen.” Adjunct-directeur GGD Zuidhollandse Eilanden.

Testcultuur

Met het LCI en RIVM zijn productieafspraken in de vorm van vindpercentages afgesproken. Als onderdeel hiervan zal actief testen voor groepen die risico lopen een optie zijn. Uit gegevens van het SOA peilstation blijkt dat ongeveer de helft van de homo- en biseksuele mannen, die een soa-polikliniek bezoekt voor onderzoek, zich niet op hiv laat testen. Door testen actiever aan te bieden zal het aantal mensen dat hun eigen hiv-serostatus kent toenemen. De opzet is dat seksueel overdraagbare aandoeningen een minder negatieve lading krijgen. De opsporing van deze ziekten zal daardoor vergemakkelijkt worden. Er moet meer gedaan worden om gevoelens van gestigmatiseerd zijn en schaamte bij een seksueel overdraagbare aandoening te verminderen.

“Rapporten over testcultuur zijn er niet, maar het zijn uitspraken gebaseerd op de manier waarop met testen wordt omgegaan.

In de VS bijvoorbeeld laten mensen zich op van alles en nog wat testen, vandaar dat over een testcultuur wordt gesproken. We zijn recent de discussie gestart of we normatiever kunnen zijn. Er is nog niet veel bekend over normatieve projecten. Voor gedragsmatige projecten (lieft ook evidence based) bij universiteiten is een vraag uitgezet.” Beleidsmedewerker Soaids Nederland.

4.4 Deelvraag 4.

Wat is volgens experts en deskundigen op het gebied van soa-zorg een valide, betrouwbare en begripsvalide indicator, die gewenste uitkomsten van zorg, waaronder ook preventie, uitdrukt bij GGD Zuidhollandse Eilanden?

Toegankelijkheid en bereik hoog risicogroepen

Soa-centra sluiten aan bij de behoefte van de cliënten om aan de hulpvraag gehoor te geven. Er zijn geen extra kosten aan verbonden, de cliënten zijn niet noodzakelijk verzekerd tegen ziektekosten. Contact met hoog risicogroepen biedt de mogelijkheid tot het beïnvloeden van gedrag. Het vroegtijdig opsporen van soa is in het belang vanwege de ernst van de gevolgen: consequenties van verdere verspreiding en de verbonden (maatschappelijke) kosten aan de infecties.

De registraties van de A-, B- en C-ziekten welke met behulp van ISIS bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, sinds 1-1-2006 het RIVM, worden aangemeld. Op die wijze kan de landelijke incidentie in kaart worden gebracht. De barometer geeft weer welke infectieziekten recent meer dan verwacht zijn gemeld. Het gaat hierbij om signalen die kunnen wijzen op een landelijke verheffing van ziektegevallen.

De Inspecteur Infectieziekten geeft bijvoorbeeld aan dat het zeer belangrijk is, dat de GGD een risicoanalyse maakt van de regio. In geval van soa kunnen dat bijvoorbeeld risicogroepen zijn als prostituees. De wegwijzer soa is een beleidsinstrument om risicogroepen in de regio in kaart te brengen.

“Alle gemeenten (GGD) moeten risico’s in kaart brengen (sociale kaart). Die risicobepaling kan ter ondersteuning van de beleidskeuze van de instellingen in de OGZ en ter ondersteuning van het opdrachtgeverschap van gemeenten voor de basistaken collectieve preventie dienen.”
Inspecteur Infectieziekten.

Triage

Triage is een heel belangrijk instrument, dat relatief nieuw is en dat bepaalt de input. In het kwaliteitsdocument staan de richtlijnen, onder andere het triage-proces en de wijze waarop diagnostische verrichtingen plaatsvinden, beschreven.

Om alleen de hoogrisicogroepen te bedienen en geen aanzuigende werking uit te oefenen op laagrisicogroepen is indicatiestelling voor het soa-centrum gewenst. Gelet op het feit dat de soa-centra bestemd zijn voor mensen die niet in de reguliere zorg terecht kunnen zal er triage aan de poort plaatsvinden om bijvoorbeeld worried well (gezonde mensen met weinig kans op soa) door te verwijzen naar de huisarts.

Via een telefonische indicatiestelling moeten de juiste patiënten uitkomen bij de juiste zorgverlener. Voor deze indicatiestelling zijn 8 vragen (kwaliteitsrichtlijn aanvullende curatieve soa-zorg) beschikbaar. De vragen zijn:

1. Wat is uw leeftijd?
2. Heeft u seks met mannen of met vrouwen?(alleen voor mannen)
3. Bent u verwezen of gewaarschuwd voor een soa?
4. Heeft u het afgelopen jaar een soa gehad?
5. Heeft u klachten die op een soa wijzen?
6. Tot welke bevolkingsgroep rekent u zichzelf?
7. Heeft u seks gehad voor geld of goederen?
8. Heeft u de afgelopen 6 maanden meer dan drie sekspartners gehad?

Zorgvuldig monitoren en evaluatie zijn van belang om te kunnen bepalen of de beoogde doelgroep daadwerkelijk uitkomt bij het soa-centrum. De vraag waar in de regio voorzieningen nodig zijn, is dan ook in eerste plaats aan de regio zelf om die te beantwoorden. De regeling stimuleert de GGD'en juist om zich meer te richten op die groepen. De prevalentie van soa is daar immers hoog dus het loont om extra moeite, bijvoorbeeld via outreachend werk, te doen om deze groepen te bereiken.

Sluitend zorgaanbod; ketenzorg

Sinds medio 2004 participeert de GGD Zuidhollandse Eilanden actief in een samenwerkingsverband met de soa-polikliniek van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Centrum voor Anticonceptie Seksualiteit en Abortus (CASA) en de soa-bestrijding van de 3 naburige GGD'en (Rotterdam e.o., Nieuwe Waterweg Noord en Zuid-Holland Zuid).

Dit initiatief heeft op 1 maart 2005 geleid tot de oprichting van SENSE Zuidelijk Zuid-Holland, een laagdrempelig eerstelijnscentrum voor seksuele gezondheid. Het betreft geen fysiek nieuw centrum, maar een nieuw samenwerkingsverband dat als doel heeft de bestaande dienstverlening uit te breiden en te komen tot een integraal aanbod. Dit aanbod richt zich niet alleen op vragen rondom soa, maar ook op vragen die te maken hebben met thema's als anticonceptie en seksualiteit. Het huidige aanbod is vaak versnipperd en onvoldoende toegankelijk.

“De zorg proberen wij ook binnen de sluitende keten te bewaken. Zowel voor hiv als voor soa. De meeste soa kunnen in het behandelcentrum worden behandeld. Dit loopt redelijk

goed. Voor huisartsen bijvoorbeeld, die zien niet dagelijks soa. Het stukje ondersteuning bieden wij bijvoorbeeld bij contactopsporing, training van huisartsen.” Beleidsmedewerker Soaids Nederland.

Scheiding curatie-preventie.

Het versterken van de samenhang tussen public health en curatie is een van de speerpunten in het beleid van de Nederlandse Public Health Federatie. De NPHF voert een project uit, genaamd Preventie en curatie, waarvan VWS opdrachtgever is. De focus ligt op het stimuleren van daadkracht en betrokkenheid om weer een stap verder te zetten. De rol van de curatieve zorg bij preventie krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. Er zijn veel interessante initiatieven en ontwikkelingen in het veld op dit terrein. In de praktijk blijkt dat de samenwerking en kennisuitwisseling tussen de public health sector en de curatieve sector op het gebied van ziektepreventie en gezondheidsbevordering beperkt is. Gescheiden financiering en wettelijke regelingen vormen lastige obstakels voor synergie tussen de sectoren. In andere Europese landen is de kloof tussen public health en curatie over het algemeen minder groot (RVZ, 2005).

Groot struikelblok in de aansturing van de nieuwe regeling is dat de gemeente verantwoordelijk is voor de soa-preventie en het rijk voor aanvullende curatieve soa-zorg. De soa-centra richten zich nu voornamelijk op curatie. Bij het ontwikkelen van een goede indicator voor preventie, moet in elk geval worden uitgegaan van evidence based interventies. Preventie is een kwestie van lange adem. Gezondheidsopbrengsten van investeringen betalen zich meestal pas na enige tijd uit, vaak geleidelijk en onopgemerkt. Daarmee loopt preventie de kans stiefmoederlijk te worden bedield in een politieke arena waarin korte termijnproblemen om voorrang strijden.

Er is een nauwe relatie tussen curatie en preventie en gekoppeld aan bron- en contact onderzoek Het zal lastig zijn om prestatie-indicatoren te formuleren voor preventie, omdat de output niet altijd zichtbaar is.

“Er is momenteel een omslag gaande naar een vraaggestuurd stelsel. De nota preventie “Kiezen voor gezond leven” van VWS wordt ontwikkeld in samenwerking met het NFPH. Hiv lijkt te verschuiven naar een chronische ziekte, dat heeft consequenties. Een geïntegreerde benadering van gedrag en leefsituatie wordt zichtbaar in verbindingen tussen zorg, preventie

en gezondheidsbevordering. Door versnipperde aansturing pleiten wij als vereniging voor financiering van preventieve zorg in de basispremie.” Projectmedewerker NPHF.

“Er is tegenwoordig meer aandacht voor het onderdeel preventie. Wij roepen al jaren dat voorlichting belangrijk is, maar daar komt nu ook aandacht voor. De nadruk lag veelal op de curatieve zorg, maar er kunnen veel kosten worden bespaard in het preventiegedeelte. Er zijn ook projecten gaande die ook gesteund worden door zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld in de GGZ. Maar wat nu het resultaat is van preventiewerkzaamheden, de effectiviteit, dat is lastig te meten. Wat is nu precies de bijdrage van een voorlichting op een school en in hoeverre voorkom je, dat er dan percentsgewijs meer of minder besmettingen optreden? Prestatie indicatoren voor preventie zijn dus van groot belang.” Voorzitter Landelijke Benchmark, tevens directielid GGD.

4.5 Deelvraag 5.

Welke kritische succesfactoren zijn noodzakelijk om een indicatorenset te implementeren op de afdeling infectieziekten bij GGD Zuidhollandse Eilanden?

Betrokkenheid van deskundigen

Bij de uitvoering van werkzaamheden in een soa-centrum zijn meerdere disciplines betrokken. Op het terrein van de medische en verpleegkundige zorg kunnen verschillende domeinen en functiebenamingen worden onderscheiden: dermatoloog, (soa-)arts, arts in opleiding, (soa-)verpleegkundige, sociaal-geneeskundige, sociaal-verpleegkundige. Op dit moment is de taakinfilling en verantwoordelijkheidstoedeling in iedere setting anders geregeld en afhankelijk van de organisatievorm. Een eenduidige formulering van de taakverdeling binnen een soa-centrum is daarom moeilijk.

De arts, werkzaam in het soa-centrum, is onder andere belast met onderzoek van patiënten met klachten of afwijkingen, het stellen van de diagnose en de behandeling van de soa. Daarnaast is de arts eindverantwoordelijk voor het dagelijks medisch handelen in het centrum en verantwoordelijk voor regionale epidemiologie en surveillance. Het grootste deel van het werk wordt uitgevoerd door verpleegkundigen. Zij spelen een centrale rol in de uitvoering van de aanvullende curatieve soa-zorg.

