



Betrouwbaar registreren

Eindrapportage eerste deelproject:

*“Onderzoek naar de registratie van
kwaliteitsgegevens in vier zorgsectoren”*

**Een onderzoek uitgevoerd door Ernst & Young
in opdracht van het programmabureau Zichtbare
Zorg**

Samenvatting

Inleiding

Betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens¹ is een noodzakelijke voorwaarde voor transparantie. Investerings die worden gedaan om kwaliteit valide te meten, vergelijkbaar te maken en / of op begrijpelijke wijze te communiceren, verliezen hun waarde indien de gebruikers van kwaliteitsgegevens, twifelen aan de betrouwbaarheid van deze gegevens.

De vier stuurgroepen voor de intramurale sectoren uit het programma Zichtbare Zorg hebben in 2008 opdracht gegeven voor een vooronderzoek naar het betrouwbaar (juist, volledig en tijdig) registreren van kwaliteitsgegevens door de zorgaanbieders. In het vooronderzoek 'Voorkomen is beter dan genezen' is in 2008 met een groot aantal betrokkenen uit de vier² intramurale sectoren een analyse uitgevoerd naar de grootste risico's ten aanzien van de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens. Het onderzoek werd afgerond met 21 aanbevelingen voor het beheersen van 69 risico's ten aanzien van de betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens.

In 2009 hebben de stuurgroepen Zichtbare Zorg voor deze vier sectoren de opdracht gegeven tot het uitwerken van de aanbevelingen in een project. Dit project is opgedeeld in zes deelprojecten. Uiteindelijk kan het project 'Betrouwbaar Registreren' in 2015 resulteren in betrouwbare- en extern gewaarmerkte kwaliteitsverantwoording door zorgaanbieders (externe toetsing).

Het voorliggende rapport is het resultaat van het eerste deelproject. De uitvoering van de zes deelprojecten is gericht op een betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens in 2015. De betrouwbaarheid van registratie kan in dat jaar worden vastgesteld door een externe en onafhankelijke partij. Deze partij kan een verklaring over de betrouwbaarheid van de registratie afgeven op basis van de inrichting van de organisatie, registratiesystemen en interne controles die door de instellingen zijn aangebracht met behulp van de analyses, kaders en producten uit de verschillende deelprojecten.

Doelstelling van het eerste deelproject is het ontwikkelen van gevalideerde modellen die het kader vormen waarbinnen de zorgaanbieders de administratieve organisatie en interne controle (AO /IC) rond het meten, vastleggen en verzamelen van kwaliteitsgegevens kunnen verbeteren. De focus lag in het onderzoek op de registratieprocessen in vier sectoren voor kwaliteitsgegevens voor de voor 2009, door de verschillende stuurgroepen Zichtbare Zorg, vastgestelde indicatoren.

¹ In dit rapport wordt zoveel mogelijk gesproken over gegevens in plaats van over informatie. Dit vanuit het uitgangspunt dat informatie pas ontstaat op het moment dat gegevens een betekenis hebben voor de ontvanger. Gegevens vormen dus de basis voor informatie.

² Ziekenhuiszorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging & thuiszorg.

Dit rapport bestaat uit drie delen.

Deel I: Onderzoeksopzet

In deel I wordt de onderzoeksopzet nader uitgewerkt. Dit onderzoek is gebaseerd op een studie van de stand der wetenschap aangaande Bestuurlijke informatievoorziening (BIV) en 'Administratieve Organisatie' en 'Interne Controle' (AO/IC) met betrekking tot (kwaliteits)gegevens. Het theoretisch onderzoek is gecombineerd met een uitgebreid praktijkonderzoek bij 44 zorgaanbieders. Dit praktijkonderzoek bestond uit interviews op basis van gestructureerde vragenlijsten, werkbezoeken en een werkconferentie.

Deel II: Ontwikkelde modellen

In deel II worden de in het kader van dit onderzoek ontwikkelde modellen toegelicht. Het betreft een procesmodel, een registratiemodel en een groeimodel.

Procesmodel

Als tussenproduct in de ontwikkeling van het registratiemodel is een procesmodel ontwikkeld. Het procesmodel vormt de structuur voor het registratiemodel en visualiseert de belangrijkste stappen in de betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens binnen zorgaanbieders. Deze structuur voor de beheersing van risico's ten aanzien van de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitgegevens is gebaseerd op ervaringen met registraties van diverse typen gegevens zowel binnen als buiten de sector gezondheidszorg alsmede literatuur over AO/IC.

Registratiemodel

In het registratiemodel zijn alle stappen en maatregelen die een zorgaanbieder dient te zetten om tot betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens te komen gekoppeld aan het procesmodel. Het registratiemodel is daarmee te zien als een normatief kader waarbinnen de processtandaarden (deelproject twee) en specificaties voor de registratiesoftware (deelproject drie) kunnen worden uitgewerkt. Het registratiemodel is mede gebaseerd op de ideeën van de deelnemende zorgaanbieders aan dit onderzoek over de gewenste registratiepraktijk.

Groeimodel

Het groeimodel is geïnspireerd op het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) model en toont drie fasen van maturiteit ten aanzien van de registratie van kwaliteitsgegevens door zorgaanbieders. In de derde fase van maturiteit is de zorgaanbieder georganiseerd volgens het registratiemodel. Er bestaat binnen- en tussen iedere sector een grote variatie in de mate waarin de zorgaanbieders aan de onderdelen van het registratiemodel voldoen en daarmee de voorwaarden hebben vervuld waarmee betrouwbare kwaliteitsregistraties zijn geborgd. Aan de hand van het groeimodel kan iedere zorgaanbieder zelf beoordelen in hoeverre hij al voldoet aan het normatieve kader dat is beschreven in het registratiemodel.

Alle drie de modellen zijn gevalideerd en getoetst op hun toepasbaarheid in de vier sectoren. Deze toetsing is gebaseerd op interviews en werkconferenties met vertegenwoordigers van elf zorgaanbieders per sector.

