



# Betrouwbaar registreren Zichtbare Zorg

Verslag werksessie sector GGZ  
4 december 2009

Versie: 13-1-2010  
Monique van Dijen en Cassandra Koning

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Status registratie van kwaliteitsgegevens</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Procesmodel registratie van kwaliteitsgegevens</b>	<b>5</b>
	Processtap 1: Vaststellen en definiëren op te leveren indicatoren	6
	Processtap 2: Vaststellen benodigde bronnen	6
	Processtap 3A: Benoemen van degenen die registreren	6
	Processtap 3B: Borging registratieproces door kwaliteitsfunctionaris(sen)	6
	Processtap 4: Instructie van degenen die registreren	6
	Processtap 5: Registreren van gegevens	7
	Processtap 6: Verzamelen van gegevens	7
	Processtap 7: Interne audit / Controle van gegevens op basis van steekproeven	7
	Processtap 8: Aanleveren van gegevens	7
	Processtap 9: Schoning + bewerken van gegevens en berekenen van indicatoren	7
	Processtap 10: Autoriseren / Accorderen van indicatoren	8
	Processtap 11: Aanleveren van indicatoren aan externe partijen	8
<b>4</b>	<b>Bevindingen bezoeken aan zorginstellingen</b>	<b>9</b>
4.1	Bevindingen ten aanzien van indicatoren	9
4.2	Bevindingen in procesmodel	10
4.3	Toelichting bevindingen in procesmodel	11
<b>5</b>	<b>Ideaaltypische situatie</b>	<b>17</b>
<b>6</b>	<b>Krachtenveldanalyse</b>	<b>19</b>
6.1	Welke krachten helpen om tot de ideaaltypische registratiepraktijk te komen (enablers)?	19
6.2	Welke krachten werken tegen (barriers)?	19
<b>7</b>	<b>Conclusies en samenvatting</b>	<b>21</b>
7.1	Bevindingen ten aanzien van het registratiemodel	21
7.2	De belangrijkste kenmerken van de huidige situatie	21
7.3	De 'ideaaltypische' registratiepraktijk	21

## 1 Inleiding

Op 4 december 2009 is een bijeenkomst georganiseerd in het kader van het eerste deelproject 'onderzoek naar de registratie van kwaliteitsgegevens in vier zorgsectoren'. Doel van het eerste deelproject is tweeledig:

1. Het onderzoeken van de wijze waarop de registratie van kwaliteitsgegevens op dit moment in vier sectoren van de zorg plaatsvindt en met welke mate van betrouwbaarheid deze registratie plaatsvindt;
2. Het ontwikkelen, motiveren en onderbouwen van globale voorstellen voor generieke en sectorspecifieke standaardisatie van de registratie van gegevens in ijkmodellen<sup>1</sup> per sector.

Het eerste deelproject loopt van eind september 2009 tot en met eind januari 2010. In deze periode worden in vier zorgsectoren<sup>2</sup> zorgaanbieders bezocht en onderzocht op basis van een registratiemodel en gestructureerde vragenlijsten. Met de bezoeken streven de onderzoekers er naar een goed beeld te krijgen van de diversiteit in de registratie van zorginhoudelijke kwaliteitsgegevens<sup>3</sup> door zorgaanbieders binnen en tussen de vier zorgsectoren. Met de selectie van 11 zorgaanbieders per sector is getracht een zo groot mogelijke verscheidenheid aan zorgaanbieders per sector in beeld te krijgen op de volgende drie criteria:

1. Complexiteit van zorgprocessen (diversiteit van zorg en omvang zorginstelling);
2. Stadium van registratie volwassenheid;
3. Leveranciers van registratiesystemen.

Tijdens de bezoeken tot op heden is gebleken dat het gehanteerde registratiemodel goed toepasbaar is binnen de vier sectoren. Ook is inmiddels duidelijk geworden dat de verschillen in registratievolwassenheid binnen de sectoren groter is dan tussen de sectoren. Bij de ontwikkeling van het groeimodel zal hier rekening mee worden houden.

De doelstelling van de bijeenkomst van 4 december jl. was de eerste bevindingen van het onderzoek te delen en te verrijken met een aantal van de betrokkenen bij het onderzoek. Na een plenair deel, zijn de vier zorgsectoren uiteen gegaan in separate werksessies. Na afloop van deze werksessies heeft een plenaire terugkoppeling plaatsgevonden.

De uitspraken zoals weergegeven in dit verslag zijn de uitspraken van de deelnemers aan de werksessie op basis van de tussentijdse onderzoeksresultaten van Ernst & Young. De deelnemers zijn grotendeels werkzaam bij zorgaanbieders. De opmerkingen van de deelnemers op deze conceptversie van het verslag zullen worden verwerkt in het definitieve verslag.

---

<sup>1</sup> Een registratie(proces)model en een groeimodel.

<sup>2</sup> Ziekenhuizen, Gehandicaptenzorg, Verpleging, Verzorging & Thuiszorg, Geestelijke gezondheidszorg.

<sup>3</sup> Cliënten / patiëntenraadplegingen vormen geen onderdeel van dit onderzoek.

## 2 Status registratie van kwaliteitsgegevens

Zorgaanbieders binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg gebruiken de basisset prestatie-indicatoren voor de rapportage over kwaliteit van de geleverde zorg. Het doel van de basisset is: openheid en transparantie van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg met behulp van één beperkte set met zinnige, goede informatie. Alle zorgaanbieders (intramuraal en extramuraal; behandeling en begeleiding) werken dus met één en dezelfde indicatorenset.

Zorgaanbieders binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg hebben de basisset prestatie-indicatoren in 2006 voor het eerst gebruikt voor de rapportage over kwaliteit van zorg. De basisset is in fasen in gebruik genomen. Over verslagjaar 2006 hebben 78 zorgaanbieders op vrijwillige basis informatie aangeleverd over zeventien van de 28 indicatoren. Dat is gedaan via de sectorspecifieke bijlagen in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Vanaf het verslagjaar 2007 is het JMV de verplichte formele jaarverslaglegging, waardoor het gebruik van de basisset is geborgd. Over verslagjaar 2007 hebben 168 instellingen informatie aangeleverd over ten minste achttien van de 28 indicatoren.