Vanuit de werkgroep is geadviseerd om met een allround verpleegkundige te werken. Dit is een goed opgeleide sociaal-verpleegkundige met een gecombineerd pakket, zowel preventieve

als curatieve werkzaamheden. Realisatie van dit advies is niet eenvoudig, omdat de gemeente verantwoordelijk is voor de soa-preventie en het rijk voor aanvullende curatieve soa-zorg. Voor de functie van soa-verpleegkundige zijn opleidingseisen geformuleerd.

Meetbaarheid

De artsen en sociaal-verpleegkundigen, die soa-zorg verlenen op de GGD Zuidhollandse Eilanden, registreren in drie systemen.

Bureaucratie kan worden beperkt door aansluiting te zoeken aan de hand van de reeds bestaande registraties. Een geaggregeerde data-indicator kwantificeert een uitkomst van meerdere gevallen. Deze indicatoren kunnen worden gemeten door een teller te delen door een noemer. Bijvoorbeeld het aantal postoperatieve wondinfecties door het aantal operaties. Op basis van de huidige monitor Volksgezondheid wordt door de Inspectie zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij bestaande databases.

“De Inspectie loopt waarschijnlijk tegen het probleem op dat niet alle gegevens vanuit de indicatoren te verkrijgen zijn. Ongeveer 30 procent is in te voeren, dan moet op die basis conclusies worden getrokken.” Voorzitter Landelijke Benchmark, tevens directielid GGD.

“Voor de productgroep Infectieziekten zijn er 3 databases op de Zuidhollandse Eilanden. Landelijk wordt er met verschillende ict-systemen gewerkt. Deze ict-systemen verschillen onderling. Toegespitst op infectieziekten bestaan er verscheidene systemen: WKM en Prevalent.” Productgroepcoördinator Informatisering, Automatisering & Kwaliteit.

Landelijke systeem (soa-epd) heeft het voordeel dat er uniformiteit is. Daarnaast bevat het systeem een internetapplicatie, dus mogelijkheden tot inzage en gebruik vanuit verschillende GGD locaties. Het systeem draait sinds januari 2006 en is nog in ontwikkeling. GGD Nederland is bezig met ICT professionals om koppelingen tussen systemen te realiseren.

Regionale en nationale verschillen

De regionale verschillen worden, naast historische redenen, bepaald door de samenstelling van de bevolking met het bestaan van specifieke risicogroepen, de daarvan afhankelijke hoeveelheid en soort (type) casuïstiek en de infrastructuur van de risicogroepen. Bij

vergelijking van resultaten moeten demografische karakteristieken in ogenschouw worden genomen.

“Binnen de regio Zuidhollandse Eilanden hebben we te maken met diverse gemeenten die sterk verschillen in lokale normen en waarden. Met name in de voorlichting op Christelijke scholen zijn die verschillen merkbaar.” Soa-verpleegkundige GGD Zuidhollandse Eilanden.

“In de benchmark is rekening gehouden met substantiële landelijke verschillen tussen GGD'en. De aanpassing per gemeente was bij de benchmark ingedeeld naar 4 categorieën namelijk: Regionaal; groot/ klein en stedelijk; groot klein.” Voorzitter Landelijk benchmark GGD Nederland.

Kennisuitwisseling

Kennisnet is een uitwisseling van kennismedewerkers van GGD door Nederland. Uit de discussie blijkt dat de verzameling van bepaalde gegevens lastig blijkt te zijn.

Uiteindelijk gaat het er bij volksgezondheidsdoelstellingen om iets te kunnen zeggen over de effecten van behandeling op de sterfte in de bevolking, op het vermeerderen van de gezonde levensjaren en de kwaliteit van leven.

Interpretatie van gegevens

Seksueel overdraagbare aandoeningen kunnen als vermijdbare aandoeningen een signaal opleveren over het mogelijk tekortschieten van preventieve zorg. Dergelijke signalen worden vanaf 1981 door het monitoren van het optreden van soa in de tijd en tussen risicogroepen geregistreerd in het surveillancesysteem.

Variaties in de uitkomsten van prestatie-indicatoren zijn mogelijk een aanwijzing voor de kwaliteit van preventieve zorg, zo blijkt uit het interview met de projectleider soa van het RIVM. Deze trends zijn lastig te verklaren omdat ze mogelijk veroorzaakt zijn door een combinatie van factoren, zoals het actievere testbeleid (waardoor meer getest wordt op soa en ze vaker worden gevonden), een epidemie in een specifieke groep, toename van onveilig seksueel gedrag, verbeterde registratie, verhoogde alertheid op soa, enzovoort. In de epidemiologie van soa zijn prevalentie en incidentie lastige begrippen. Er is geen directe empirische relatie tussen nieuw verworven of bestaande infecties, volgens de projectleider. De

huidige diagnostische testen geven dit onderscheid niet aan. Men kan een soa hebben zonder verschijnselen te merken.

“Doordat het beleid nu sterker gericht is op het testen van soa en hiv onder doelgroepen, verwacht ik de komende jaren een toename van gevonden soa en hiv. En dat is dus een goed teken, omdat meer wordt opgespoord en minder wordt gemist.

Bij het interpreteren van een indicator: let op dat de juiste conclusies worden getrokken.”
Inspecteur Infectieziekten.

“Tevens wordt aandacht gevraagd voor het knelpunt dat cliënten onder meerdere doelgroepen kunnen ressorteren waardoor sprake is van dubbeling. Het wordt als een taak van het RIVM beschouwd zich te bezinnen op een oplossing om dit probleem te ondervangen en richtlijnen te formuleren waarmee tot toewijzing van personen aan een doelgroep kan worden gekomen.” Beleidsmedewerker GGD Nederland.

“De toename van soa in de afgelopen jaren, een hoog aantal incidenten zegt niet altijd iets over de kwaliteit van zorg. Voorbeeld: als je het aantal meldingen van infectieziekten bekijkt kan een hoog aantal betekenen, dat er niets aan preventie wordt gedaan, maar het kan even goed zo zijn dat er goede afspraken zijn gemaakt over het melden van infectieziekten en er geen sprake van onderrapportage is.” Inspecteur Infectieziekten.

“Wij zijn blij met die uitkomst, dat blijkt dat er meer mensen getest en gevonden worden. Uit die trend verwachten wij dat ie omhoog blijft gaan. Echter moeten we er rekening mee houden dat huisartsen andere registraties aanhouden. Effectiviteit van bereik van de doelgroep. Met de komst van de soa poli en de SOAP krijgen we meer inzicht in het publiek, de doelgroep. Als de poli gaan werken volgens de systematiek dan zal je die soa stijging gaan zien.” Beleidsmedewerker Soaids Nederland.

“De registratie van nieuwe soa-consulten vindt vanaf het begin van 2006 plaats via deze soa-centra. Bij elk consult wordt een korte vragenlijst ingevuld met demografische gegevens, epidemiologische kenmerken, laboratoriumonderzoek en soa-diagnoses. Deze gegevens worden ingevoerd in een internetapplicatie (SOAP)) en opgestuurd naar het RIVM. Het RIVM

brengt halfjaarlijks rapporten of factsheets uit met de nieuwste cijfers over soa-diagnoses en consulten.” RIVM Projectleider soa.

4.6 Deelvraag 6.

Hoe bruikbaar zijn de indicatoren om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken voor de externe partijen zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg?

Belang van financiers

GGD Nederland heeft zich beziggehouden met de vernieuwde structuur voor de aanvullende soa-bestrijding. De regeling is 1 januari 2006 van start gegaan waarbij de GGD'en afgerekend worden op het vinden van soa. Er zijn in de openbare gezondheidszorg 5 soa (totaal zijn er ongeveer 23 aandoeningen) in het belang van de volksgezondheid om op te sporen en te behandelen. Die 5 moeten effectief en collectief worden opgespoord en gefinancierd.

In die 8 regio's in Nederland krijgen de aanvullende curatieve soa-centra een vast bedrag per inwoner. Op de twaalf consulten moet men één van de (5) soa vinden. De aanvullende prestatiebeloning houdt in dat men bovenop dat bedrag een extra bedrag per opgespoorde soa ontvangt; waarvoor gemiddeld genomen 6 consultaties moeten plaatsvinden. Bij het benaderen van risicogroepen zal het vindpercentage hoger zal zijn.

Dit zijn in de soa-bestrijding harde cijfers, het mechanisme waarop gestuurd wordt. Dit wordt gemonitord in de surveillancesysteem. In dit systeem wordt geregistreerd wat voor soa er gevonden worden, uit welke risicogroepen en welke activiteiten erop gericht zijn. Als je als GGD veel soa opspoor, dan voorkom je dat er soa wordt verspreid. Als de GGD zijn werk goed doet, gaat een GGD uiteindelijk minder geld verdienen. De financiële prikkel zal na verloop van tijd zal verdwijnen, maar indien er minder soa voorkomen, hoeft dit niet voor problemen te zorgen. Zo zit de financieringssystematiek in elkaar volgens GGD Nederland. Dit gegeven is van groot belang voor de volksgezondheid; vroegtijdig vinden van infecties zal verspreiding voorkomen.

“In de oude aanvullende soa-zorgregeling tot 1 januari 2006 was de kwaliteit niet overal gewaarborgd, het aanbod was pluriform, er was onvoldoende afstemming en het financiële en organisatorische kader kende grote regionale verschillen. Er was een soa-poli-regeling voor financiering van de soa-poliklinieken, maar ook een regeling om kosten te declareren die gemaakt werden door dermatologen en GGD'en met een curatief aanbod (destijds VOMIL

regeling, genoemd naar het toenmalige Ministerie voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne).”
Projectleider SOA RIVM.

“De zorgverzekeraar vergoedt momenteel alleen consulten die via de reguliere zorg verlopen, de huisarts of indien er sprake is van een doorverwijzing, de specialist. Er is wel verschillende malen gesproken met Zorgverzekeraars Nederland en met een zorgverzekeraar over de mogelijkheid om consulten op een soa poli te vergoeden. Daar zijn echter nog geen afspraken uit voortgekomen. De kosten zijn daarbij een struikelblok, omdat het huisartsentarief niet kostendekkend is voor een poli. Voor zorgverzekeraars is het niet zo interessant om een duurder consult bij een poli te vergoeden als een huisartsenconsult ook een optie is.” Beleidsmedewerker LCI.

Een ander spanningveld is de dubbelrol die het RIVM en het LCI ervaren door uitvoering van de nieuwe regeling. Per januari 2006 is als gevolg van de soa subsidieregeling de surveillance van soa verlopen via de landelijke soa-centra (GGD'en en ziekenhuispoliklinieken) in de nieuwe structuur. Ten behoeve van de uitvoer van de subsidieregeling is de functionaliteit van SOAP uitgebreid om de voor de financiering noodzakelijke gegevens te kunnen produceren. Een verdeling die recht doet aan de wens om het geld daar te brengen waar de problemen het grootst zijn. De 8 coördinerende GGD'en ontvangen jaarlijks een 'lumpsum'-subsidie die uit 3 componenten bestaat: een vast bedrag voor coördinatiekosten, een bedrag voor het in stand houden van een basisvoorziening om te kunnen voldoen aan de vraag naar anonieme zorg. (Dit bedrag is gerelateerd aan het aantal inwoners in het verzorgingsgebied) en een aanvullend bedrag voor elke extra gevonden soa (een beloning naar prestatie). De gelijkwaardige inrichting en financiering maakt vergelijkingen, die voorheen door deze determinanten onmogelijk was, mogelijk.