Een uitkomst uit het vooronderzoek uit 2008 was het inzicht dat de risico's en de beheersingsmaatregelen in de vier sectoren met elkaar overeen kwamen. Dit inzicht is opnieuw bevestigd in dit onderzoek. Daarnaast is tijdens dit onderzoek gebleken dat alle deelnemende zorgaanbieders hetzelfde registratiemodel voor hun sector als de ideale eindsituatie beschouwden. Dit is dan ook de reden dat, ondanks dat er sprake is van vier verschillende sectoren, toch één procesmodel, één registratiemodel en één groeimodel kon worden ontwikkeld.

Deel III: Huidige registratiepraktijk

In deel III wordt de huidige registratiepraktijk beschreven. Hierbij zijn vier analyses van de registratiepraktijk gemaakt: een analyse over de vier sectoren heen, een analyse per sector, een analyse op basis van het registratiemodel en een analyse op basis van het groeimodel.

We concluderen dat er grote verschillen tussen individuele zorgaanbieders in de volwassenheid van het registratieproces tussen en binnen de vier sectoren bestaan. Bijvoorbeeld op aspecten als registratie per aandoening of per thema, registratie op papier of digitaal, diversiteit in Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) systemen, continue registratie of registratie in 'meetweken', gebruik van kwaliteitsgegevens als basis voor interne stuurinformatie of uitsluitend als basis voor externe verantwoording. Er zijn dus duidelijke verschillen.

Onze conclusie is, op basis van dit onderzoek, dat de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens in de vier sectoren matig is te noemen. In geen van de vier sectoren lijken de reeds getroffen beheersmaatregelen om tot betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens te komen nog afdoende te zijn.

Implicaties van dit onderzoek voor vervolgprojecten

Na afronding van het eerste deelproject volgen, na besluitvorming door iedere stuurgroep, nog vijf deelprojecten. In dit rapport is voor deze deelprojecten de basis gelegd.

Het tweede deelproject zal zich richten op de ontwikkeling van processtandaarden. De beheersingsmaatregelen uit het registratiemodel worden in dit deelproject geconcretiseerd.

Het derde deelproject betreft de ontwikkeling van ICT specificaties voor de registratie van kwaliteitsgegevens. Het derde deelproject zal vooral verder bouwen op de inzichten over de huidige registratiepraktijk die staan beschreven in deel III van deze rapportage. De kern van dit inzicht betreft het feit dat de vastlegging van kwaliteitsgegevens in ICT systemen het primaire zorgproces dient te volgen.

De overeenkomsten en verschillen tussen de sectoren motiveren zowel een op maat gemaakt aanpak voor de iedere sector als een goede coördinatie over de sectoren heen in de vervolgprojecten.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Belang van gegevens over kwaliteit van zorg	7
1.2	Gebruik van prestatie-indicatoren	7
1.3	Belang van betrouwbare kwaliteitsgegevens	7
1.4	Doel van dit onderzoek	8
1.5	De noodzaak van dit onderzoek	9
1.6	Leeswijzer	13
Deel I: Onderzoeksopzet		15
2	Onderzoeksaanpak	16
2.1	Inleiding	16
2.2	Uitvoering van het onderzoek	16
2.3	Selectie van zorgaanbieders	18
3	Belangrijkste resultaten van het onderzoek	22
3.1	Inleiding	22
3.2	Samenhang resultaten onderzoek	22
3.3	Verantwoording procesmodel	22
3.4	Verantwoording registratiemodel	25
3.5	Verantwoording groeimodel	28
3.6	Toepasbaarheid van de ontwikkelde modellen	28
Deel II: Ontwikkelde modellen		31
4	Procesmodel registratie van kwaliteitsgegevens	32
4.1	Inleiding	32
4.2	Toelichting per processtap	32
4.3	Beheersmaatregelen gerelateerd aan het procesmodel	35
5	Registratiemodel betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens	38
5.1	Inleiding	38
5.2	Uitwerking registratiemodel	38
6	Groeimodel registratie van kwaliteitsgegevens	43
6.1	Inleiding	43
6.2	Beschrijving van het groeimodel	43
6.3	Ontwikkeling van de registratiepraktijk	47
Deel III: Huidige registratiepraktijk		49
7	Huidige registratie van kwaliteitsgegevens in vier sectoren	50
7.1	Inleiding	50
7.2	Ervaring van zorgaanbieders	50
7.3	Registratie ten behoeve van indicatorensets 2009	51
7.4	Verschillen in registratievolwassenheid	53

7.5	Manifestatie belangrijkste risico's 'Voorkomen is beter dan genezen'	54
8	Huidige registratie van kwaliteitsgegevens per sector	59
8.1	Inleiding	59
8.2	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	59
8.3	Huidige situatie sector Gehandicaptenzorg (GHZ)	61
8.4	Huidige situatie sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T)	63
8.5	Huidige situatie Ziekenhuiszorg (ZKZ)	63
9	De huidige situatie ten opzichte van het registratiemodel	67
9.1	Inleiding	67
9.2	Beschrijving huidige situatie per processtap	69
10	De huidige situatie ten opzichte van het groeimodel	78
10.1	Inleiding	78
10.2	Organisatie van registratie van kwaliteitsgegevens	78
10.3	Registratie van kwaliteitsgegevens	79
10.4	Gebruik van kwaliteitsgegevens	80
11	Conclusies betrouwbaarheid van kwaliteitsregistraties	81
11.1	Inleiding	81
11.2	Betrouwbaarheid op basis van zelfevaluatie	81
11.3	Betrouwbaarheid op basis van interviews, werkbezoeken en werksessies	81
11.4	Betrouwbaarheid op basis van vergelijking met risico's	81
12	Implicaties van dit onderzoek voor vervolgprojecten	83
12.1	Inleiding	83
12.2	Relatie met deelproject 2. Ontwikkeling processtandaarden	83
12.3	Relatie met deelproject 3. Ontwikkeling ICT specificaties	84
Bijlage		
Respondenten, onderzoekers, begeleidingscommissie en interne stuurgroep		87
Respondenten		87
Onderzoekers		89
Begeleidingscommissie		89
Interne stuurgroep		90