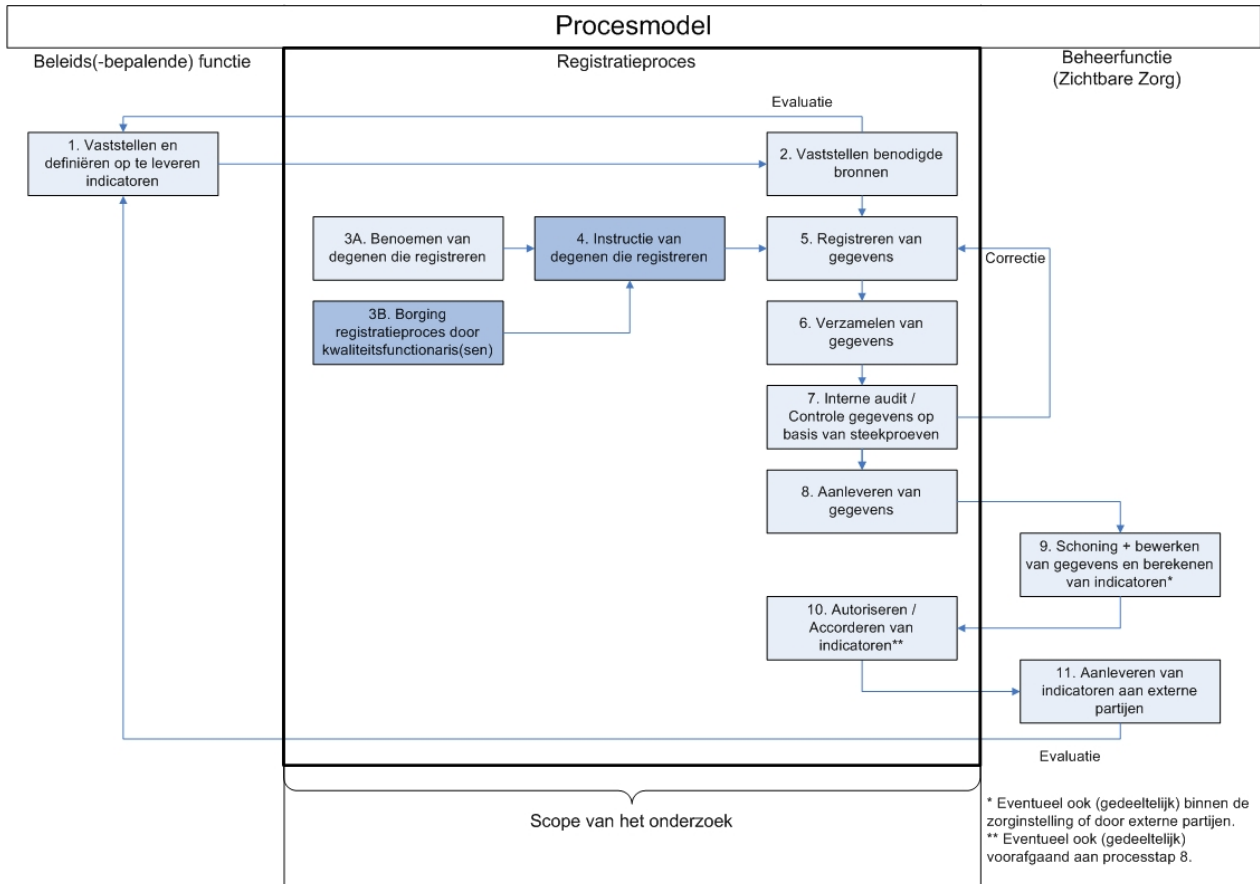
Binnen de GGZ worden 28 prestatie-indicatoren uitgevraagd, onderverdeeld naar effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid (basisset Prestatie-indicatoren 2009-2010). Twee typen indicatoren worden gemeten: zorginhoudelijke (effectiviteit, veiligheid) en cliëntgebonden indicatoren. De zorginhoudelijke indicatoren worden gemeten door middel van een zelfevaluatie door zorgaanbieders die daarbij zoveel mogelijk gebruik maken van bestaande meetinstrumenten en bronnen (DBC-registratie). De cliëntgebonden indicatoren worden veelal gemeten met CQ-index vragenlijsten. Voor indicatoren waarvoor geen CQ index beschikbaar is of als het instrument niet geschikt is, kan de Thermometer Cliëntwaardering worden gebruikt. Meting en rapportage vinden voor beide soorten indicatoren plaats op concernniveau.

Voor het vullen van de zorginhoudelijke prestatie-indicatoren wordt binnen de GGZ zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande meetinstrumenten en informatiebronnen. Voor veel prestatie-indicatoren vormt de DBC-registratie een informatiebron.

Ten aanzien van de registratie van de kwaliteitsgegevens is de GGZ al een eind op weg. Zoals in volgende paragrafen blijkt, zijn nog wel wat slagen te maken om te komen tot een goede en betrouwbare registratie. Binnen de GGZ sector bestaat nog veel variatie in het registeren van kwaliteitsgegevens (elektronisch vs op papier) en in het verzamelen van gegevens (veel bewerkingen uitvoeren vs. extraheren uit datawarehouse).

### 3 Procesmodel registratie van kwaliteitsgegevens

Op basis van diverse relevante bestaande studies en bronnen<sup>4</sup> heeft het projectteam van Ernst & Young een generiek procesmodel voor de registratie van kwaliteitsgegevens opgesteld (figuur 1).



Figuur 1: generiek procesmodel registratie van kwaliteitsgegevens

Dit procesmodel beschrijft in elf stappen hoe registratie van kwaliteitsgegevens (ten behoeve van de indicatorenset Zichtbare Zorg) plaatsvindt dan wel zou moeten plaatsvinden. Het is een generiek procesmodel: dat wil zeggen van toepassing op de vier zorgsectoren<sup>5</sup> van dit onderzoek.

Zoals weergegeven in figuur 1 behoren de processtappen 1, 9 en 11 niet tot de scope van het onderzoek. Deze stappen blijken echter wel van belang voor de uiteindelijke betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens en de vergelijkbaarheid van de output. Om deze

<sup>4</sup> O.a. Voorkomen is beter dan genezen (d.d. 19-09-2008); Startnotitie betrouwbaar registreren van kwaliteit (d.d. 28-05-2009).

<sup>5</sup> Ziekenhuiszorg, Gehandicaptenzorg, Verpleging-, Verzorging- & Thuiszorg, Geestelijke gezondheidszorg.

reden zullen bevindingen over deze stappen daarom hier en daar toch zijdelings aan de orde komen in deze rapportage.

Het procesmodel is de basis van de vragenlijst zoals die gebruikt is tijdens de bezoeken aan de geselecteerde zorgaanbieders. In dit hoofdstuk beschrijven we de processtappen. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van de sector gespiegeld aan dit procesmodel.