Maatschappelijke verantwoording

Prestatie-indicatoren zijn bedoeld om de transparantie van de geleverde prestaties te vergroten en een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van zorg. Externe verantwoording is een volgende stap, maar dat zit er voor de toekomst natuurlijk wel aan te komen. Onder andere via het landelijke project “Beter Voorkomen”.

“Stel vast wat de doelstelling en toepassing van een indicator is, zorg ervoor dat hier duidelijkheid over bestaat. Op grond daarvan kan worden vastgesteld wat de relevantie van de indicator is, zonder dat men verstrikt raakt in verschillende doelstellingen.”
Beleidsmedewerker GGD Nederland.

“Maatschappelijke verantwoording betekent dat je aan de maatschappij (burgers) laat zien wat je hebt gedaan, maar vooral wat het effect daarvan is geweest.” Adjunct-directeur GGD Zuidhollandse Eilanden.

“De indicatoren uit de benchmark zitten nog in een stadium van spiegelen. Best practices komen naar voren door middel van spiegelen. Het is nog onvoldoende betrouwbaar, dat wil niet zeggen dat ik er niet tevreden mee ben, maar de betrouwbaarheid is nog onvoldoende. Dit komt bijvoorbeeld door de verschillende wijze waarop wordt geadministreerd en dus de gegevens al of niet zijn verzameld.” Voorzitter Landelijke Benchmark, tevens directielid GGD.

“Externe communicatie als GGD is heel belangrijk voor ons, dat staat ook in de visie. Die verantwoording is van belang. Zoals het extranet. Alle gemeenten kunnen daarop gegevens vinden. Het is de input van beleid. GGD moet aanbieden wat de gemeente wil. Dat er zorg aangeboden wordt die gewenst is. Wij zijn er nog niet lang mee bezig.”

Productgroepcoördinator Informatisering, Automatisering & Kwaliteit, GGD Zuidhollandse Eilanden.

“Eigenlijk krijg je vanuit de gemeente niet zonder meer opdrachten, het is echter wel zo dat dit beleid wordt gevormd door informatie die door de afdeling Gezondheidsbevordering wordt aangedragen (gezondheidsenquête ,jeugdmonitor) en dan verwerkt in de nota lokaal gezondheidsbeleid Bijvoorbeeld seksueel risicogedrag, risicogroepen zoals overgewicht enz. De GGD en ook de GVO richt zich hierop en zijn er zaken die extra aandacht verdienen dan wordt gekeken of daar geld voor beschikbaar is.” Adjunct-directeur GGD Zuidhollandse Eilanden.

Indicatoren voor “gelaagd en gefaseerd” toezicht.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in samenwerking met het NIVEL indicatoren ontwikkeld voor gelaagd en gefaseerd toezicht. Om aan de meetbaarheid van indicatoren tegemoet te komen heeft de Inspectie aansluiting gezocht bij de Gezondheids Monitor. De indicatoren zijn gepresenteerd en er wordt een discussie gestart op GGD Kennisnet. De indicatoren bestrijken een groot aantal taken van de GGD. De Inspectie heeft bij de ontwikkeling van de set indicatoren voor de openbare gezondheidszorg internationale deskundigen betrokken. Bijvoorbeeld op de Invitationel conferences, in werkgroepen en via GGD Kennisnet. Voor de ontwikkeling van indicatoren infectieziektenbestrijding maakt de Inspectie gebruik van de expertise van het RIVM en het Cib. Deze indicatoren zijn in de pilot fase, om haalbaarheid en bruikbaarheid te toetsen.

“Het aantal meldingen van infectieziekten die in Nederland verplicht geregistreerd moeten worden is niet groot. Daarom is er op dit moment (nog) geen indicator voor opgesteld. Omdat indicatoren voor infectieziekten lastig zijn is daar bij de Inspectie een apart traject voor gestart. De Inspectie wil in ieder geval dat er geregistreerd wordt. Je kijkt naar verschillen tussen risico’s en of je die kan verklaren door het al dan niet ontbreken van interventies. Als daar geen dingen uitkomen, ga je kijken wat is daar de motivatie achter?

Een indicator kan niet meteen aan perfecte eisen voldoen. Het is een groeiproces voor de komende jaren. Ze zullen zeker nog veranderen de komende jaren. Maar dit zijn de onderwerpen waar we meer van willen weten. Je moet ergens beginnen.” Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Reacties op de conceptset indicatoren (Bijlage 7)

“Wij willen voorkomen dat cliënten terugkeren op de soa-centra met een nieuwe infectie. De vraag is of de GGD daar alleen verantwoordelijk voor is. In en met de gemeente Rotterdam is een tijdje gewerkt met indicatoren op het gebied van infectieziekten. Na afloop moest een verklaring worden gegevens waarom bepaalde percentages niet gehaald worden. Er liggen ook factoren buiten de organisatie als GGD om. Het sturen op uitkomstindicatoren is erg ingewikkeld.” Clustermanager Infectieziekten GGD Rotterdam.

“Ik kan niet op de inhoud ingaan, wel de opzet.” Kwaliteitsmedewerker Hollands Midden.

“GGD Amsterdam voorziet de helft van alle consulten in Nederland. Daarna volgen Utrecht en Den Haag. Is de regio Zuidelijk Zuid-Holland wel representatief?” GGD Zuidhollandse Eilanden soa-verpleegkundige

5 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden vanuit de resultaten conclusies getrokken. De onderwerpen worden vanuit het theoretisch kader ter discussie gesteld.

5.1 Theoretische discussie

Met behulp van de criteriaboxen uit het theoretisch kader is een matrix opgesteld, waarbij een koppeling is gemaakt naar de resultaten uit het onderzoek. Door middel van scores worden bevindingen inzichtelijk gemaakt. Enkele onderdelen worden expliciet in de theoretische discussie behandeld.

	Deelvraag 1	Deelvraag 2	Deelvraag 3	Deelvraag 4	Deelvraag 5	Deelvraag 6
	<i>Criteria 3.1</i>					
1				+		+
2.			+			+
3.		+/-				+/-
4.					+/-	
5.					+/-	
6.		+				
7.		+/-		+		+
8.	+	+	+		+	
9.						
10.						+
11.		+/-	+/-		+/-	
12.		+	+		+	+
13.						+
14.	+	-	+	+	+	

	Deelvraag 1	Deelvraag 2	Deelvraag 3	Deelvraag 4	Deelvraag 5	Deelvraag 6
	<i>Criteria 3.2</i>					
15		+				
16.	+		+			
17.			+			
18.			+			
19.		+	+	+		
20.			+			
21.		+		+		
22.		-	-			
23.				+		
	<i>Criteria 3.3</i>					
24						
25				+		
26.	+					
27.		+	+			
28.		+				+
29.						+/-
30.		-	+	+		
	<i>Criteria 3.4</i>					
31		+/-				+
32.		+/-				
33.		+/-	+/-			+
34.						
35.		+/-				-
36.			+			

Figuur 7. Matrix met uitkomsten van deelvragen en de scores op de criteria uit het theoretisch kader

Legenda

+ = Voldaan

- = Niet voldaan

+/- = Matig voldaan

nvt = Niet van toepassing

5.1.1 Het gebruik van prestatie-indicatoren

Uit dit onderzoek blijkt dat er indirecte indicatoren worden geregistreerd. Veel gegevens zijn echter onvoldoende valide en betrouwbaar om met elkaar te vergelijken. Verschillen in de praktijk kunnen onvoldoende worden belicht. De opgestelde concept set indicatoren (Bijlage 7) is niet evidence based en het AIRE instrument is geen wetenschappelijke richtlijn. Nader onderzoek en discussie is geboden (Meurs & Walburg 2003). Het leveren van externe indicatoren dient dan ook niet overhaast te gebeuren (Lemmens 2004). GGD'en moeten de tijd nemen om de benodigde gegevens te genereren en te valideren.

De opgestelde concept set indicatoren (Bijlage 7) zijn specifiek op het soa-zorgproces gericht en kunnen relatief gemakkelijk uit bestaande 'administratieve' registratiesystemen worden gefiltreerd. Met het oog op de administratieve lastenbeperking is aansluiting gezocht op de reeds bestaande registratiesystemen. Tevens kunnen de normen die zijn vastgelegd binnen de HKZ-schema's input leveren voor een te benoemen prestatie-indicator.

De dataverzameling kan per regio worden uitgevoerd. De databronnen moeten echter nog in kaart worden gebracht. Door gebruik te maken van bestaande databronnen, bijvoorbeeld Access of het soa-epd, kan de administratielast worden verminderd (Berg e.a. 2004). Representativiteit is van belang; de populatie van een regio moet op relevante kenmerken zo goed mogelijk weerspiegeld worden. De gegevens kunnen onderling in zuidelijk Zuid-Holland vergelijkbaar worden gemaakt door gegevens te wegen naar populatiegrootte en sociaal demografische gegevens.

Voorkomen moet worden, dat GGD'en gaan handelen naar de regels van het systeem en dat individuen geen eigen verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit (WRR 2004). Aanvullend zal er onderzocht moeten worden naar juiste definities van uitkomst gerelateerde indicatoren, die specifieke aspecten van verbetering van de gezondheid van de populatie in het GGD gebied of de effectiviteit van de zorgverlening door de GGD te meten. Het blijft noodzaak de prestaties te evalueren en te herformuleren. Indien het niet mogelijk is om een uitkomstindicator op te stellen kan overwogen worden om gebruik te maken van procesindicatoren. Hiermee wordt gekeken of de organisatie aan de randvoorwaarden van goede zorg voldoet. Externe indicatoren kenmerken zich, doordat zij specifiek zijn geschikt, om als vergelijkingsmateriaal tussen zorginstellingen te dienen (Wierda 2003). In de toekomst zal steeds meer gebruik worden gemaakt van prestatie-indicatoren. Publiceren van indicatoren is in dit stadium zeker niet aan de orde.

5.1.2 Soa-problematiek in Nederland

Er wordt gepleit voor meting van kwaliteit of prestaties in de zorg om de kwaliteit van de zorg te verhogen. De invloed van indicatoren (Groenewoud e.a. 2003) op de keuzemogelijkheden van consumenten en verzekeraars door prestaties transparanter te maken, speelt in deze geen rol. Aanbodgeïnduceerde vraag speelt nauwelijks een rol bij preventie. De zorgvrager heeft geen tot weinig informatiebehoefte. Voor preventieve voorzieningen is geen sprake van vraag vanuit zorggebruikers. De burgers betalen zelden of nooit zelf direct de kosten van de dienstverlening van een GGD. De betaling en regie verloopt via de gemeenten en het RIVM/LCI. De overheid en in toenemende mate verzekeraars hebben hierin een belangrijke sturende rol (Groenewoud e.a. 2003). Vanuit de interviews wordt aandacht gevraagd voor een sluitend zorgaanbod (ketenzorg) en combinatie van preventieve en curatieve zorg.