1 Inleiding

1.1 *Belang van gegevens over kwaliteit van zorg*

Al enige jaren wordt er in Nederland gewerkt aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg en van verschillen in kwaliteit is essentieel voor de werking van het in 2006 ingevoerde nieuwe zorgstelsel. Het inzichtelijk maken van kwaliteit van gezondheidszorg is niet alleen van belang voor de patiënt/cliënt die mede op basis van deze gegevens een keuze kan maken voor een zorgaanbieder, maar ook voor de zorgaanbieder zelf die deze gegevens kan gebruiken om haar organisatie te verbeteren. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een belang bij kwaliteitsgegevens bij het inkopen van zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft kwaliteitsgegevens nodig om toezicht te kunnen houden op kwaliteit en veiligheid van zorg en het Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (VWS) heeft kwaliteitsgegevens nodig voor vorming en toetsing van beleid.

1.2 *Gebruik van prestatie-indicatoren*

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg transparant te maken en daarmee invulling te geven aan wettelijke vereisten betreffende (verantwoording over) kwaliteit van zorg, hebben in elke sector zorgaanbieders, verzekeraars, PGO³-organisaties en de IGZ de handen ineen geslagen. Zij stellen gezamenlijk vast over welk aanbod de kwaliteit zichtbaar moet worden en zij zien er op toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Het resultaat is dat er in iedere sector een breed gedragen set openbaar gepubliceerde gegevens in de vorm van prestatie-indicatoren over de kwaliteit van de geleverde zorg wordt vastgesteld. Onder andere om de zorgsectoren te ondersteunen bij het ontwikkelen van zorginhoudelijke prestatie-indicatoren heeft de IGZ in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) het programma (bureau) Zichtbare Zorg opgericht.

1.3 *Belang van betrouwbare kwaliteitsgegevens*

De kwaliteitswet zorginstellingen⁴ schrijft (in artikel 4, lid 2a) voor dat een zorgaanbieder zorg draagt voor 'het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg'. In een ministeriële regeling op basis van de wet toelating zorginstellingen (WTZi) is bepaald dat de kwaliteitsgegevens die aan het jaardocument maatschappelijke verantwoording dient te worden toegeleverd, betrouwbaar en vergelijkbaar dienen te zijn. Een vergelijkbare kwaliteitseis voor kwaliteitsgegevens voor alle zorgaanbieders is opgenomen in de wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). In deze wetten wordt deze kwaliteitseisen niet verder uitgewerkt, maar het is duidelijk dat de wetgever belang hecht aan betrouwbare kwaliteitsgegevens. Ook zorgaanbieders hechten veel waarde aan betrouwbare kwaliteitsgegevens. Zorgaanbieders willen immers voor hun interne sturing op kwaliteit van zorg over betrouwbare (juistheid, volledigheid en tijdigheid) kwaliteitsgegevens beschikken.

³ Patiënten, gehandicapten en ouderen.

⁴ http://www.st-ab.nl/wetten/0174_Kwaliteitswet_zorginstellingen.htm.

Vergelijkbare en betrouwbare gegevens over de zorgprestaties van zorgaanbieders is voorts een vereiste om kwaliteit van zorg en verschillen in deze kwaliteit zichtbaar te maken. Zorgaanbieders willen daarbij niet vergeleken worden met andere zorgaanbieders die onbetrouwbaar registreren en zij willen geen reputatieschade oplopen doordat bijvoorbeeld een externe toezichthouder vaststelt dat de eigen kwaliteitsmeting onbetrouwbaar is of was.

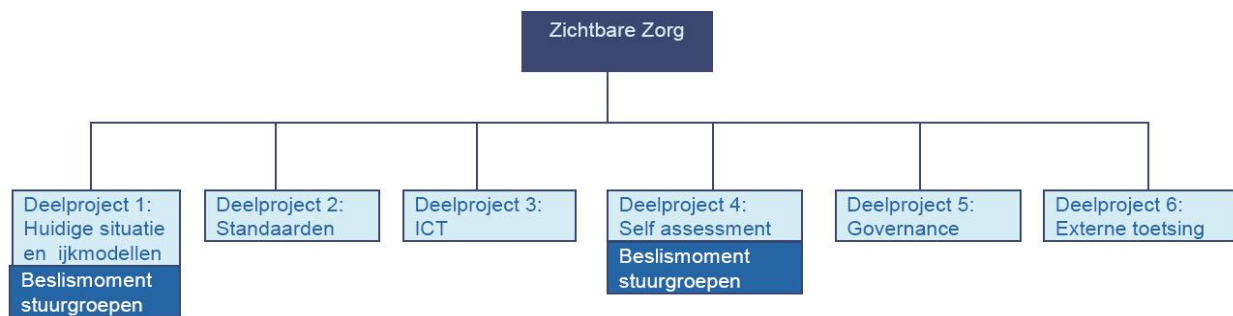
1.4 Doel van dit onderzoek

Bij het toewerken naar betrouwbare registraties werkt het programmabureau Zichtbare Zorg van grof naar fijn. Zichtbare Zorg is in 2008 gestart met een brede verkenning van risico's en beheersingsmaatregelen ten aanzien van betrouwbaarheid van registratie ('Voorkomen is beter dan genezen'). De stuurgroepen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Gehandicaptenzorg (GHZ), Verpleging, Verzorging & Thuiszorg' (VV&T) en Ziekenhuiszorg (ZKZ) besloten in het voorjaar van 2009 te laten onderzoeken hoe (intramurale) zorgaanbieders geholpen kunnen worden bij het betrouwbaar registreren van hun kwaliteitsgegevens. Het programmabureau Zichtbare Zorg heeft Ernst & Young vervolgens, na een aanbestedingsprocedure, in september 2009 gevraagd onderzoek te doen naar 'de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens in vier sectoren'.