### ***Processtap 1: Vaststellen en definiëren op te leveren indicatoren***

Binnen het programma Zichtbare Zorg is voor ieder van de vier zorgsectoren een stuurgroep in het leven geroepen waarin de door de sector op te leveren indicatoren worden vastgesteld. In de praktijk blijkt dat het de betrouwbaarheid van de registratie ten goede komt wanneer de indicatoren zo worden vastgesteld dat het vastleggen van de voor het berekenen van de indicatoren benodigde gegevens nuttig wordt geacht door diegenen die registreren. Dit blijkt het geval te zijn als de gegevens die worden geregistreerd een directe relatie hebben met de geleverde zorg.

### ***Processtap 2: Vaststellen benodigde bronnen***

De eerste processtap binnen de zorgorganisaties is het - op basis van de op te leveren indicatoren - vaststellen van benodigde bronnen. Deze processtap betreft het vaststellen welke bronnen dienen te worden gebruikt voor de registratie van de voor de indicatoren benodigde gegevens. Uit het onderzoek blijkt dat zorgaanbieder erbij gebaat zijn wanneer in de instructies bij de op te leveren indicatoren, per indicator aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot de te gebruiken bronnen. Idealiter worden daarbij bestaande bronnen in het primair proces gebruikt.

### ***Processtap 3A: Benoemen van degenen die registreren***

Zodra bekend is welke indicatoren opgeleverd dienen te worden en welke bronnen hiervoor gebruikt worden, benoemt de zorgorganisatie wie welke gegevens dient te registreren. Uitgangspunt daarbij is dat verantwoordelijkheid voor deze registratie bij de zorgprofessionals ligt.

### ***Processtap 3B: Borging registratieproces door kwaliteitsfunctionaris(sen)***

Het proces dat nodig is om de kwaliteitsinformatie te genereren wordt ingericht. Idealiter is dit proces onderdeel van reguliere kwaliteitssystemen en de Planning & Control cyclus van de organisatie. Om het proces van het registreren van kwaliteitsgegevens te borgen, verdient het de aanbeveling het borgen van dit proces te beleggen bij een medewerker met de rol van kwaliteitsfunctionaris.

### ***Processtap 4: Instructie van degenen die registreren***

Instructie van diegenen (professionals) die registreren dient ervoor te zorgen dat professionals in staat zijn om met de registratiesystemen te werken en dat voor de berekening van indicatoren benodigde gegevens op een eenduidige manier geïnterpreteerd worden. Naast het geven van instructie behoort ook het beschikbaar stellen van documentatie als procesbeschrijvingen en werkinstructies tot deze stap.

### ***Processtap 5: Registreren van gegevens***

Nadat de stappen 1 tot en met 4 geregeld zijn, kan begonnen worden met het daadwerkelijk registreren van de kwaliteitsgegevens. Onder het registreren wordt verstaan het vastleggen van gegevens over de (kwaliteit van) de geleverde zorg conform de in voorgaande stappen gemaakte afspraken en instructies. Idealiter worden de gegevens die worden geregistreerd voor de indicatoren van Zichtbare Zorg (vooral) ook gebruikt voor de interne verbetering van de (zorg)processen.

### ***Processtap 6: Verzamelen van gegevens***

De zorgaanbieder extraheert (verzamelt) de geregistreerde gegevens en slaat deze op. Wanneer gegevens in stap vijf digitaal en gekoppeld aan het primair proces zijn vastgelegd, bevordert dit de betrouwbaarheid van de gegevensverzameling. Het verzamelen van gegevens vindt idealiter plaats volgens een van tevoren binnen de organisatie vastgestelde en gecommuniceerde kalender en volgens heldere protocollen waarbij alle mutaties van gegevens worden gelogd.

### ***Processtap 7: Interne audit / Controle van gegevens op basis van steekproeven***

Alvorens gegevens ten behoeve van de te berekenen kwaliteitsindicatoren worden aangeleverd aan Zichtbare Zorg, verdient het aanbeveling deze gegevens door betrokkenen te laten controleren. Daarbij is de gedachte dat vooral medewerkers die betrokken zijn bij het primaire proces, vreemde resultaten snel zal opvallen.

Naast de controle door betrokkenen, verdient het de aanbeveling ook interne audits op de gegevens dan wel op het registratieproces uit te voeren waarbij de betrouwbaarheid (juistheid, tijdigheid en volledigheid) van de gegevens (registratie) door onafhankelijke functionarissen wordt getoetst. Idealiter vinden deze audits (op basis van steekproeven) plaats door een onafhankelijke persoon, afdeling of organisatie die rechtstreeks rapporteert aan de Raad van Bestuur van de zorgaanbieder. Onafhankelijkheid wordt daarbij onder andere geborgd wanneer de audit wordt uitgevoerd door een partij die zelf geen belang heeft bij de uitkomsten van de audit.

### ***Processtap 8: Aanleveren van gegevens***

Zodra de gegevens verzameld en gecontroleerd zijn, worden ze door de zorgaanbieder aangeleverd aan de beheerfunctie (Zichtbare Zorg). Het volgen van landelijke richtlijnen voor gegevensverzameling en -bewerking door zorgaanbieders en beheerorganisaties komt de betrouwbaarheid van gegevens hier ten goede. Idealiter wordt gewerkt met een aanleverkalender en worden bij het aanleveren van de gegevens stricte protocollen gevolgd.

### ***Processtap 9: Schoning + bewerken van gegevens en berekenen van indicatoren***

Na aanlevering door de zorgorganisatie worden de gegevens geschoond, indicatoren berekend en eventueel een casemixcorrectie toegepast. Binnen enkele sectoren vindt het berekenen van indicatoren plaats binnen de databeheerorganisatie; binnen andere sectoren binnen de

zorgorganisaties zelf. Deze stap valt buiten de scope van dit onderzoek, maar is in zoverre relevant dat wanneer de bewerkingen onvoldoende transparant zijn, dit mogelijk ten koste gaat van het vertrouwen in de betrouwbaarheid van de berekende indicatoren.

### ***Processtap 10: Autoriseren / Accorderen van indicatoren***

Deze processtap betreft zowel het autoriseren (vaststellen) van gegevens die aangeleverd worden om indicatoren te berekenen als het accorderen (toestemming geven door de zorgaanbieder voor het vrijgeven) van de uitkomsten (door Zichtbare Zorg). Het autoriseren vindt idealiter al plaats tussen de processtappen 7 en 8. Het komt de betrouwbaarheid ten goede als op voorhand duidelijk is welke rol verschillende functionarissen hebben in het autoriseren en accorderen van gegevens.