Prestatie-indicatoren hebben hun beperkingen. Ze zullen altijd specifieke onderdelen van het complexe proces van zorg laten zien. Dit wordt benadrukt door Berg (e.a. 2004). De trend in het aantal soa-diagnoses over de afgelopen 5 jaren laat een toename zien. Oorzaak van de stijging is mogelijk een combinatie van factoren, zoals het actievare testbeleid (door meer te testen op soa, worden ze vaker gevonden), onbeschermd seks bij homoseksuele mannen, toename van onveilig seksueel gedrag, verbeterde registratie, verhoogde alertheid op soa. Niet alleen ongunstige epidemiologische ontwikkelingen, maar ook ontwikkelingen in gedrag kunnen leiden tot het verder verspreiden van hiv en andere soa in Nederland (Appels 2004). Walburg (2003) adviseert het gebruik van de casemix. Interpretatie van gegevens bij soa is lastig. Prevalentie en incidentie zijn lastige begrippen. Het verhoogde vinderspercentage kan ook duiden op zorgvuldig bereik van de doelgroep. Door de symptomatische ziekteverschijnselen van soa, zijn incidentie en prevalentie lastige begrippen.

5.1.3 De organisatie van de aanvullende curatieve soa-zorg

De eenduidige organisatie sinds januari 2006 van de aanvullende curatieve soa-centra maakt interpretatie van gegevens mogelijk. In de multidisciplinair ontwikkelde richtlijn (kwaliteitseisen en richtlijnen in de soa-centra 2005) staat beschreven wat verstaan wordt onder kwaliteit van soa-zorg.

De richtlijn is richtinggevend voor het uitvoeren van diagnostische onderzoeken. Daar wordt onderscheid gemaakt in hoog- en laagrisicogroepen.

Door middel van het eenduidige financieringsbeleid en de standaardisatie van de ontwikkelde richtlijn, zijn variaties in medisch handelen teruggedrongen. Op basis van die gegevens kan het regionale beleid worden afgestemd. Met de nieuwe opzet is het wel mogelijk om een vertaalslag te maken naar die richting. Op die wijze kan men, als GGD, zich naar de gemeente verantwoorden. Op die manier kan er aan de gemeente gerichte ondersteuning worden gevraagd.

Een landelijk systeem heeft als voordeel dat er uniformiteit is. Daarnaast bevat het systeem een internetapplicatie, dus mogelijkheden tot inzage in de verschillende locaties. De informatievoorziening voor de surveillance wordt verzameld in SOAP, om toename in het aantal gevallen van soa te signaleren. De surveillance levert geen informatie op over preventie of een analyse van kwaliteitskenmerken.

Vanuit de surveillance kan men beleidsinformatie vergaren. De surveillance maakt vergelijking mogelijk tussen regio's. Deze gegevens kunnen geaggregeerd worden naar regio of locatie waar men zich bevindt. Voor de regio's is het interessant om te vergelijken, om data te vergelijken.

Met het behalen van het HKZ-certificaat heeft GGD Zuidhollandse Eilanden systematisch aandacht geschonken aan de bewaking, beheersing en het bevorderen van kwaliteit van zorg. Door de opkomst van HKZ-procesbeschrijvingen wordt informatie verzamelen voor de structuur- en procesindicatoren mogelijk. Op meso-niveau is de accreditatie en certificering ingevoerd als een manier waarop instellingen en beroepsbeoefenaren externe verantwoording over de kwaliteit van zorg afleggen aan zorgvragers, verzekeraars en de overheid. De relatie tussen kwaliteitssystemen en indicatoren kan als volgt worden gezien. Een kwaliteitssysteem is het geheel van activiteiten ter bewaking en verbetering van de kwaliteit, bijvoorbeeld het werken met protocollen of interne toetsingen. Deze activiteiten zijn een indirecte indicatie voor de kwaliteit van de zorgverlening. Het zijn in feite structuur- en procesindicatoren, maar geen uitkomstindicatoren, in termen van de bekende driedeling van Donabedian (Donabedian, 1980). Structuur- en procesindicatoren verwijzen respectievelijk naar de organisatorische voorwaarden die in de instelling zijn gecreëerd om het leveren van verantwoorde zorg mogelijk te maken en naar de wijze waarop de zorgprocessen in de instelling worden

uitgevoerd. Deze indicatoren – hoewel van groot belang voor de kwaliteit van zorg - geven op zich nog geen inzicht in de uitkomsten van de hulpverlening op het niveau van de cliënt.

5.1.4 Externe verantwoording

Het management van de GGD Zuidhollandse Eilanden wil informatie over het prestatieniveau van de productgroepen. Het stelt hen in staat om de productgroepen te beoordelen op hun prestaties. In 2003 heeft een GGD benchmark plaatsgevonden, gericht op financiën. De benchmark beschrijft onvoldoende op welke wijze indicatoren op dit moment de kwaliteit van zorg monitoren. Daarnaast ervaart de GGD Zuidhollandse Eilanden maatschappelijke druk voor externe verantwoording, zoals Porter en Olmsted (2007) beschrijven. Er zijn verschillende initiatieven en meerdere organisaties bezig met het ontwikkelen van indicatoren en hulpmiddelen om de kwaliteit van de WCPV taken te toetsen. Naast inzicht in het voorkomen van soa in Nederland, door middel van de surveillance, is het gewenst data te verzamelen voor prestaties. De primaire verantwoordelijkheid van de GGD is de verdere concretisering van prestatie-indicatoren. Vervolgens zullen keuzes worden gemaakt en prioriteiten gesteld, veelal gericht op de eigen cliënten populatie.

Het ontbreekt op de Zuidhollandse Eilanden aan expertise op het terrein van indicatorontwikkeling in de openbare gezondheidszorg. In de interviews lijkt een overlapping te ontstaan bij de begrippen interne en externe indicatoren. Oorzaken die hier ten grondslag liggen zijn de beperkte kennis over prestatie-indicatoren en het feit dat er niet met interne of externe indicatoren wordt gewerkt. Schellekens (e.a. 2003) adviseren deze begrippen strikt gescheiden te houden. Er is echter wel sprake van een integrale verantwoordelijkheid op de Zuidhollandse Eilanden, dus iedereen is verantwoordelijk en aanspreekbaar voor prestaties.

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is er voor gekozen de verantwoordelijkheid voor de formulering van normen van kwalitatief goede zorg (veldnormen) in eerste instantie bij de zorgaanbieders zelf neer te leggen (Legemaate & van Wijmen 2000). De wettelijke norm is het begrip verantwoorde zorg, waaronder wordt verstaan dat zorg doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. Deze veldnormen zijn voor een groeiend aantal beroepsgroepen en sectoren vertaald in toetsbare, certificeerbare normen, die de basis vormen voor een professionele visitatie, organisatorische accreditatie, externe certificering en toetsing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Casparie e.a. 2001).

De perspectieven van belanghebbende partijen op prestaties en prestatie-informatie lopen sterk uiteen. De externe indicatoren zijn geschikt om verantwoording af te leggen aan het brede publiek, de toezichthouders en de overheid. Indien informatie beschikbaar komt, kunnen GGD'en beter gaan sturen op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

De gemeente heeft vanuit haar regierol op de uitvoering van de WCPV inzicht in de prestaties van een GGD nodig. De gemeente is opdrachtgever en regisseur van het lokale gezondheidsbeleid. In het huidige stelsel is de belangrijkste opdracht van GGD'en de gemeentelijke taken op het gebied van de collectieve preventie en openbare gezondheidszorg uit te voeren. Dat vraagt van gemeenten én GGD'en intensieve wederzijdse betrokkenheid. Die betrokkenheid moet er enerzijds zijn vanuit het politiek-bestuurlijke belang van gemeenten om lokaal gezondheidsbeleid mede via hun GGD vorm te geven. Anderzijds hebben GGD'en de opdracht om taken en diensten uit te voeren die beantwoorden aan de gemeentelijke beleidskeuzes. Algemeen wordt onderkend dat meer aandacht voor ziektepreventie en gezondheidsbevordering noodzakelijk is. Het uitgangspunt in het beleid van de overheid is, dat met preventie en dan vooral door het bevorderen van gezond gedrag, nog veel gezondheidswinst te behalen is (RIVM VTV 2006).

5.2 Beantwoording centrale onderzoeksvraag

In dit onderzoek stond de volgende vraag centraal:

Welke indicatoren voor maatschappelijke verantwoording op het gebied van soa-zorg geven een indicatie voor verantwoorde zorg bij de Gemeentelijke Gezondheids Dienst met als casus de GGD Zuidhollandse Eilanden?

De doelstelling was het ontwikkelen van een beknopte, valide en bruikbare set kwaliteitsindicatoren voor GGD in Nederland die voldoen aan de gestelde criteria.

De indicatoren worden in eerste instantie ontwikkeld om een beeld te geven van de activiteiten en prestaties bij de GGD. Prestatie-indicatoren kunnen de GGD'en ondersteunen in de kwaliteit van de dienstverlening en die kennis te verdelen, die vergelijkingsonderzoek mogelijk maakt. Op die wijze kunnen bestuurders gericht een deskundige opdrachtgever zijn om medewerkers te motiveren en zo voldoen aan de wettelijke eisen die worden gesteld.

Er zijn geen effectieve prestatie-indicatoren waarmee het aanvullende curatieve soa-centrum van GGD Zuidhollandse Eilanden zichzelf kan verbeteren, vergelijken van prestaties tussen

instellingen mogelijk maakt en waarmee verantwoording kan worden afgelegd. Het lijkt op dit moment niet mogelijk om een indicator voor de aanvullende soa-zorg definitief te benoemen. Bijvoorbeeld in de vorm van een pilot moeten indicatoren uit Bijlage 7 op hun bruikbaarheid worden getoetst.

De norm (Groot 2003) moet worden gebaseerd op wat binnen de GGD'en en GGD Nederland als wenselijk wordt geacht. Hierbij moet rekening worden gehouden met maatschappelijke, professionele ontwikkelingen, de haalbaarheid en inschatting van de huidige situatie bij GGD'en. Op die wijze kan men de koers volgen richting verantwoording naar de cliënten, alle inwoners, de gemeenten en het Ministerie van VWS.

Indicatoren moeten zoveel mogelijk gebaseerd worden op evidence based richtlijnen en vice versa. Inzichten over kwalitatief hoogstaande zorg komen voort uit verricht onderzoek naar effectiviteit of doelmatigheid van handelen in de zorgpraktijk, de zogeheten evidence based richtlijnen, werkwijzen of technieken. Ook door middel van goede ervaringen en voorbeelden ('best practices') wordt gewerkt aan de ontwikkeling van optimale zorg. Op den duur ontstaat hiermee een continu proces van vernieuwing, verbetering en verantwoording met behulp van indicatoren.

5.3 Methodologische discussie

Bovenstaande conclusies dienen in het licht van een aantal methodologische beperkingen te worden bekeken.

Een belangrijk punt in dit verband is het aantal bij dit onderzoek betrokken onderzoekseenheden. De respondenten die het perspectief vertegenwoordigen van externe verantwoording kunnen als representatief worden beschouwd voor alle bij de soa-zorg betrokken partijen met expertise op het gebied soa-zorg. Het gevolg is dat het aantal respondenten met betrekking tot externe verantwoording ondervertegenwoordigd zijn. Dit kan hebben bijgedragen dat de nadruk minder gericht is op de omgeving van de Zuidhollandse Eilanden in de onderzoeksresultaten. Hierbij moet worden gedacht aan het samenwerkende Ruwaard van Puttenziekenhuis, betrokken laboratoria of vertegenwoordiging van gemeentelijke ambtenaren.