Het doel van dit onderzoek is tweeledig⁵:

1. Het onderzoeken van de wijze waarop de registratie van kwaliteitsgegevens⁶ 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 kwaliteitsgegevens per sector.

Binnen het project 'Betrouwbaar registreren' worden vooralsnog zes deelprojecten onderscheiden, waarvan dit onderzoek Deelproject één vormt. Deze zes deelprojecten hangen logisch met elkaar samen. Navolgende figuur (figuur één) toont deze samenhang tussen de onderscheiden deelprojecten.



Figuur 1. Samenhang tussen de verschillende deelprojecten⁷.

Deelproject één heeft vooral tot doel de huidige stand van zaken betreffende de registratie van kwaliteitsgegevens te beschrijven en een registratiemodel (ook wel 'ijkmodel' of 'referentiemodel' genoemd) te ontwikkelen. Deelproject één is nodig om de andere deelprojecten te definiëren. Voor deelproject twee levert dit onderzoek directe input. Het registratiemodel kan in deelprojecten twee en drie worden uitgewerkt in processtandaarden en ICT specificaties. Vervolgens kan een 'self assessment' instrument voor interne toetsing worden ontwikkeld. Dit wordt gevolgd door de ontwikkeling van een interne Governance die nodig is om de toetsing op de naleving van de processtandaarden zoveel mogelijk door zorgaanbieders zelf te laten uitvoeren (interne auditing). Uiteindelijk kan het project

⁵ Beschrijvend document onderzoek naar de registratie van kwaliteitsgegevens in vier sectoren, 2 juli 2009.

⁶ Wanneer in deze rapportage wordt gesproken over 'kwaliteitsgegevens' worden hiermee de gegevens bedoeld die benodigd zijn om de indicatorensets 2009 te berekenen voor de vier sectoren van dit onderzoek.

⁷ Ook bij deelprojecten 5 en 6 zijn op dit moment beslismomenten voor de stuurgroepen voorzien.

'Betrouwbaar Registreren' in 2015 resulteren in betrouwbare en extern gewaarmerkte kwaliteitsverantwoording door zorgaanbieders (externe toetsing).

1.5 De noodzaak van dit onderzoek

Ondanks dat er in de vier sectoren al jarenlang (lang voor de komst van het programma Zichtbare Zorg) kwaliteitsgegevens worden geregistreerd, ontbrak het tot dusverre aan uniforme kaders voor de registratie van kwaliteitsgegevens. Gevolg hiervan is dat het voor gebruikers van kwaliteitsgegevens als cliënten/patiënten, overheden en zorgverzekeraars op dit moment niet duidelijk is in hoeverre de door zorgaanbieders geleverde kwaliteitsgegevens betrouwbaar zijn.

De vraag laat zich stellen waarom de jarenlange traditie van verschillende registraties binnen instellingen niet voldoende waarborgen oplevert voor het betrouwbaar registreren van kwaliteitsgegevens ten behoeve van indicatoren. Het inzicht bestaat dat de bestaande normen, registratiemodellen en processtandaarden voor huidige registraties onvoldoende waarborgen bieden voor de betrouwbaarheid van kwaliteitsgegevens. Dit inzicht is gebaseerd op een analyse van waarborgen bij een groot aantal bestaande registratiesystemen.

Kaderregelingen AO/IC

Belangrijke registratienormen voor de gezondheidszorg zijn beschreven in de kaderregelingen AO / IC⁸. In deze kaderregelingen is onder meer aandacht voor de volgende zaken:

1. een beschrijving van de AO/IC rondom facturatie en registratie van financiële gegevens: speciale aandacht voor de beheersing van de risico's;
2. integriteit van de gebruikte data: geautomatiseerd, maar ook op papier (dossiers);
3. interne audits: toetsing van AO/IC maatregelen rond facturatie en registratie;
4. adequate rapportage aan bestuur: voldoende onderbouwd om een verklaring omtrent betrouwbaarheid van de registratie van productiegegevens te kunnen geven;
5. bepaling in hoeverre de huidige AO/IC beschrijvingen risico's op het gebied van facturatie en registratie voldoende afdekken. Op basis van de beschrijvingen zal een risico-inventarisatie gemaakt moeten worden die zal bepalen waar aanpassingen / oplossingen nodig zijn.

⁸ Administratieve Organisatie / Interne Controle.

Deze kaderregelingen beperken zich dus tot de AO/IC van de registratie van (financiële) gegevens ten behoeve van de facturatie. Het mag duidelijk zijn dat de registratie van deze gegevens voor een klein deel overeenkomt met de registratie van gegevens die voor de berekening van kwaliteitsindicatoren nodig zijn. De AO/IC principes zijn weliswaar ook van toepassing op de registratie van kwaliteitsgegevens, maar maken een andere invulling noodzakelijk omdat de aard en doelstelling van de twee soorten registraties sterk verschillen.

Deelregistraties van kwaliteitsgegevens en kwaliteitsnormering

Binnen de vier sectoren bestaat jarenlange ervaring met de registratie van kwaliteitsgegevens op deelgebieden. Een aantal bekende registraties zijn LPZ⁹, RAI¹⁰, ROM¹¹, LMR¹² / LAZR¹³ / LBZ¹⁴, DSCA¹⁵ en Prezies¹⁶. Hierna lichten wij deze registraties kort toe en geven wij aan waarom ook deze registraties onvoldoende aanknopingspunten bieden voor de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens zoals gevraagd in het kader van Zichtbare Zorg.