### ***Processtap 11: Aanleveren van indicatoren aan externe partijen***

Nadat door de zorgaanbieder toestemming is gegeven (accorderen) voor het vrijgeven van de uitkomsten van de indicatoren, worden deze door Zichtbare Zorg aangeleverd aan externe partijen. Bijvoorbeeld de doorlevering van uitkomsten ten behoeve van het jaardocument maatschappelijke verantwoording en voor publicatie op de website [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl).

Deze stap valt buiten de scope van dit onderzoek, maar is relevant omdat wanneer het aanleveren van indicatoren niet zorgvuldig gebeurt (bijvoorbeeld niet geaccordeerd door de zorgaanbieder of met fouten in de aangeleverde gegevens), individuele zorgaanbieders hier mogelijk schade van ondervinden. Dit kan weer ten kosten gaan van de bereidheid tot medewerking van individuele zorgaanbieders.

## 4 Bevindingen bezoeken aan zorginstellingen

In de maand november 2009 heeft het projectteam van Ernst & Young zeven bezoeken aan organisaties in de GGZ sector afgerond<sup>6</sup>. In de maand december 2009 zal nog een aantal bezoeken plaatsvinden. Tijdens deze bezoeken hebben wij uiteenlopende praktijken aangetroffen: waar een enkele organisatie de indicatoren volledig automatisch afleidt, wordt bij andere organisaties ook nog op papier geregistreerd. Dit hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens Bevindingen ten aanzien van indicatoren (4.1), Bevindingen in procesmodel (4.2) en Toelichting bevindingen in procesmodel (4.3).

### 4.1 Bevindingen ten aanzien van indicatoren

Inmiddels (d.d. 4 december 2009) zijn 7 van de 11 geselecteerde GGZ instellingen bezocht. Binnen de GGZ instellingen is gesproken met beleidsmedewerkers, kwaliteitsfunctionarissen en/of (cluster) managers zorginformatievoorziening.

Voorafgaand aan de bezoeken hebben de respondenten een digitale vragenlijst ingevuld waarin zij allereerst per indicator aangaven of de organisatie kwaliteitsgegevens ten behoeve van deze indicator registreert. Hieruit blijkt dat de ondervraagde organisaties gemiddeld voor 63,8% van de indicatoren gegevens registreren. Onder de organisaties varieert dit percentage van 30,8% tot 84,6%. Een verklaring voor deze grote variatie is de grote verscheidenheid aan GGZ organisaties (zoals genoemd in hoofdstuk 2). De indicatoren lijken namelijk voort te komen uit een intramurale behandelsetting en zijn daarom nauwelijks relevant voor organisaties die vooral begeleiding aan cliënten bieden. Het is daarom de vraag of de diverse typen organisaties wel op deze indicatoren met elkaar vergeleken kunnen worden; of dat we door één indicatorenset appels met peren vergelijken.

Daarnaast blijkt dat voor gemiddeld 93,7% van de indicatoren de kwaliteitsgegevens direct elektronisch geregistreerd worden. Onder de respondenten varieert dit percentage van 78% tot 100%. Voor de registratie van kwaliteitsgegevens blijken diverse systemen gebruikt te worden, waar onder EPD Psygis, Quest Manager, EPD Plancare, User en EPD Care4. Per organisatie zijn één tot twee verschillende registratiesystemen actief. Binnen geen van de geïnterviewde GGZ organisaties wordt met papieren cliëntdossiers gewerkt.

Gemiddeld geven de bevraagde organisaties zichzelf een rapportcijfer van 7,6 voor de betrouwbaarheid van hun eigen kwaliteitsregistratie. Het gemiddelde rapportcijfer over de indicatoren heen varieert van een 7,2 tot een 8,0. De spreiding tussen de indicatoren is groter; organisaties geven ook onvoldoendes voor een of meerdere indicatoren.

Percentage indicatoren waarvoor gegevens worden geregistreerd	63,8%
Percentage (kwaliteits)gegevens die direct elektronisch worden geregistreerd	93,7%
Aantal verschillende systemen dat wordt gebruikt voor registratie van gegevens	5
Rapportcijfer dat de organisaties zichzelf geven voor de betrouwbaarheid	7,6

Tabel 1. Bevindingen ten aanzien van indicatoren

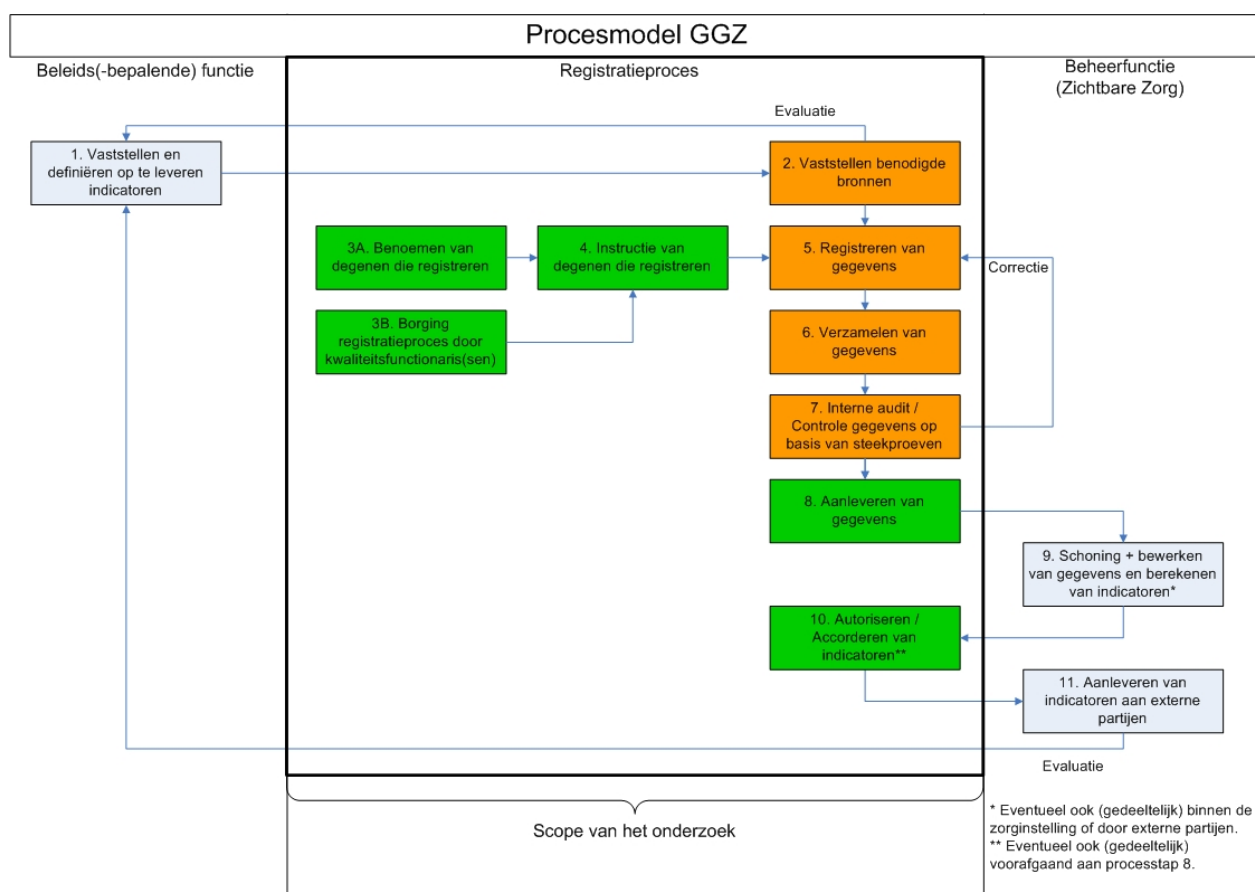
<sup>6</sup> Altrecht, De Grote Rivieren, Tactus verslavingszorg, Leo Kannerhuis, Parnassia Bavo Groep, Rivierduinen en RIBW Midden Brabant.