Het conceptueel model wordt ook kritisch beoordeeld. Het model is omvangrijk. Kanttekeningen moeten worden geplaatst bij de mate van diepgang in de onderzoeksresultaten. In het literatuuronderzoek zijn meerdere digitale bronnen toegepast. Er

moet rekening gehouden worden met het feit dat niet alle digitale bronnen even betrouwbaar zijn.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is zowel gebruikgemaakt van literatuuronderzoek als van interviews met (ervarings)deskundigen. Een belangrijk voordeel hiervan is, dat veel nieuwe informatie is vergaard. Een mogelijk nadeel is dat de onderzoeksgegevens snel kunnen verouderen. De inzichten uit dit onderzoek moeten worden belicht in het bijpassende tijdspad. De onderzoeksconclusie en gegevens hebben alleen betrekking op de onderzoeksperiode vanaf maart 2006 tot december 2006.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in een periode waarin GGD'en en gemeenten volop bezig zijn met een eigentijdse invulling van het lokale gezondheidsbeleid.

De invloed van de onderzoeker heeft een rol gespeeld, omdat het onderzoek individueel is uitgevoerd, ondanks toetsing bij een collega-student is er mogelijk sprake van subjectiviteit.

6 Aanbevelingen

Uit de conclusies van de vorige paragraaf volgen aanbevelingen. De aanbevelingen zijn opgesplitst in aanbevelingen voor beleid en aanbevelingen voor onderzoek. Het eindresultaat, de bevindingen uit het onderzoek wordt gepresenteerd aan de GGD Zuidhollandse Eilanden, die een eerste aanleiding hebben gegeven naar de wenselijkheid van indicatoren.

6.1 Aanbeveling voor beleid

1. Verdere ontwikkeling van de concept indicatorenset

De set prestatie-indicatoren, die thans getest moet worden (bijlage 7), is geen statisch gegeven. Vanzelfsprekend zal zij kritisch geëvalueerd worden. Waar nodig worden verbeteringen aangebracht en vindt aanscherping van definities plaats. De twijfels die bestaan over de validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren, maken kwaliteitsafspraken op basis van deze indicatoren onmogelijk. Het verdient de aanbeveling om de uitkomsten te benchmarken met andere regio's en tevens de prestaties van de GGD Zuidhollandse Eilanden in de tijd met zichzelf te vergelijken. De ontwikkeling van de QUI kennisbank en GGD Kennisnet draagt bij aan de samenwerking.

2. Afstemming landelijke en regionale initiatieven.

De soa- en hiv-bestrijding kenmerkt zich zowel op regionaal als landelijk niveau door een veelheid aan organisaties en deskundigen. Instellingen die vanuit soa- en hiv-preventie werken en directe toegang hebben tot risicogroepen zijn daarbij de belangrijkste partners voor VWS. Dit zijn onder andere de Schorerstichting, Mainline, Soa Aids Nederland en de Hiv Vereniging Nederland.

Onderlinge afstemming is daarom van belang voor een goede en efficiënt opererende soa-bestrijding. Afstemming tussen landelijk aanbod aan producten, diensten en regionale vraag. Naast afstemming is ook structurering van regionale vraag en landelijk aanbod van belang. Zowel op het gebied van afstemming als structurering is winst te boeken. Bestuurders en ambtenaren worden in "Beter Voorkomen" gestimuleerd een kritisch en deskundig opdrachtgever te zijn. Het programma "Beter Voorkomen" is een goed initiatief. Het programma stimuleert en begeleidt kwaliteitsverbetering in de openbare gezondheidszorg.

3. Intensivering samenwerking en kennisuitwisseling.

Kenmerkend is verder dat GGD'en veel aspecten van de taken, namelijk beleidsontwikkeling, implementatie van bestaande methoden en instrumenten, innovatie, uitvoering en evaluatie zelf ter hand nemen. Dit betekent dat zeer verschillende functies op uniforme schaal moeten worden uitgeoefend. Samenwerking tussen GGD'en en de bijdrage van landelijk inhoudelijke koepels en instituten heeft hierin wel verbetering gebracht, maar voor veel aspecten van ontwikkeling en beleid zijn de mogelijkheden toch nog beperkt. In de gezondheidszorg bestaat een grote behoefte aan georganiseerde uitwisseling van kennis en ervaringen. Zo ook bij de bijna 40 GGD'en en 4 MOA-stichtingen (Medische Opvang Asielzoekers) die Nederland telt. Kennisnet is ontwikkeld en geïmplementeerd met als hoofddoel om GGD- en MOA-medewerkers onderling in staat te stellen om op efficiënte en doeltreffende wijze kennis te delen, te vormen en te beheren.

4. Preventie en curatie

De Volksgezondheid Toekomstverkenning, uitgevoerd door het RIVM heeft geconstateerd dat de volksgezondheid in Nederland achterblijft ten opzichte van omringende landen. Oorzaak hiervoor zijn ongezond gedrag in een ongezonde leefomgeving (RIVM 2006). Om het tij te keren is investeren in publieke gezondheid noodzakelijk. Investeren in de publieke gezondheidszorg helpen ziekte voorkomen en de kostendruk op cure en care te verlichten. Vanuit de WCPV krijgt een GGD de verantwoordelijkheid om preventieve activiteiten uit te voeren. De curatieve soa-zorg is een rijksverantwoordelijkheid, het rijk betaalt de aanvullende zorg. De preventie is een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Er zal een logisch verband moeten komen tussen die twee werkgebieden. Daar zal in de toekomst aandacht aan worden geschonken. Het zorg- en verzekeringsstelsel is er nog niet op ingericht om in de individuele gezondheidszorg preventie een passende plaats te geven. Ook in het nieuwe stelsel worden deze problemen niet volledig opgelost. Dit kan vooral de preventie binnen de zorg negatief beïnvloeden. Het is onduidelijk wat het effect van het nieuwe zorgstelsel op deze scheiding is. Zorgverzekeraars en zorgverleners zullen in ieder geval voldoende prikkels moeten krijgen om ('evidence-based') preventieactiviteiten binnen en buiten de zorg te ontwikkelen. Investeren in preventieve maatregelen die beogen ziekte te voorkomen of uit te stellen, leveren vaak meer gezondheidswinst op dan zorg in latere fasen van het ziekteproces: voorkomen is beter dan genezen, en vaak is de gezondheidswinst per euro goedkoper. Hier doet zich een dilemma voor tussen efficiënte inzet van krappe middelen

enerzijds en het recht van iedere Nederlander op de beste zorg anderzijds. Het uitgangspunt van vraaggerichte zorg en preventieve zorg staat op gespannen voet met een dwingend financieel kader, waardoor het zorgaanbod wordt beperkt. In het surveillancesysteem zijn voor de preventie geen relevante vragen opgenomen. Deze vragen kunnen behulpzaam zijn bij het ontwikkelen van een indicator voor preventie.

Er dient met name gezocht te worden naar indicatoren waarvan de causale relaties tussen gezondheidsbevordering interventie en de gezondheidsuitkomst wel bekend is. Dit vergt een combinatie van conceptuele ontwikkeling en empirisch onderzoek. Het zal lastig zijn om prestatie-indicatoren te formuleren voor preventie, omdat de output niet altijd zichtbaar is. Wellicht moet alleen worden uitgegaan van de input.

Het ministerie van VWS entameert een proces waarmee de doelen 'bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven' structureel in alle lagen van de gezondheidszorg worden ingebed en van passende werkvormen worden voorzien. Preventie, care en cure zijn alle onderdeel van de zorgketen. De Minister van VWS richt zich op preventie om die effectiever en doelmatiger te maken, en die meer toe te spitsen op doelgroepen. Een sterkere regie en meer samenhang moeten versnippering en overlap voorkomen. Maar eerst moet er goed zicht zijn op de actuele situatie.

6.2 Aanbeveling voor onderzoek

1. Landelijke implementatie

Dit onderzoek heeft slechts plaatsgevonden in zuidelijk Zuid-Holland. Verder onderzoek is gewenst om te beoordelen of de indicatoren landelijk in de overige zeven curatieve soa-centra kunnen worden geïmplementeerd. GGD Zuidhollandse Eilanden was zeer betrokken bij het onderzoek en was initiatiefnemer van dit onderzoek. Vervolgonderzoek beoogt meer inzicht te geven in de haalbaarheid van een landelijke implementatie. Aspecten zoals validiteit en betrouwbaarheid, draagvlak uit het veld en feasibility moeten opnieuw worden belicht vanuit het landelijk perspectief. Daarbij rijst de vraag wie de database gaat beheren en welke structuur wordt geboden aan de presentatie van resultaten. Om de onderzoeksperiode hanteerbaar te houden, zijn de invloed en belangen van andere stakeholders niet aan de orde gesteld. Belanghebbende partijen zoals de gemeente (bijvoorbeeld Vereniging van Nederlandse Gemeenten), laboratoria en eventueel aangesloten ziekenhuizen moeten daarbij worden betrokken.

2. Cliënttevredenheid

Tevredenheid over de zorgverlening van cliënten, afgewogen tegen de kosten voor de zorg en volksgezondheid, is te gebruiken om kwaliteit te kwantificeren. De beleidsrelevantie wordt gevonden in de aanwijzingen, die het gebruik van de waardering van cliënten over de verleende zorg in de curatieve soa-centra zorg verschaffen, over de patiënt gerichtheid. Het oordeel van de cliënt biedt ondersteuning aan de inbedding van een referentiekader voor laagdrempelig, kwalitatief hoogstaand en geïntegreerd aanbod van hulp- en dienstverlening op het terrein van soa. In het kader van het SENSE project wordt door TNO kwaliteit van leven, gefinancierd door ZONMW, een evaluatieonderzoek uitgevoerd in de regio Rotterdam. De evaluatie heeft plaatsgevonden door middel van een o meting in 2006.

In 2007 is een follow up meting gedaan, om te beoordelen of de mate van tevredenheid bij cliënten is toegenomen. De cliënten kregen in de wachtkamer een vragenlijst, geheel anoniem. De uitkomsten van dat onderzoek moeten worden meegenomen.

3. Vervolgonderzoek concept indicatorenset

Door de snelle ontwikkelingen in de gezondheidszorg is de bruikbaarheid van de inzichten slechts van tijdelijke aard. Het is nodig dat de informatie uit meetmethoden vergelijkbaar zijn en dat de indicatoren de actuele ontwikkelingen op de voet volgen. De indicatoren dienen jaarlijks geëvalueerd en daar waar nodig bijgesteld te worden. Nader onderzoek is nodig om vast te stellen of variaties in kwaliteit van zorg ten grondslag liggen aan gevonden variaties. Het is wenselijk om in vervolgonderzoek definities van indicatoren aan te scherpen. Er zijn echter aanzienlijke knelpunten bij de ontwikkeling en toepassing van prestatie-indicatoren, zoals de vaak ontoereikende kwaliteit en vergelijkbaarheid van de benodigde data en de hoge kosten en registratielast. Zeer belangrijk is dat het concept indicatorenset onderzocht wordt op validiteit en betrouwbaarheid. Tevens is een evidence based onderbouwing wenselijk. Richtlijnen dienen als grondlegger voor indicatoren. Tevens is normering van indicatoren een vraagstuk.

4 Vervolgonderzoek effectiviteit van preventie

Om de effectiviteit van de soa-preventie te kunnen bepalen moeten cijfers over de determinanten van het (on)veilige gedrag bekend zijn: voor en na een interventie. De effectiviteit van preventie hangt af van een combinatie van factoren: kennis van epidemiologische ontwikkelingen, kennis van ontwikkelingen en bepalende gedragsfactoren,

kennis van de effecten van interventies en het toepassen van interventies die aantoonbaar goed zijn. Effectieve acties zijn, naast voorlichting op scholen, vooral kleinschalige interventies (in groepen of individueel), waarbij groepsgenoten onderling van elkaar leren ('peer education') of waar specifieke vaardigheden worden getraind. Deze acties sluiten aan bij de belevingswereld van de doelgroep en de manier waarop zij omgaan met het onderwerp.