LPZ

De LPZ is een jaarlijks terugkerende prevalentiemeting van zorgproblemen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Sinds 1998 is jaarlijks het voorkomen van decubitus bij een groot aantal instellingen gemeten. Vanaf 2004 worden ook andere zorgproblemen gemeten; namelijk incontinentie, ondervoeding en smetplekken. Sinds 2007 is ook het zorgprobleem 'Vallen & Vrijheidsbeperkende maatregelen' een onderdeel van de meting.

Hoewel de ervaringen van de LPZ zijn gebruikt bij het opstellen van de indicatoren Zichtbare Zorg en de LPZ zeker ervaring heeft met de betrouwbaarheid van kwaliteitsregistraties, betreft het de registraties die ten grondslag liggen aan een beperkt aantal specifieke indicatoren. Om deze reden dekken door het LPZ ontwikkelde registratienormen (voor zover hier al spraken van is) dan ook niet het geheel van registraties van kwaliteitsgegevens.

RAI en ROM

Wat hiervoor is gesteld met betrekking tot de LPZ geldt grotendeels ook voor de registraties RAI en ROM. Doordat slechts een deel van de registratie van kwaliteitsgegevens wordt afgedekt, voldoet dit niet voor het geheel van registraties van kwaliteitsgegevens.

LMR / LAZR / LBZ

De DHD¹⁷ heeft in 2008 samen met de NVZ en NFU besloten de LMR en de LAZR te integreren en te vernieuwen tot de LBZ. Verwachting is dat de LBZ op 1 januari 2011 operationeel is.

De LMR is opgezet ten behoeve van onderzoek en beleid. De gegevens worden aangeleverd door alle academische-, algemene- en vrijwel alle gespecialiseerde ziekenhuizen. Ontslaggegevens van patiënten die in een Nederlands ziekenhuis zijn opgenomen vormen de kern van het gegevensbestand. Voor het coderen van de letseldiagnoses en de aard van het ongeval en de vervoerwijze van het slachtoffer wordt de internationale systematiek van de World Health Organisation gebruikt: de ICD-CM (Clinical Modification van de International Classification of Diseases), in het Nederlands: classificatie van ziekten.

⁹ Landelijke Prevalentiemetingen Zorgproblemen

¹⁰ Resident Assessment Instrument

¹¹ Resource Outcome Measurement

¹² Landelijke Medische Registratie

¹³ Landelijke Ambulante Zorg Registratie

¹⁴ Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg

¹⁵ Dutch Surgical Colorectal Audit

¹⁶ PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance

¹⁷ Dutch Hospital Data

De LAZR heeft tot doel het verstrekken van informatie, zoals spiegel- en adherentie-informatie met betrekking tot ambulante ziekenhuiszorg (poliklinisch) in Nederland, in het bijzonder ter ondersteuning van het beleid van ziekenhuizen en daarbinnen werkzame disciplines en specialismen. Hoewel binnen LMR / LAZR / LBZ / DHD ongetwijfeld ervaring is opgedaan met de betrouwbaarheid van registraties die input kan vormen bij het ontwikkelen van processtandaarden, ontbreekt het ook binnen deze organisaties en ook in het onlangs door DHD ontwikkelde datamodel tot dusverre aan een breed toepasbaar normatief kader voor de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens.

DSCA

De DSCA richt zich op de registratie van kwaliteitsgegevens voor specifieke aandoeningen en verzorgt audits op deze registratie alsmede op het zorgproces dat ten grondslag ligt aan deze registratie. Audits kunnen een belangrijk instrument zijn in het bevorderen van de betrouwbaarheid van registraties. De DSCA richt zich in haar registratie en audits echter op een beperkt aantal aandoeningen en daarmee is dit registratiemodel te beperkt om als breed toepasbare normatief kader voor de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens (in het totale programma van Zichtbare Zorg) te dienen.

PREZIES

Het PREZIES-netwerk is een samenwerkingsverband van deelnemende ziekenhuizen, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het samenwerkingsverband richt zich op preventie van ziekenhuisinfecties en betreft daarmee een specifiek en beperkt deel van de registratie van kwaliteitsgegevens.

Normen ten behoeve van Accreditatie

De bekendste organisaties die accreditaties/certificering verzorgen in de vier sectoren zijn respectievelijk NIAZ¹⁸ (met name in de ziekenhuissector) en HKZ¹⁹ (met name in de care sectoren).

NIAZ

Het NIAZ is een instituut in de ziekenhuissector dat kwaliteitsnormen voor ziekenhuizen opstelt en individuele ziekenhuizen op hun verzoek toetst. De kwaliteitseisen van het NIAZ liggen vast in de Kwaliteitsnorm Zorginstelling. De toetsing gebeurt via een jaarlijks vast te stellen accreditatieprocedure van het NIAZ.

¹⁸ Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

¹⁹ Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector

HKZ

De stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) is in 1994 opgericht. Initiatiefnemers waren de brancheorganisaties van patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het doel van HKZ is harmonisatie van kwaliteitsbeoordeling in zorg en welzijn, opdat kwaliteit in de verschillende sectoren op dezelfde manier beoordeeld wordt. HKZ ontwikkelt daar samen met de belanghebbende partijen de normen voor. Er zijn normenstelsels (certificatieschema's) ontwikkeld voor diverse sectoren in zorg en welzijn.

Zowel NIAZ als HKZ richten zich dus primair op het kwaliteitsmanagementsysteem en de kwaliteit van zorg. Zij doen geen uitspraken over de betrouwbaarheid van registraties van kwaliteitsgegevens. Daarbij lijkt het NIAZ in toenemende mate in te zetten op het beoordelen van zorguitkomsten gemeten met kwaliteitsindicatoren²⁰. Dit versterkt het belang van betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens, echter zonder dat de NIAZ-normen aanknopingspunten bieden voor de betrouwbaarheid van deze registraties.