## 4.2 Bevindingen in procesmodel

Het projectteam van Ernst & Young heeft tijdens het bezoek aan iedere deelnemende zorgaanbieder een interview afgenomen. Hierbij is gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst. Bij elk van de processtappen zoals toegelicht in hoofdstuk 3 zijn een of meerdere vragen gesteld. Op basis van de antwoorden is aan elk van de processtappen een kleur toegekend, in aansluiting op de voor de sector ziekenhuizen ontwikkelde signaalvlaggen voor betrouwbaarheid:

- Rood: Er zijn vraagtekens te zetten bij de inrichting van deze processtap;
- Oranje: Aan belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van deze processtap wordt deels voldaan;
- Groen: Aan belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van deze processtap wordt (bijna) volledig voldaan.

In onderstaand procesmodel (figuur 2) is per stap aangegeven hoe ver de GGZ sector hiermee is.



Figuur 2. Procesmodel GGZ

### 4.3 Toelichting bevindingen in procesmodel

Wanneer men de interviewresultaten analyseert, komt men tot de volgende conclusie: binnen de GGZ wordt voor de stappen 3a (benoemen van degenen die registreren), 3b (borging kwaliteit door kwaliteitsfunctionarissen), 4 (instructie van degenen die registreren), 8 (aanleveren van gegevens) en 10 (autoriseren/ accorderen van indicatoren) (bijna) volledig voldaan aan belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van deze stappen. Professionals hebben voldoende vaardigheden om de gevraagde kwaliteitsinformatie te registreren. Degenen die moeten registreren voor de DBC registratie krijgen veelal ook training hierin. Het registratieproces van kwaliteitsgegevens t.b.v. de indicatoren wordt geborgd door de kwaliteitsfunctionarissen en deze zorgen ook voor de aanlevering aan Zichtbare Zorg. Dit aanleveren gebeurt veelal zonder problemen. Ook het autoriseren/ accorderen van indicatoren gebeurt ruim voldoende, volgens vaste procedures.

De stappen 2 (vaststellen benodigde bronnen), 5 (registeren van gegevens), 6 (verzamelen van gegevens) en 7 (interne audit/ controle op basis van steekproeven) zijn oranjegekleurd. Dit wil zeggen dat hier nog verbetering mogelijk is. In veel gevallen bestaat er geen duidelijk overzicht van bronnen waaruit de kwaliteitsindicatoren moeten worden gehaald. De stap 'registreren van de gegevens' is ook oranjegekleurd. Dit komt voornamelijk door het ontbreken van één systeem voor het verzamelen van de gegevens voor kwaliteitsindicatoren (datawarehouse). Een deel van de gegevens voor de kwaliteitsindicatoren worden uit de DBC registratie geëxtraheerd. Ook worden gegevens vanuit de CQ index of cliëntthermometer gebruikt. Vaak ondersteunen echter de beschikbare applicaties het registratieproces niet adequaat. Wat betreft het verzamelen van gegevens, is er nog verbetering mogelijk. Gegevens worden vaak nog handmatig samengevoegd en bewerkt en is er nog geen sprake van een geautomatiseerd proces.

Bij veel instellingen vindt een inhoudelijke controle door een onafhankelijke functionaris plaats op de juistheid en volledigheid van de verzamelde kwaliteitsgegevens. De diepgang van deze controle laat echter nog te wensen over.

#### 4.3.1 Vaststellen en definiëren op te leveren indicatoren

##### *Knelpunten*

De processtap 'vaststellen en definiëren op te leveren indicatoren' valt eigenlijk buiten de scope van dit project. Echter, er zijn in de interviews en tijdens de bijeenkomst op 4 december jongstleden enkele knelpunten genoemd die van belang zijn in de scope van het procesmodel.

Een eerste knelpunt is dat de definities die gehanteerd worden voor de kwaliteitsindicatoren, niet altijd even SMART zijn. Zo wordt voor het begrip wachttijd door Zichtbare Zorg een andere definitie gehanteerd dan door bijvoorbeeld KiesBeter. Dit geldt ook voor de definitie ten aanzien van 'drop out'. In de DBC registratie verschilt deze definitie van die van de minimale dataset GGZ. Wanneer men zich vervolgens baseert op het DBC systeem, krijgt men een vertekend beeld en is de indicator niet valide. Tevens stroken de definities niet met de definities zoals deze gehanteerd worden in registraties en systemen.

Een tweede knelpunt is dat er niet altijd gegevens beschikbaar zijn voor de noemer van de indicator (bijvoorbeeld bij de indicator 1.1 Preventieactiviteiten).