Literatuurlijst

Appels, R. 2004. Netwerkanalyses en preventieve interventies. SOA AIDS Magazine jaargang 2, nummer 4.

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M. 2001. *Basisboek methoden en technieken. Handleiding voor het opzetten van een onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.

Berg, M., Bergen, C. 2004. *Meeting the challenge: integrating quality improvement and patient care information systems*. Uit: Health Information Management: Integrating ICT in Health Care Work. London: Routledge.

Berg, M., Meijerink Y., Gras, M., Eland, A. Schellekens, W. Heack, J. Kallewaard, M., Kingma, H. 2004. *Feasibility First: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals*. Rotterdam; Erasmus Universiteit.

Blom C.A. 2005. *Effectiviteit*. In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS. Bereikbaar op www.brancherapporten.minvws.nl> De VWS-sectoren\Preventie\Feiten en cijfers\Preventie gericht op risicofactoren\Seksueel gedrag.

Casparie, .A.F., Legemaate, J., Rijksschroef, R.A.L., Brugman, M.J.E., Buijsen, M.A.J.M., de Gruijter, M.J., Hulst, E.H., Oudenampsen, D.G., van 't Riet, A. 2001. *Evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen*. Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag: ZonMw.

Colsen, P.J.A., Casparie A.F. Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact*, 1995; 50: 297-299

Coppen, R. Sixma, H.J., Delnoij, D.M.J. 2006. *Indicatoren voor toezicht op de openbare gezondheidszorg*. NIVEL: Utrecht.

Donabedian A. 1980. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan: Health Administration Press.

Ellis S., Barnett E., Morgan, A., Taylor, L., Walters, L. Goodrich, J. 2003. *HIV prevention; a review of reviews assessing the effectiveness of interventions to reduce the risk of a sexual transmission*. London: NSH/HAD.

Ellis S., Grey, A. 2004. *Prevention of sexually transmitted infections. A review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions*. London: NSH/HAD.

Furth R. van, Geus A. de. 2002. *Leerboek Infectieziekten*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Gezondheidsraad.1999. *Herziening van het HIV-testbeleid*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Groenewoud, A.S. Huijsman, R. 2003. *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*. Den Haag: ZonMW.

Groot, T.L.C.M. Helden, van G.J. 2003. *Financieel management van non- profitorganisatie; van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfsmatige aanpak*. Groningen: Stenfert Kroese.

Harteloh, P.P.M. 2000. *De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Harteloh, P.P.M. Casparie, A.F. 2004. *Kwaliteit van zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

IGZ Kwartaalbericht, *Gelaagd en gefaseerd toezicht Openbare Gezondheidszorg*. Nummer 1, december 2005

Inspectie voor de Gezondheidszorg(IGZ). *Staat van de Gezondheidszorg 2005; Openbare gezondheidszorg*' <http://www.igz.nl/publicaties/staatvandegezondheidszorg/>

Kennisnet GGD Nederland. www.GGDkennisnet.nl

Koning, de J., Smulders, A. Klazinga, N. 2006. *Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE)*. Amsterdam: AMC.

Laar, M.J.W. van de, Boer, I.M. de. 2005. *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2004*. Bilthoven: RIVM. Rapport 441100022/2005.

Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekten. 2005. Richtlijnen Infectieziekten. Bereikbaar op www.rivm.nl/cib

Legemaate, J., van Wijmen, F.B. 2000. Kwaliteit van zorg, in: J.C.J. Dute en H.E.G.M. Hermans. *Regulering van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Legemaate, J. 2004. *Teksten kwaliteit gezondheidszorg en patiëntenrechten*. Den Haag: SDU Uitgevers BV.

Lemmens, K. Dijk, van A., Walburg, J. 2004. *Meer resultaat in het team*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Mackenbach, J.P. Maas, van der P.J. 2004. *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Elsevier: Maarssen.

Maso, I. and A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Meurs, P.L. Walburg, J.A. 2000. Tien over kwaliteit. *Kwaliteit en management*. Overveen: Uitgeverij Belvédère.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid*. Gewijzigd 1 januari 2003. Bereikbaar op www.minvws.nl.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2003. *Nota Langer gezond leven*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport. 2005. Brancherapporten. *Wat is bekend over de capaciteit in het preventieveld?* Bereikbaar op <http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\Preventie\Feiten en cijfers.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2005. *Om de verspreiding van seksuele overdraagbare aandoeningen terug te dringen, stimuleert VWS preventie en bestrijding.* Preventieplan Soa en HIV in Nederland. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/dossiers/infectieziekten/seksueel-overdraagbare-aandoeningen-soa>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2006. *Bindende afspraken over kwaliteit van zorg.* Persbericht 10-2-2006. Bereikbaar op www.minvws.nl/nieuwsberichten/mc/20/06/ bindende afspraken in de zorg.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. 1996. *Kwaliteitswet Zorginstellingen.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

New York State Department of Health Aids Institute, Clinical Guidelines, *How To Integrate Prevention into Primary Care*, Published November 2005. Bereikbaar op www.hivnet.org/public

Overberg R. I . 2003. *Wat is het huidige beleid?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Bereikbaar op <http://www.nationaalkompas.nl>

Pilcher CD, Tien HC, Eron JJ, Jr, et al. Brief but efficient: acute HIV infection and the sexual transmission of HIV. *Journal of Infectious Diseases.* 2004; 189(10):1785-92.

Porter, M.E., Olmsted Teisberg, E. 2007. How physicans can change the future of health care. *JAMA Vol 297, No 10.*

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Het preventieconcert. Signalement over internationale vergelijking van publieke gezondheid.* Zoetermeer: RVZ, 2005

RIVM soa-registratie, 2000-2002, soa PEILSTATION 2003-2004. Bereikbaar op <http://www.rivm.nl/gezondheid/infectieziekten/soa/>

RIVM. 2004. Factsheet soa en hiv. [Aangehaald maart 2006]. Bereikbaar op <http://www.rivm.nl/bibliotheek/digitaaldepot/FactSheetSoaHIV.pdf>

RIVM. 2005. Werkgroep kwaliteit aanvullende curatieve soa-zorg. *Kwaliteitseisen en richtlijnen in de soa-centra*. www.rivm.nl

RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 [aangehaald oktober 2007] Bereikbaar op www.rivm.nl/vtv

Rutgersnissogroep, [aangehaald maart 2006]. Epidemiologie en monitoring. Bereikbaar op http://www.rutgersnissogroep.nl/rutgersnissogroep/rng/projectenonderzoeken/Epidemiologie_en_monitoring

Schellekens, W.M.L.C.M., Berg, M., Klazinga, N. 2003. Vliegen en gevlogen worden. Mythen en onmogelijkheden van prestatie-indicatoren van zorgaanbieders. *Medisch Contact*. ISSN 0025-8245 Nummering: vol. 58 (2003), afl. 8, pag. 291-294 (4)

Segers, J., Hutjes, J. 1999. De gevalsstudie. In: *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*, 339-366. Assen: Van Gorcum.

Sullivan, A.K., Curtis, H., Sabin, C.A., Johnson, M.A. *Newly diagnosed HIV infections: review in UK and Ireland*. *BMJ* 2005; 330(7503):1301-02.

Swanborn, P.G. 2002. *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. *Nieuws en informatie over de vereniging en over beleidsontwikkelingen van belang voor het lokaal bestuur*. Bereikbaar op www.vng.nl

Walburg, J.A. 2003. Uitkomstmanagement in de gezondheidszorg. Maarssen: *Elsevier Gezondheidszorg*.

Walburg, J.A. 1999. Kwaliteit en gezondheidszorg. *Bestuurskunde*;(8):268-280

Weintrob AC, Giner J, Menezes P. 2003. Infrequent diagnosis of primary human immunodeficiency virus infection: missed opportunities in acute care settings. *Arch Intern Med* 2003; 163(17):2097-2100.

Westert, G.P. 2006. *Variatie in prestatie* . Bilthoven: RIVM.

Witte, K.E. 2005 . *Welke instrumenten zijn er om de kwaliteit van preventie te waarborgen?* Bereikbaar op <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\Preventie\Feiten en cijfers\, 24 mei 2005.

Wierda, M. 2003. *Publiceren van prestatie indicatoren in de zorg : "What's the use?"*. Rotterdam : Erasmus Universiteit.

WRR, 2004. *Bevochten speelruimte en leren controleren*. Bewijzen van goede dienstverlening. WRR-Rapport.

Gebruikte Internetadressen

www.betervoorkomen.nl

www.ggd.nl

www.ggd Kennisnet.nl

www.ggd-zhe.nl

www.hivsurveillance.nl

www.igz.nl

www.soa aids.nl

Bijlage 1 Lijst van gebruikte afkortingen

CASA	Centrum voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus
Cib	Centrum Infectieziektebestrijding
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
GVO	GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding
HAART	Highly Active Anti-retroviral Therapy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
MSM	Men having Sex with Men
NVDV	Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venerologie
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
OGZ	Openbare Gezondheids Zorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
SOAP	Soa Pijlstation
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Bijlage 2 Literatuurlijst indicatoren

Wetenschappelijke richtlijnen

Werkgroep kwaliteit aanvullende curatieve soa-zorg. 2005. *Kwaliteitseisen en richtlijnen in de soa centra*. Bereikbaar op www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=34704&VolgNr=316.

Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekten. Richtlijnen Infectieziekten, *Acquired Immunodeficiency Syndrome, Syfilis, Urogenitale chlamydia, Herpes genitalis, Gonorrhoe, Anogenitale wratten*, www.infectieziekten.info/index.

New York State Department of Health Aids Institute. 2005. Clinical Guidelines, *How To Integrate Prevention into Primary Care*. Bereikbaar op www.hivnet.org/public.

Literatuur over indicatoren

Albeda, H.D. 2004 (Stichting Rekenschap). *Indicatoren in een zelfsturend systeem : prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit*. Zoetermeer : Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Bennema-Broos, M. 2004. De opmars van de prestatie-indicatoren. *TvZ : tijdschrift voor verpleegkundigen*, ISSN 1380-3425 Nummering: (2004), afl. 4, pag. 24-29 (6).

CBO. 2002. *Handleiding indicatorontwikkeling*.
<http://www.cbo.nl/product/richtlijn/indicator2002/pdf>.

Delnoij, D.M.J. 2002. *Bakens zetten : naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Faas, T. 2002. *Meten van resultaten: met prestatie-indicatoren in ouderenzorgconcerns*.
Bilthoven : ZorgConsult Nederland.

Groenewoud, A.S., Huijsman, R. 2003. *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker: managementversie van een studie naar een conceptueel raamwerk, de huidige stand van zaken en de toekomst van prestatie-indicatoren in de Nederlandse gezondheidszorg*.
Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Klazinga, N.S. 2001. Gezondheidszorg de maat genomen : OESO-conferentie bepleit gebruik prestatie-indicatoren. *Medisch Contact*. ISSN 0025-8245
vol. 56 (2001), afl. 48 (30 nov), pag. 1784-1785.