Externe verantwoording in internationaal perspectief

Wanneer de registratie van kwaliteitsgegevens wordt vergeleken met de registratie van financiële gegevens valt op dat de eisen die worden gesteld aan de externe verantwoording van kwaliteitsgegevens een stuk milder zijn dan die voor financiële gegevens. Internationaal is de financiële verslaglegging gebonden aan strenge eisen die zijn vastgelegd in bijvoorbeeld International Financial Reporting Standards (IFRS) voor alle Europese beursgenoteerde bedrijven of Generally Accepted Accounting Principles (GAAP, de Amerikaanse evenknie). Een ander voorbeeld van hoe ver de eisen aan financiële verslaglegging kunnen gaan is de Amerikaanse wetgeving van Sarbanes Oxley (SOx). De belangrijkste artikelen zijn artikel

302 en 404:

- Artikel 302 handelt over de controle op de verspreiding van informatie. De leiding van een bedrijf dient periodiek te rapporteren over de effectiviteit van de controles op twee niveaus: het ontwerp/de opzet van controles en de werking;
- Artikel 404 stelt regels voor de interne controle en de financiële rapportering. Het management wordt verplicht om jaarlijks expliciet een uitspraak te doen over de betrouwbaarheid van de interne controles die in het bedrijf gehanteerd worden. De Chief Executive Officer (CEO) en de Chief Financial Officer (CFO) moeten een verklaring afleggen dat alle controles waterdicht zijn en de accountant moet naast zijn gebruikelijke werkzaamheden op het gebied van de financiële verslaglegging, een expliciete verklaring toevoegen dat hij akkoord is met de uitspraken van de CFO en de CEO.

Het komt er dus op neer dat naast de financiële verslaglegging in het jaarverslag ook een hoofdstuk dient te staan dat de interne controle op de correctheid van de aangeboden cijfers evalueert. Bijzonder aan de wetgeving is het feit dat voor de bestuurders gevangenisstraffen en geldboetes dreigen wanneer zij niet aan de gestelde voorwaarden van deugdelijk ondernemingsbestuur zoals geformuleerd in de SOx wetgeving voldoen.

²⁰ Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1, 15 juli 2009.

Conclusie

De genoemde kaderregelingen, kwaliteitsregistraties en – normen zijn geen uitputtende opsomming; er bestaat meer. Echter, de veelheid aan bestaande kwaliteitsregelingen, - modellen en registraties laat onverlet dat het thans nog ontbreekt aan een toereikende en omvattende standaardisatie van de registratie van kwaliteitsgegevens in het kader van het bereik van Zichtbare Zorg. Er is dus meer nodig dan genoemde bronnen en registraties om tot betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens te komen.

De eisen die op dit moment aan de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens worden gesteld zijn, gezien het belang van deze gegevens en in verhouding tot de eisen die worden gesteld aan de registratie van financiële gegevens, beperkt te noemen. Op dit moment worden aan bestaande registraties nauwelijks eisen gesteld die een betrouwbare registratie waarborgen. Waar deze eisen wel worden gesteld, zijn de eisen niet omvattend en volledig en betreft het uitsluitend deelregistraties. De kaderregelingen AO/IC (DBC en AWBZ) zijn zodanig specifiek gericht op de financiële processen, dat ze niet geschikt zijn om ze uit te breiden tot de kwaliteitsregistraties.

Wij trekken de conclusie dat het in de zorgsector ontbreekt aan een samenhangend normatief kader die de eisen ten aanzien van de betrouwbaarheid van kwaliteitsgegevens beschrijft.

1.6 Leeswijzer

Dit rapport is opgebouwd uit drie delen. Er is gekozen om eerst de wetenschappelijke basis voor het onderzoek te schetsen (deel I). Vervolgens worden de belangrijkste resultaten beschreven (deel II) en tot slot wordt de huidige registratiepraktijk beschreven (deel III). Hierna worden de drie delen toegelicht.

Deel I: Onderzoeksopzet

Het eerste deel van dit rapport behandelt de onderzoeksverantwoording. In hoofdstuk twee wordt de gevolgde onderzoeks aanpak beschreven en in hoofdstuk drie wordt ingegaan op de samenhang, de totstandkoming en de praktische toepasbaarheid van de belangrijkste resultaten van dit onderzoek.

Deel II: Ontwikkelde modellen

In het tweede deel van dit rapport worden de drie in het kader van dit onderzoek ontwikkelde modellen toegelicht. Hoofdstuk vier gaat in op het procesmodel, hoofdstuk vijf beschrijft het registratiemodel en hoofdstuk zes behandelt het groeimodel.

Deel III: Huidige registratiepraktijk

Het derde deel van dit rapport gaat in op de huidige registratie van kwaliteitsgegevens in de vier sectoren van dit onderzoek. Daarbij wordt de huidige registratie van kwaliteitsgegevens vanuit vier invalshoeken beschreven. Een algemene beschrijving van de huidige registratiepraktijk, sectoroverstijgend, wordt gegeven in hoofdstuk zeven, een beschrijving per sector in hoofdstuk acht, een beschrijving aan de hand van het registratiemodel in hoofdstuk negen en een beschrijving aan de hand van het groeimodel in hoofdstuk tien.

In hoofdstuk elf worden, op basis van de analyses in de voorgaande vier hoofdstukken van deel drie, conclusies getrokken over de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens ten tijde van het onderzoek. Het laatste hoofdstuk van deel drie geeft een visie op de eisen die een betrouwbare registratie stelt aan ICT en beschrijft de implicaties van deze ICT eisen voor vervolgprojecten (hoofdstuk twaalf).

Er is voor deze indeling gekozen omdat deel I de lezer meeneemt in het hoe en waarom van dit onderzoek, wat nodig is om de resultaten van het onderzoek in hun context te kunnen plaatsen en te begrijpen. Deel II beschrijft de ontwikkelde modellen, dat wil zeggen het procesmodel, het registratiemodel en het groeimodel. Inzicht in deze modellen is nodig omdat in deel III de huidige registratiepraktijk wordt geanalyseerd onder meer op basis van het registratiemodel en het groeimodel.