##### *Goede praktijken*

-

### *Hoe verder verbeteren?*

De verbeter slag zit hierbij aan de kant van Zichtbare Zorg. Het is wenselijk concreter aan te geven waar de gegevens voor de indicator vandaan gehaald moeten worden. Voordat een nieuwe indicator ontwikkeld wordt, is het wenselijk eerst de sector in te lichten. Het ontwerp van de pilot van kwaliteitsindicatoren is erg gevoelig voor het systeem waarin het getest wordt. En de diversiteit binnen de GGZ qua systemen is groot. Door het helder definiëren van de kwaliteitsindicatoren en het 'bevriezen' van nieuwe eisen wordt het voor de GGZ instellingen beter werkbaar.

### **4.3.2 Vaststellen benodigde bronnen**

#### *Knelpunten*

Een knelpunt in processtap 2 'vaststellen benodigde bronnen' ligt in het feit dat in een aantal GGZ instellingen geen overzicht bestaat van de bronnen waaruit de gegevens voor de kwaliteitsindicatoren worden gehaald. Sommige GGZ instellingen beschikken over lijsten waarin per kwaliteitsindicator wordt aangegeven waar deze vandaan te halen is. Echter, bij de meeste instellingen weet de kwaliteitsfunctionaris wel waar de gegevens te vinden zijn, maar is dit niet vastgelegd.

#### *Goede praktijken*

Zoals hierboven reeds is gemeld, leggen enkele instellingen vast waar de gegevens per indicator worden geregistreerd. Hierbij wordt tevens genoteerd wie verantwoordelijk is voor de vastlegging van deze gegevens en wanneer er een update plaatsvindt. Het is niet wenselijk om subregistraties te creëren wanneer de gegevens al in de basisregistratie zitten. Argus (een tool van PinkRoccade) kan enkele prestatie indicatoren koppelen met de basisadministratie, maar het werkt in de praktijk niet of nauwelijks.

### **4.3.3 Benoemen van diegenen die registreren**

#### *Knelpunten*

Een groot knelpunt in deze processtap is dat de professionals die moeten registreren, door de administratieve druk weinig tijd hebben. Tevens worden de kwaliteitsgegevens onvoldoende teruggekoppeld waardoor professionals onvoldoende leren uit het registreren van kwaliteitsinformatie.

#### *Goede praktijken*

Door registratie aan de bron (DBC registratie) worden de professionals zo min mogelijk belast. Men dient toch al te registreren voor de DBC facturatie. Wanneer de kwaliteitsgegevens zoveel mogelijk uit de DBC registratie worden afgeleid, worden de professionals zo min mogelijk belast.

### *Hoe verder verbeteren?*

Door de professionals periodiek de kwaliteitsgegevens terug te koppelen, ontstaat er een bewustzijn van het nut en de noodzaak van het registreren van kwaliteitsgegevens. Frequenter

(maandelijks) en sneller (gegevens van de vorige maand) terugkoppelen vergroot betrokkenheid.

#### **4.3.4 Borging van kwaliteit door kwaliteitsfunctionarissen**

Binnen de GGZ wordt de borging van kwaliteit door kwaliteitsfunctionarissen goed uitgevoerd.

#### **4.3.5 Instructie van diegenen die registreren**

De professionals registreren reeds in het DBC registratiesysteem. Omdat het voor de instellingen belangrijk is dat dit goed gebeurt (zodat ook juist gefactureerd kan worden), wordt voorzien in training en instructie. Het verdient echter aanbeveling om ten aanzien van het belang van de registratie van kwaliteitsgegevens professionals bewuster te laten worden en trainingen verplicht te laten volgen.

#### **4.3.6 Registreren van gegevens**

##### *Knelpunten*

Een knelpunt bij deze processtap, is het feit dat de beschikbare applicaties het registratieproces niet altijd adequaat ondersteunen. Wanneer er een probleem wordt gesignaleerd in het softwaresysteem, kunnen softwareleveranciers deze vaak niet snel oplossen. Hierdoor zijn instellingen genoodzaakt zelf oplossingen te vinden, door bijvoorbeeld gebruik te maken van Excel of queries. Bij de softwareleveranciers is veel capaciteit gaan zitten in het laten functioneren van de registratie en validatiemodules van de DBC systematiek. Door de intensiteit van de stelselwijzigingen zijn veel aanpassingen in de ICT nodig, waardoor softwareleveranciers niet meer adequaat aan de vragen van de instellingen tegemoet kunnen komen (onder andere door gebrek aan capaciteit).

Een ander knelpunt in de registratie van kwaliteitsgegevens is dat er geen prioriteit wordt gegeven aan kwaliteitsgegevens. Er wordt in eerste instantie gestuurd op juiste DBC registratie voor facturatie. Wanneer er dan toevallig al iets is geregistreerd in de basisregistratie voor de kwaliteitsindicatoren heeft men geluk. In sommige instellingen vindt de registratie van kwaliteitsgegevens nog handmatig en/of op papier plaats.

Een derde en tevens groot knelpunt is het gebrek aan medewerking aan en compliance van het registratieproces. De registratieprocedure voor kwaliteitsgegevens zit bij mensen (nog) niet in hun systeem.

##### *Goede praktijken*

Een voorbeeld van een goede praktijk is wanneer de aangeleverde kwaliteitsgegevens ook in de eigen instelling worden gebruikt als managementinformatie en/of ter kwaliteitsverbetering. Professionals zien hierdoor het belang in van het registreren van kwaliteitsgegevens.

##### *Hoe verder verbeteren?*

Het zou voor de registratie van kwaliteitsgegevens helpen wanneer men kwaliteitsgegevens uit een bronsysteem kan destilleren. Tevens is verbinding van Zichtbare Zorg indicatoren met het eigen interne proces is belangrijk. Integratie van het interne proces en kwaliteitsindicatoren kan door het koppelen van een datawarehouse aan het EPD, want behandelaren registreren in een EPD.

De respondenten geven aan dat het aanpassen van software door de softwareleveranciers een traag proces is. Een aantal GGZ-instellingen start binnenkort in samenwerking met GGZ Nederland een landelijke aanbesteding voor een model-EPD, het zogenaamde referentie-epd of REPD. Het heeft de aanbeveling om hierin als eis mee te nemen dat de softwareleverancier snel kan inspelen op de wensen van de klant.

Ten aanzien van het knelpunt 'gebrek aan medewerking aan en compliance van het registratieproces', zou het inbouwen van real time controles in het registratiesysteem helpen. Zo kan men namelijk controleren of voldoende is geregistreerd en direct corrigeren.