Kuhry, B. 2003. *Maten voor gemeenten 2003: onderzoek naar de prestaties van gemeenten in het kader van het 'Plan van aanpak transparantie'*. Den Haag : SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau.

Schellekens, W.M.L.C.M., Berg, M., Klazinga, N. 2003. Vliegen en gevlogen worden - Mythen en onmogelijkheden van prestatie-indicatoren van zorgaanbieders
Medisch Contact, ISSN 0025-8245 Nummering: vol. 58 (2003), afl. 8, pag. 291-294 (4).

Vos de, E.L., Fermin, B.M.F., Heyma, A. 2001. *Reïntegratie meten is weten: onderzoek naar prestatie-indicatoren voor effect- en procesevaluatie in de sociale zekerheid en de uitvoering van reactiveringsbeleid*. Hoofddorp : TNO Arbeid.

Wierda, M. 2003. *Publiceren van prestatie indicatoren in de zorg: "What's the use?"*
Rotterdam : Erasmus Universiteit.

Modellen voor ontwikkeling van Indicatoren

Harteloh, P.P.M., Casparie, A.F. 2004. *Kwaliteit van zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Bijlage 3 Lijst van geïnterviewde personen

1. Clustermanager, Cluster Infectieziektebestrijding, GGD Rotterdam
Projectleider SENSE zuidelijk Zuid-Holland Hr de Zwart
 2. Senior beleidsmedewerker GGD Nederland Hr Doosje
 3. Mr. de Beurs, adjunct directeur bedrijfsvoering GGD Zuidhollandse Eilanden,
tevens voorzitter van de landelijke benchmark GGD Nederland.
 4. SOA Aids Nederland Expertisecentrum Beleidsmedewerker Hr. van Schaik
 5. Drs. van der Elst. Productgroep coördinator informatisering, automatisering&kwaliteit.
 6. Drs. J.W. van Baalen. Productgroepcoördinator Medische Hygienische Zorg
 7. Dr. A. van Heukelum GGD arts en Hoofd productgroep
 8. Drs. M. Velting SOA verpleegkundige
 9. GGD Nederland Senior beleidsmedewerker Kwaliteit Ellen Vermeulen
 10. Projectleider NPHF Mw. Van Wezel
 11. Mw. Warris-Versteegen Inspecteur Infectieziekten, IGZ
 12. S. Hulsbosch, projectmedewerker Indicatoren OGZ, IGZ
 13. Mw Willems beleidsmedewerker infectieziektenbestrijding LCI
 14. Mw. van de Laar, projectleider SOA/HIV surveillance RIVM
- Terugkoppeling concept indicatoren
15. Kwaliteitsmedewerker GGD Hollands Midden
 16. Kwaliteitsmedewerker GGD Zuid-Holland Zuid

Bijlage 4 Gesprekspuntenlijst Interviews

Inspectie van Gezondheidszorg

Wordt er met de prestatie-indicatoren gewerkt?

Hoe is de set tot stand gekomen?

Wat zijn belangrijke aspecten voor de volksgezondheid?

Wat zijn die gezondheidsrisico's?

Wat is het verloop van het traject?

Wat is volgens experts en deskundigen op het gebied van soa en hiv zorg een valide, betrouwbare en begripsvalide indicator, die gewenste uitkomsten van zorg uitdrukt?

Projectleider (RIVM), Contactpersoon SOA Aids Nederland Expertisecentrum, Beleidsmedewerker Landelijk Centrum voor Infectieziektenbestrijding

Zijn er indicatoren die betrekking hebben op het proces?

Welke resultaten verwacht u het komende jaar te behalen?

Op welke wijze kan een GGD vooral de risicogroepen stimuleren om zich te laten testen op soa?

De verdere stijging van soa en hiv in Nederland in 2005 blijft alarmerend. Daarom is volgens Soa Aids Nederland een combinatie van acties nodig. Welke gevolgen hebben deze acties voor de GGD?

Wat is een effectieve preventie? Zijn er voorbeelden van 'best practices'?

Hoe wordt de rechten van de mens (privacy) en ethische principes gewaarborgd, zonder de volksgezondheid te schaden?

Projectleider NPHF

Het project preventie en curatie heeft als doel initiatieven in de curatieve zorg op het terrein van gezondheidsbevordering en preventie te stimuleren en te ondersteunen. Hoe kan dit vorm krijgen?

Voor welke preventieve taken draagt de gemeente verantwoordelijkheid? Hoe wordt gemeentelijke betrokkenheid bij kwaliteit gestimuleerd?

Adjunct directeur bedrijfsvoering GGD Zuidhollandse Eilanden, tevens voorzitter van de landelijke benchmark GGD Nederland

Wordt er gewerkt met prestatie-indicatoren?

Op welke wijze wordt in de benchmark rekening gehouden substantiële landelijke verschillen?

Waarmee moet men rekening houden bij de implementatie van indicatoren?

Op welke wijze wordt samengewerkt met andere instellingen?

Wat is de toegevoegde waarde voor de GGD en haar omgeving en stakeholders?

Hoe gaat zich dit vorm geven bij een GGD, hoe gaat het er organisatorisch uit zien voor de professionals?

Hoe denkt u te kunnen voldoen aan de belangen van de maatschappij en overige belanghebbenden? Wat is volgens u maatschappelijke verantwoording?

GGD Nederland Senior beleidsmedewerker Kwaliteit

Wat verstaat u onder kwaliteit van zorg, geleverd door een GGD ?

Waarom is het belangrijk om prestatie indicatoren op te stellen voor de GGD?

Hoe kunnen er landelijk vergelijkbare metingen plaatsvinden?

Besteedt de GGD systematisch aandacht aan deskundigheidsbevordering?

Zijn de gegevens per instelling te leveren?

Interviews Zuidhollandse Eilanden

Wat vindt de cliënt zelf van de aanvullende curatieve soa-zorg?

Op basis van welke informatie over klachten wordt het risico op soa ingeschat.

Welke informatie wordt gegeven die het horen van de uitslag oproept (de behandeling of controle)

Hoe verloopt een meldingsplicht? Welke barrières ervaart de patiënt?

Op welke wijze vindt partnerwaarschuwing en contactopsporing plaats?

Wat is de ervaring en expertise die de aanwezig is over testen en preventie?

Op welke wijze kan deze kennis bij dragen aan een effectievere en efficiëntere aanpak van voorlichting, behandeling en preventie van aids en andere soa in Nederland?

Heeft de dienst inzicht in de behoeften en satisfactie van de afnemers?

ICT: welk informatiesysteem wordt toegepast? Is dit landelijk?

Welke protocollen worden toegepast?

Bijlage 5 Aire instrument 20 stellingen

Doel, relevantie en organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft

1. Het doel waarvoor de indicator is ontwikkeld, is duidelijk en helder beschreven.
2. De criteria op basis waarvan het onderwerp van de indicator is gekozen, zijn specifiek beschreven.
3. Het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking (maatschap, afdeling) heeft, is specifiek beschreven.
4. Het kwaliteitsdomein waar de indicator betrekking op heeft, is specifiek beschreven.
5. De aard en de omvang van zorgprocessen en/of zorguitkomsten waar de indicatoren betrekking op heeft, zijn specifiek beschreven en afgebakend.

Betrokkenheid van belanghebbenden

6. De leden van de commissie die de indicator hebben ontwikkeld, zijn afkomstig uit relevante beroepsgroepen.
7. Gezien het doel van de indicator zijn alle relevante partijen betrokken bij de indicatorontwikkeling.
8. De indicator is formeel vastgesteld.

Wetenschappelijk bewijs

9. Systematische methoden zijn toegepast voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
10. De indicator is gebaseerd op aanbevelingen uit een evidence based richtlijn of in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerde studies.
11. De kwaliteit van het wetenschappelijk bewijsmateriaal waarop de indicator is gebaseerd, is systematisch onderzocht en/of samengevat.

Verdere onderbouwing, formulering en gebruik

12. De indicator is specifiek beschreven.
13. De doelgroep waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek afgebakend.
14. Een strategie voor risicocorrectie is overwogen en beschreven (risk-adjustment).
15. De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit).

16. De indicator meet precies en consistent (betrouwbaarheid).
17. De indicator laat in voldoende mate verschillen zien (discriminerend vermogen).
18. De indicator is getest in de praktijk.
19. Er is rekening gehouden met de inspanningsvereisten voor het verzamelen van data.
20. De indicator wordt ondersteund met een specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten.

Bijlage 6 SOA Dossier, SOAP en Access registratie

SOA-Dossier

Cliëntgegevens:

Huisarts -----

Geboortedatum (SOAP alleen geboortejaar) -----

Voornaam: -----

Achternaam of pseudoniem: -----

Geslacht:

M – V – O (onbekend)

Adres + huisnummer (look- up adres en woonplaats)

Huisnr: -----

Postcode -----

Woonplaats -----

Geen vaste verblijfplaats

Wonend in het buitenland

Onbekend

Telefoonnummer -----

E-mail -----

Taal -----

Nederlands Anders ; nl -----

Betalingswijze -----

Regeling aanvullende SOA bestrijding

Verzekering

Cliënt zelf

Wcpv

bevolkingsgroep

Nationaliteit (notatie volgens broncodes SOAP/ RIVM)-----

Etniciteit (notatie volgens broncodes SOAP/ RIVM) -----

Burgerservicenummer (*voor toekomst*) -----

Zorgverzekeraar (*voor toekomst*)-----

a -----

b -----

Verzekeringsnummer (optioneel) -----

Consultatiegegevens

Volgnummer consult -----

Datum eerste consultatie -----

Datum melding SOAP / RIVM -----

Locatie consultatie -----

a. (code) hulpverlener 1

b. (code) hulpverlener 2

Anamnese

Ooit eerder SOA gehad?*

Nee

Ja Indien ja welke SOA en wanneer: dd/mm/jj*

Weet niet

Onbekend

RIVM Gedragssurveillance vraag:

Heeft u een SOA-onderzoek gehad in het afgelopen jaar?

Zo ja? Is daarbij een SOA vastgesteld (JA, NEE)

Eerder HIV-test gehad?

Nee

Ja, positief, datum test: (ook bij benadering in te vullen)

Ja, Negatief, datum test: (ook bij benadering in te vullen)

Ja, uitslag onbekend

Onbekend

Bent u bloeddonor?

Nee

Ja: laatste keer: -----

Intraveneus druggebruik

- Nee
 Ja, ooit:
 Ja, in de laatste 6 maanden:
 Onbekend

Overig druggebruik:

Bent u volledig tegen hepatitis B gevaccineerd?

- Nee
 Ja
 Nog bezig: vaccinatie datum 1^e (datum)
2^e (datum)
3^e (datum)

Wilt u zich tegen hepatitis B laten vaccineren?