Deel I: Onderzoeksopzet

2 Onderzoeksaanpak

2.1 Inleiding

Het onderzoek in het kader van het eerste deelproject 'betrouwbaar registreren' is uitgevoerd in de periode van eind september 2009 tot en met eind maart 2010. In deze periode zijn in ieder van de vier zorgsectoren²¹ elf zorgaanbieders bezocht en -onderzocht op basis van een procesmodel en gestructureerde vragenlijsten. In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksaanpak beschreven die is gevolgd tijdens dit onderzoek. In paragraaf 2.2 wordt de uitvoering van het onderzoek nader toegelicht en in paragraaf 2.3 wordt ingegaan op hoe de selectie van zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan dit onderzoek is gedaan.

2.2 Uitvoering van het onderzoek

2.2.1 Desk research

In dit rapport wordt een eerste aanzet gegeven voor de uitwerking van de AO/IC voor de registratie van kwaliteitsgegevens. Daarbij is vooral gebruik gemaakt van de kennis die de afgelopen decennia is opgedaan met de administratieve organisatie (AO) en interne controles (IC) die nodig zijn om tot betrouwbare registratie te komen. Principes van AO/IC worden wereldwijd en binnen verschillende sectoren en vakgebieden toegepast. Binnen de zorg zijn AO/IC principes, zoals in paragraaf 1.5 aangegeven, vooral bekend van de kaderregelingen AO/IC en de jaarrekening. De toepassing van AO/IC principes gaan echter ook in de zorg al veel verder dan dit. Zo is veel van de software voor de registratie van productiegegevens die wordt gebruikt binnen de zorg gecertificeerd conform principes van AO/IC, zijn administratieve processen binnen financiële administraties ingericht volgens AO/IC richtlijnen en zijn scheidingen in de uitvoering van diverse functies doorgevoerd op basis van AO/IC inzichten.

Binnen Nederland vormen de volgende bronnen de standaardwerken waarin de principes van AO/IC zijn vastgelegd:

- Starreveld, van Leeuwen en van Nimwegen (2002); Bestuurlijke informatieverzorging
Deel I: algemene grondslagen;
- Esseling en van Nimwegen (1998); Administratieve processen: vastleggen, verbeteren en ontwikkelen;
- Bosman en Schijff (2001); AO, kwaliteit en certificering: een integrale aanpak,
Uit: Praktijkgids De Controller & Informatiemanagement, afl. 36.

Deze bronnen zijn bestudeerd in desk research voorafgaand aan het praktijkonderzoek en hebben als input gediend voor een generiek procesmodel. Eveneens zijn de bronnen gebruikt als basis voor het beschrijven van het gewenste registratieproces. De totstandkoming van deze resultaten met behulp van bovengenoemde bronnen wordt uitgelegd in hoofdstuk drie.

²¹ Ziekenhuizen, Gehandicaptenzorg, Verpleging, Verzorging & Thuiszorg, Geestelijke gezondheidszorg.