### 4.3.7 Verzamelen van gegevens

#### *Knelpunten*

Voor de kwaliteitsindicatoren wordt veelal geput uit het EPD. Er zijn echter gegevens die niet uit het EPD gehaald kunnen worden. Hierdoor moeten uiteindelijk de gegevens voor de kwaliteitsindicatoren handmatig worden samengevoegd en moeten er nog veel bewerkingen worden uitgevoerd voordat de gegevens compleet zijn en kunnen worden aangeleverd. Momenteel kunnen de indicatoren niet standaard uit de bronsystemen komen, men moet er queries overheen leggen.

#### *Goede praktijken*

In een enkel geval beschikt een GGZ instelling over een datawarehouse waarin de gegevens voor onder andere de indicatoren worden verzameld.

#### *Hoe verder verbeteren?*

Om het proces van gegevensverzameling voor de indicatoren zo eenvoudig mogelijk te maken, is het aan te bevelen een datawarehouse aan te schaffen. Gegevens voor Zichtbare Zorg zouden zo automatisch kunnen worden gegenereerd. Tevens zou een verbetering zijn om de EPD's aan te sluiten op Zichtbare Zorg in samenwerking met de softwareleveranciers. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van queries, zou het goed zijn deze te standaardiseren en instructie te verschaffen, zodat er zo geen variatie ontstaat tussen instellingen op het gebied van definitie en interpretatie. Uiteindelijk komt dit ook de vergelijkbaarheid van de output ten goede.

### 4.3.8 Interne audit, controle gegevens op basis van steekproeven

#### *Knelpunten*

In de instellingen vindt vaak wel een controle plaats op juistheid en volledigheid van de gegevens, maar dit betreft veelal de gegevens voor de DBC facturatie. Grofweg 90% van de DBC gegevens wordt dan wel gebruikt voor de kwaliteitsindicatoren, maar de controle op de kwaliteitsgegevens vindt nog te globaal plaats.

#### *Goede praktijken*

-

#### *Hoe verder verbeteren?*

Door het uitvoeren van statistische steekproeven op de kwaliteitsregistratie.

### 4.3.9 Aanleveren van gegevens

#### *Knelpunten*

Wanneer de kwaliteitsindicatoren worden aangeleverd aan Zichtbare Zorg, werkt dit niet altijd goed. Soms zijn de gegevens wel degelijk aangeleverd door de instelling, maar krijgt men vanuit Zichtbare Zorg de melding dat nog niet is aangeleverd.

#### *Goede praktijken*

-

#### *Hoe verder verbeteren?*

Aan de kant van Zichtbare Zorg is het wenselijk dat het aanleveren van de indicatoren een soepel proces is.

Tevens verdient het aanbeveling om als Zichtbare Zorg altijd te reageren wanneer aangeleverd is, niet alleen bij afwijkingen. Zo is het voor de instelling helder of de aanlevering goed of niet goed is verlopen.

### 4.3.10 Schonen + bewerken van gegevens en berekenen van indicatoren

#### *Knelpunten*

De schoningsregels van Zichtbare Zorg zijn lastig te vinden. Deze zouden duidelijk op de portal gezet moeten worden, zodat een instelling kan controleren waarop wordt geschoond.

#### *Goede praktijken*

-

#### *Hoe verder verbeteren?*

Het zou handig zijn om gelijk controles in te zetten bij de aanlevering van kwaliteitsgegevens (een validatiemodule). Tevens een print-out op papier en digitaal, zodat de resultaten verwerkbaar zijn en direct teruggekoppeld kunnen worden. Momenteel ontvangen de instellingen alleen een bestand in Pdf formaat.

#### **4.3.11 Autoriseren / accorderen van indicatoren**

##### *Knelpunt*

Het is niet helder waar men moet accorderen voor het gebruik van indicatoren voor andere partijen. Het wordt nu aangeleverd aan Zichtbare Zorg en vervolgens aan TTP's.

#### **4.3.12 Aanleveren van indicatoren aan externe partijen**

##### *Knelpunten*

Een knelpunt dat door een aantal instellingen genoemd wordt is het gebruiken danwel misbruiken van de kwaliteitsindicatoren door de zorgverzekeraars. Er worden door Zichtbare Zorg nog geen normen gekoppeld aan de kwaliteitsindicatoren, maar de zorgverzekeraars doen dit al wel. Een instelling wordt vervolgens door de zorgverzekeraar afgerekend op normen waar niet altijd aan is te voldoen.

##### *Goede praktijken*

-

##### *Hoe verder verbeteren?*

-

## 5 Ideaaltypische situatie

In de werksessie van 4 december jongstleden is met vertegenwoordigers van verschillende GGZ instellingen gebrainstormd over de ideaaltypische situatie voor de registratie van kwaliteitsgegevens. Elementen die hierbij naar voren kwamen zijn:

1. Registratie van kwaliteitsgegevens is direct gekoppeld aan het primaire proces en onderdeel van een geïntegreerd systeem
2. Informatie wordt maar één maal vastgelegd en zo vaak als nodig hergebruikt.

Wanneer de kwaliteitsindicatoren afgeleid worden uit de basale registratie, scheelt dit in extra handmatige bewerkingen.

3. Kwaliteitsinformatie en kwaliteitsindicatoren worden gebruikt om primaire proces te verbeteren en daarnaast om interne (o.a. cliënten / patiënten) en externe (o.a. overheden, zorgverzekeraars) belanghebbenden te informeren

Het primaire doel van kwaliteitsindicatoren is procesverbetering; externe verantwoording is het secundaire doel. Het komt nu nog wel eens voor dat externe partijen geen gepast gebruik maken van de kwaliteitsregistratie, bijvoorbeeld door een normering te koppelen aan de kwaliteitsindicatoren.

4. Er wordt gebruik gemaakt van toegankelijke registratiesystemen waarbij het borgingsmechanisme reeds in de software ingebouwd zit (fool-resistant) waardoor logische checks en controls mogelijk zijn. Tevens is er aanwezigheid van verplichte velden in de registratie (zonder invulling van dat veld kan men niet verder in het systeem).
5. De kwaliteitsindicatoren zijn helder en eenduidig gedefinieerd.
6. Een evenwichtige rapportage van de kwaliteitsindicatoren is bepalend voor de kwaliteit van de registratiepraktijk.
7. De Raad van Bestuur is gecommitteerd aan de kwaliteitsgegevens
8. Goed geïnstrueerde professionals, met inzicht in de werking en het doel van de registratie en continue sturing hierop
9. De kwaliteit van de registratie en het registratieproces komt terug in de managementrapportage
10. Tussen de indicatoren worden de juiste correlaties gelegd
11. Kwaliteitsinformatie en kwaliteitsindicatoren zijn op ieder gewenst moment met weinig inspanning opvraagbaar en worden toegankelijk gepresenteerd

12. Het aantal externe veranderingen/eisen dat aan de registratie wordt gesteld, wordt beperkt en pas opgelegd nadat softwareleveranciers de tijd hebben gehad die veranderingen in de systemen te verwerken, te testen in de productie bij de instellingen te brengen. Alles uiteraard binnen tevoren afgesproken termijnen.