Ja / nee / onbekend

Reden bezoek

Klachten ja/nee (onderstaande type klachten worden niet in SOAP gemeld) Indien ja, klachten sinds: dd /mm / jj

- Jeuk
 Veranderde afscheiding
 Afscheiding plasbuis
 Pijn bij plassen
 Kleine beetjes plassen
 Pijn/steken bijballen
 Blaasjes
 Zweertjes
 Wratjes
 Pijn bij/aan anus
 Keelklachten
 Pijn/steken onderbuik
 Contactbloedingen

- Pijn bij/na vrijen
- Veranderde menstruatie
- Anders nl:

- Nieuwe relatie
- Eigen risicogedrag
- Risicogedrag partner/klachten partner
- Gewaarschuwd (door partner of GGD)
- Periodieke controle
- HBV vaccinatie
- HIV-test
- Onzekerheid / angst
- Condoomfalen
- Seksueel geweld
- NON-HIV verklaring of visum
- Kinderwens of zwangerschap
- Prik of bijtaccident
- Partner HIV- positief
- Alleen informatie
- Onbekend
- Anders nl:

Transseksueel ja/nee ruimte voor toelichting:

Seksuele voorkeur

- Heteroseksueel
- Homoseksueel
- Biseksueel
- Onbekend

Sekstechnieken

- Oraal passief actief
- Anaal Passief Actief
- vaginaal
- Slijmvliescontact zonder penetratie

Met hoeveel verschillende partners heeft u seksueel contact gehad in de afgelopen 6 maanden?

Condoomgebruik

- Ja
- Nee
- Soms

Heeft u condoom(s) gebruikt bij het laatste seksuele contact? (JA, NEE)

Datum laatste onveilige contact met losse partner:

Datum laatste onveilige contact met vaste partner:

Is er in de laatste 3 maanden onbeschermd seksueel contact geweest in het buitenland ?

- Ja:welk(e) land(en)? -----
- Nee
- Onbekend

Prostitutie

- Nee
- Ja, ooit

Ja, in de laatste 6 maanden: -----

Onbekend

Prostitutievorm

Straat

Club / privéhuis

Raam

Escort

Thuis

Massagesalon

Werkgemeente: -----

Werkzaam sinds: -----

Werkfrequentie: -----

Werktechnieken

Vaginaal

Oraal

Anaal

S/M

Likken anaal/vaginaal

Seks met meer personen tegelijk

Vingeren

Tongzoenen

Condoom gebruik

Ja, altijd

Soms wel, soms niet

Nee

Menstruatie

Doorwerken

Ja

Nee

Sponsgebruik

Ja

Nee

Hygiëne

Zeep

Vaginale douche

Overig:

Prostituant

Nee

Ja, ooit

Ja, in de laatste 6 maanden

Onbekend

(Vraag 64 t/m 66 komen op het tabblad medicatie)

Bent u momenteel zwanger?

Ja

Nee

Mogelijk

Gebruikt u momenteel medicatie (ook anticonceptie)?

Nee

Ja, nl -----

Bent u allergisch voor antibiotica?

Nee

Ja, nl -----

Lichamelijk onderzoek

(inwendig) Onderzoek vrouw

(inwendig) Onderzoek man

Mond/keelholte:gb

Lab. test Uitslag

1. Gonorrhoe

Kweek

Cervicaal/urethraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Anaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Oraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.

PCR/NAAT

Cervicaal/urethraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Anaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Oraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.

Als gonorrhoe diagnostiek positief is bij kweek

Gevoeligheidsbepaling ja nee

Als gevoeligheidsbepaling =JA

Antibiotica	Uitslag		
Betalactamase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Ciprofloxacin <input type="checkbox"/>	MIC waarde:	0,002 – 32	
Ceftriaxon <input type="checkbox"/>	MIC waarde:	0,002 – 32	
Cefotaxim <input type="checkbox"/>	MIC waarde:	0,002 – 32	
Cefuroxim <input type="checkbox"/>	MIC waarde:	0,016 – 256	
azitromycine <input type="checkbox"/>	MIC waarde:	0,016 – 256	

Anders: -----

nl: . MIC waarde: 0,002 – 256

MIC waarden mogen alleen cijfers zijn, met een komma.

De ranges staan erachter, er mogen geen waardes buiten de ranges ingevuld worden.

2. Chlamydia

PCR

Cervicaal/urethraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Anaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Oraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.

3. Syfilis serologie

TPHA	<input type="checkbox"/>		titer
VDRL	<input type="checkbox"/>		titer
FTA-Abs	<input type="checkbox"/>		

4. HIV serologie

HIV (lab)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
HIV-sneltest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
HIV (Western Blott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.

5. HBV serologie

HbsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Anti-HBc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Anti-HBs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
Anti HbeAG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.
HbeAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg.

Overig laboratoriumonderzoek

fluor

urinesediment

Vastgestelde diagnose

Behandeling/Medicatie:

GO

- Cefotaxim 1 gr. IM (+ Lido)
- Ceftriaxon 500 mg IM (+ Lido)
- cefuroximaxetil 2 tabl. 500 mg eenm. dosis per os.
- Ciprofloxacin 500 mgr. eenm. dosis per os.
- Azithromycine 4 tabl. 500 mg eenm. dosis per os.
- Bij zwangerschap: Ceftriaxon 250 mg. I.M. eenmalig
of Erythromycine 4 dd 500 mg. p.o. 7 dagen
- Anders:

CT

- Azithromycine 2 tabl.500 mg eenmalige dosis per os
- Doxycycline 2 dd 100 mg / 7dagen
- Bij zwangerschap: amoxicilline 3 dd 500 mg 7 dagen of
Erythromycine 4 dd 500 mg 7 dagen
- Anders

Syfilis

- Stadium I, II en larens recens: 2,4 ME penidural i.m.
- Latens tarda of onbekende duur: 2,4 ME penidural i.m. op dag 1, 8 en 15
- Anders

NSU

- Azithromycine 2 tabl 500 mgr ineens per os.
- Doxycycline 2 dd 100 mgr per os 7 dagen
- Anders

AGW

- Podofyllotoxine vloeistof 5 % (Condyline) of creme 0,15 % (Wartec)
- 2 dd ged. 3 dagen/week max 5 weken. (CI zwangerschap).
- Imiquimod creme 5 % 3 maal/week, max 16 weken. (CI zwangerschap)
- Anders

Herpes simplex

- Valaciclovir 2 dd 500 mg 5 dagen (evt. 10 bij primo)
- Zwangerschap: aciclovir 5 dd 200 mg 5 dagen
- Locaal: zinkoxide smeersel FNA of zinkoxide olie met 5 % lidocaine
- Onderhoudsprofylaxe bij > 6 recidieven per jaar: valaciclovir 1 dd 500 mg
- Anders

Trichomonas

- Metronidazol 4 tabl. 500 mgr. p.o. eenmalig
- Recidief: tinidazol 2 gr. p.o. eenmalig
- Anders

Bacteriele Vaginose

- Metronidazol 4 tabl. 500 mgr. p.o. eenmalig
- Anders

Candidosis vaginalis

- Clotrimazol 1 vag. tablet 500 mg
- Miconazol 1 ovule 1200 mg eenmalig
- Anders

Vervolgbeleid /interventies en vervolg

Partner waarschuwing

heeft partnerwaarschuwing plaatsgevonden

- Ja
- Nee, waarom niet
- Onbekend

Door wie wordt partner gewaarschuwd?

- Cliënt zelf
- GGD
- Anders nl:

Voorlichting

- Geen
- SOA algemeen
- Hiv
- Veilig vrijen
- Condoom demonstratie
- Hoe te handelen bij scheuren van condoom
- Periodieke controle
- Gebruik sponsjes menstruatie
- Vaginale hygiëne
- Houding t.o.v. condoom gebruik
- HBV campagne
- Anders nl:

Meegegeven folders

- SOA
- Hiv test
- Condooms
- Veilig werken in de prostitutie
- Hepatitis B campagne
- Richtlijnen periodieke controle
- Anders nl:

Bijlage 7 Conceptversie indicatorenset

Gegevens worden verzameld door betrokken GGD instellingen in de regio Zuid-Holland Zuid. Het aspect dat er over de activiteiten rekenschap afgelegd moet worden, wordt steeds belangrijker. Nieuwe uitdagingen liggen dus op het vlak van prestatie-indicatoren en het monitoren van de voortgang van preventie-activiteiten.

Periode van meten; GGD Zuidhollandse Eilanden gaf de voorkeur aan een duurzame indicator (termijn van een jaar).

Vervolgens is uitwisseling van gegevens in de regio tussen GGD'en mogelijk, bijvoorbeeld hoe doen jullie het, hoe effectief ben je?

1) Procesindicator: de doorlooptijd.

Meetvorm:

Tijdsbestek van het logistieke proces; moment van aanmelding tot eventuele (na)behandeling (zichtbaar in Accesregistratie van GGD Zuidhollandse Eilanden).

Met name de openstaande consulten geven een signaal. Vervolgens kan er te zijner tijd onderscheid worden gemaakt tussen cliënten met en zonder klachten. De cliënt met klachten wordt binnen een week uitgenodigd op het soa-spreekuur en de cliënt zonder klachten binnen vier weken. Telefonisch worden acute vragen binnen 15 minuten beantwoord, minder acute vragen binnen twee dagen.

2) Bron opsporing naar richtlijn LCI partnerwaarschuwing soa

Meetvorm; toepassing draaiboek

Wanneer een SOA wordt gevonden, is het belangrijk dat verdere verspreiding voorkomen wordt. Het is van belang de partner(s) te waarschuwen bij wie de ziekte opgelopen kan zijn of op wie de infectie overgedragen kan zijn.

Partnerwaarschuwing beoogt deze groep mensen te bereiken en hen bewust te maken van het gelopen risico. De vaste partner van de indexcliënt mag tijdens dit traject niet vergeten worden.

De gewaarschuwden moeten zelf de keuze maken of zij zich laten testen en eventueel behandelen.

3) Bereik doelgroep vanuit de risicoanalyse

Meetvorm: Aantal cliënten uit risicogroepen dat wordt getest (teller) gedeeld door totale geschatte omvang van de doelgroep (noemer)

GGD doet onderzoek naar de omvang van soa- risicogroepen in haar verzorgingsgebied. Deze informatie geeft inzicht in kenmerken uit het verzorgingsgebied, schatting van de omvang van de doelgroep en mogelijkheden om de doelgroepen te bereiken. Deze indicator geeft inzicht in het bereik van een bepaalde locatie. Geconstateerd wordt dat dit inzicht kan worden verkregen door de postcodes (als Proxy in de anonimiteit) van cliënten te vergelijken met de postcodes van de locaties van consult.

4) Overzicht van doorverwijzing

Doorgestuurde cliënten naar de huisarts

Meetvorm; aantal (evt. telefonische) consulten waarin doorverwezen wordt naar de huisarts.

Om alleen de hoogrisicogroepen te bedienen en geen aanzuigende werking uit te oefenen op laagrisicogroepen is indicatiestelling voor het soa-centrum gewenst. In de soa-centra wordt een standaardaanbod van zorg geleverd. Via een telefonische indicatiestelling moeten de juiste patiënten uitkomen bij de juiste zorgverlener. Zorgvuldig monitoren en evaluatie zijn van belang om te kunnen bepalen of de beoogde doelgroep daadwerkelijk uitkomt bij het soa-centrum.

5) Herbesmetting

Dit is een indicator voor preventie.

Meetvorm; het percentage dat ooit eerder is onderzocht op HIV en/of SOA (teller) ten opzichte van het totaal aantal cliënten (noemer)

In elk consult wordt in het curatieve spreekuur wel aangeprezen om aan voorlichting aandacht te geven. Zeker als er sprake is van een gevonden soa. Er wordt dan zeker een vrij veilig advies gegeven. In die zin wordt dat wel als preventiemoment benut.

Indien eerder soa-onderzoek is verricht, vragen welke behandeling er heeft plaatsgevonden en of er een nacontrole is verricht (dit in verband met eventuele recidive, resistentie en 'oude' infectie).