## 6 Krachtenveldanalyse

In de werksessie op 4 december is een krachtenveldanalyse uitgevoerd. Hierbij wordt ingegaan op de krachten die meewerken (enablers) en de krachten die tegenwerken (barriers) om te komen tot de ideaaltypische situatie.

### 6.1 *Welke krachten helpen om tot de ideaaltypische registratiepraktijk te komen (enablers)?*

Tijdens de werksessie zijn de volgende krachten, die helpen om tot de ideaaltypische registratiepraktijk te komen, naar voren gekomen:

- Controls in software

Wanneer er in de software diverse elementen worden ingebouwd om gegevens eenmalig te registreren en extraheren, scheelt dit een hoop dubbel werk.

- Verbetering kwaliteitsindicatoren

De huidige set kwaliteitsindicatoren zijn op bepaalde punten nog niet optimaal. Definities zijn onduidelijk of niet eenduidig en van sommige aspecten zijn gegevens (nog) niet voorhanden. Wanneer de set kwaliteitsindicatoren helder, eenduidig en concreet wordt geformuleerd, zou dit helpen tot een goede registratiepraktijk te komen. Hierbij is het ook van belang dat de gehanteerde indicatoren relevant zijn voor alle organisaties binnen de GGZ sector en dat waar nodig gedifferentieerde indicatorensets ontwikkeld worden.

- Publicaties/ voorlichting nut van kwaliteitsregistratie

Door meer te publiceren over het nut en noodzaak van kwaliteitsregistratie en - indicatoren, ontstaat een grotere bewustwording van het belang van de indicatoren en registratie.

- Incentives op goede registratiepraktijk
- Beperk de omvang van de set indicatoren
- Toegankelijkheid/ visuele aantrekkelijkheid verhogen
- Toepassing kwaliteitsindicatoren voor onderzoek en nieuwe inzichten

### 6.2 *Welke krachten werken tegen (barriers)?*

- Te veel te snel nieuwe kwaliteitsindicatoren
- Onevenwichtige publicaties

Momenteel worden aan de kwaliteitsindicatoren nog geen landelijke normen gekoppeld. Maar in sommige gevallen geven zorgverzekeraars zelf al een normering aan de

kwaliteitsindicatoren. Dit ontmoedigt de registratie van de indicatoren en werkt 'window dressing' in de hand.

- Prioriteiten/ attitude van behandelaren
- Gebrek aan focus: op teveel zaken willen sturen
- Onverschilligheid/ gebrek aan urgentiebesef bij medewerkers
- Gebrek aan mogelijkheden om software snel aan te (laten) passen

Het aanpassen van software gaat traag. Softwareleveranciers kunnen de vraag vaak niet direct oplossen, waardoor een knelpunt lang blijft bestaan.

Een aantal instellingen in samenwerking met GGZ Nederland is momenteel bezig met een landelijke aanbesteding voor het ontwikkelen van een EPD. In de eisen van de aanbesteding kan men als tevens als eis stellen dat de softwareleverancier snel op veranderingen, klachten en vragen moet kunnen inspelen.

## **7 Conclusies en samenvatting**

### **7.1 *Bevindingen ten aanzien van het registratiemodel***

Het in het onderzoek gebruikte registratiemodel is goed toepasbaar gebleken binnen de sector. Wel zijn er naar aanleiding van de bijeenkomst op 4 december nog enkele kleine aanpassingen doorgevoerd in het registratiemodel. Het betreft de omschrijving van stap 3B (Borging kwaliteit is veranderd in Borging registratieproces) en de opmerking dat stap 10 voor wat betreft het autoriseren (vaststellen) van gegevens (idealiter) ook voorafgaand aan stap 8, dus voorafgaand aan aanlevering, kan plaatsvinden.

### **7.2 *De belangrijkste kenmerken van de huidige situatie***

Het blijkt dat de registratie van kwaliteitsgegevens binnen de GGZ over het algemeen al redelijk verloopt. Aan belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van processtappen wordt deels of bijna volledig voldaan. Er is echter nog wel ruimte voor verbetering, met name op het vlak van het registreren en verzamelen van kwaliteitsgegevens. Binnen de GGZ wordt voornamelijk geregistreerd voor de DBC facturatie en 90% van de gegevens daarvan kunnen ook worden gebruikt voor de kwaliteitsindicatoren. Veelal zijn hiervoor nog (handmatige) bewerkingen nodig en zou het makkelijker zijn wanneer de gegevens uit één database kunnen worden geëxtraheerd. Daarbij speelt ook dat het belang van (het registreren van) de kwaliteitsindicatoren nog niet voldoende helder is in de organisaties. Hierdoor en omdat administratie als noodzakelijk kwaad wordt gezien staat het registreren van kwaliteitsindicatoren niet op de prioriteitenlijst van de professionals. Er blijkt een grote verscheidenheid te bestaan in systemen dat wordt gebruikt voor de registratie van gegevens. Wanneer een instelling haar systeem wil of moet aanpassen, vanwege externe eisen, c.q. nieuwe wet- en regelgeving, blijkt dit vaak op korte termijn niet mogelijk door capaciteitsproblemen aan de kant van de softwareleverancier of door onduidelijkheid bij de gestelde eisen.

### **7.3 *De 'ideaaltypische' registratiepraktijk***

In hoofdstuk 5 is een beeld geschetst van de ideaaltypische registratiepraktijk. Voor de GGZ betekent dit: een helder gedefinieerde set kwaliteitsindicatoren, waarvan duidelijk is waar de gegevens vandaan gehaald moeten worden. De software ondersteunt hierin adequaat, door een directe koppeling van kwaliteitsgegevens aan het primaire proces. Gegevens hoeven maar één keer te worden ingevoerd en de kwaliteitsinformatie wordt zowel intern als extern gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Als er binnen de instelling sprake is van een gecommitteerde Raad van Bestuur en goed geïnstrueerde professionals, met inzicht in de werking en het doel van de registratie en continue sturing hierop, zou dit al flink bijdragen aan de kwaliteit van registratie.