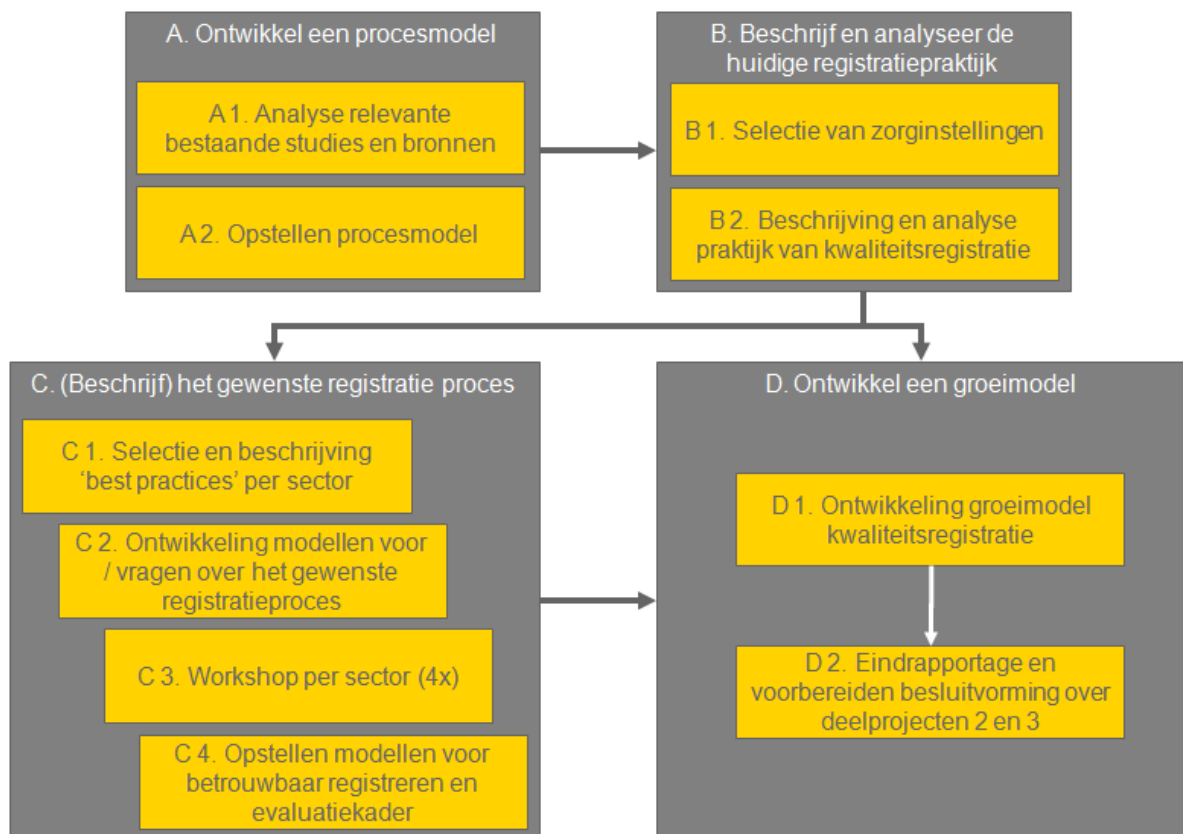
2.2.2 Praktijkonderzoek

Het projectteam van Ernst & Young heeft met iedere deelnemende zorgaanbieder een interview afgenomen. Hierbij is gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst. Voorafgaand aan de werkbezoeken door het projectteam hebben de respondenten een digitale vragenlijst ingevuld waarin zij allereerst per zorginhoudelijke indicator (uit de set van 2009; zie www.zichtbarezorg.nl) aangaven of de organisatie kwaliteitsgegevens ten behoeve van deze indicator registreert; of registratie elektronisch of op papier plaatsvindt; welk registratiesysteem de organisatie gebruikt; welk rapportcijfer zij geven voor de betrouwbaarheid van de registratie van gegevens binnen hun organisatie per indicator en welke knelpunten de organisatie ervaart bij de registratie van deze gegevens. Bij elk van de processtappen zoals toegelicht in hoofdstuk vier zijn meerdere vragen gesteld. Binnen de organisaties is gesproken met beleidsmedewerkers, kwaliteitsfunctionarissen en/of (cluster) managers (zorg)informatievoorziening. Tevens zijn er aan elke deelnemende zorgaanbieder werkbezoeken afgelegd, tijdens welke bronmaterialen, documenten en voorbeelden zijn ingezien. Op deze wijze is niet alleen het procesmodel getoetst op bruikbaarheid in de vier sectoren, maar is ook een beeld verkregen van de huidige stand van zaken ten aanzien van de registratie van kwaliteitsgegevens bij de deelnemers aan het onderzoek.

Op 4 december 2009 heeft een werkconferentie plaatsgevonden. De doelstelling van deze bijeenkomst was de eerste resultaten van het onderzoek te delen, deze te valideren en te verrijken met praktijkinformatie. Na een plenair deel zijn de vier zorgsectoren uiteen gegaan in separate werksessies. Na afloop van deze werksessies heeft een plenaire terugkoppeling plaatsgevonden. De verslagen van de werksessies zijn sinds medio januari 2010 te vinden op de website www.zichtbarezorg.nl.

Deze rapportage is opgesteld op basis van de resultaten van de werkconferentie met de werksessies en de werkbezoeken aan zorgaanbieders (waarvan enkele nog na 4 december 2009 hebben plaatsgevonden).

Samenvattend valt de projectaanpak te beschrijven zoals in figuur twee weergegeven.



Figuur 2. Schematische weergave onderzoeksanpak.

2.3 Selectie van zorgaanbieders

Met de bezoeken streefden de onderzoekers er enerzijds naar om een goed beeld te krijgen van de diversiteit in de registratie van zorginhoudelijke kwaliteitsgegevens²², anderzijds is gezocht naar zorgaanbieders die de registratie van kwaliteitsgegevens relatief goed georganiseerd hebben. Hiertoe is per sector gezocht naar drie zorgaanbieders die relatief vergevorderd zijn qua registratievolwassenheid en acht zorgaanbieders die zich in verschillende stadia van registratievolwassenheid bevinden.

²² Cliënten / patiëntenraadplegingen vormen geen onderdeel van dit onderzoek

De selectie van de acht zorgaanbieders heeft plaatsgevonden op de drie volgende criteria:

1. *Complexiteit van zorgprocessen*

Er is gestreefd naar een goede mix qua complexiteit van de zorgprocessen. Voor de ziekenhuizen betekent dit dat we zowel UMC's, topklinische-, algemene-, als categorale instellingen zijn geselecteerd. Voor GGZ aanbieders geldt dat er zowel geïntegreerde organisaties als organisaties voor verslavingszorg, beschermd wonen, forensische psychiatrie, kinderen/jeugd en RIAGGS geselecteerd zijn. Aanbieders van gehandicaptenzorg zijn geselecteerd op basis van de categorieën verstandelijk, lichamelijk of zintuiglijk gehandicapten; wonen of dagbesteding; en combinaties hiervan. Voor de sector VV&T is onderscheid gemaakt tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen of combinaties hiervan en/of combinaties met thuiszorginstellingen. Voor alle vier de sectoren is gezocht naar zorgaanbieders van verschillende omvang. Hierbij is het aantal (intramuraal / klinisch) behandelde patiënten/cliënten als maatstaf voor omvang genomen.

2. *Stadium van registratie volwassenheid*

Hiervoor is onderscheid gemaakt of de organisatie nog in de papieren fase verkeert met diverse 'stand alone databases' of dat men de gegevens verzamelt uit elektronische systemen en geïntegreerde datawarehouses;

3. *Leveranciers van registratiesystemen*

In de vier sectoren worden diverse registratiesystemen gebruikt zoals iSoft, Chipsoft, McKesson, Psygis, PlanCare, Iris, Cura, andere ECD's, RAI en Xsarus. Er is gestreefd naar een zo groot mogelijke variatie in registratiesystemen in de geselecteerde zorgaanbieders per sector.

Bij aanvang van het onderzoek speelde de overweging om te streven naar een statistisch representatieve steekproef. Aangezien dit onderzoek echter primair een kwalitatieve analyse van bestaande praktijken en ontwikkeling van modellen betreft en niet een kwantitatieve statistische analyse van de uitkomsten van indicatoren, is er in overleg met de opdrachtgever besloten om af te zien van een volledig representatieve steekproef. Bij een kwalitatief onderzoek als dit is een statistische significantie niet van toepassing. Wel is het in dit onderzoek van belang dat de deelnemende zorgaanbieders samen een goed beeld geven van de diversiteit van zorgaanbieders per sector. Dit om te borgen dat de uitkomsten van het onderzoek van toepassing zijn op alle zorgaanbieders in een sector. Dat is de reden dat gezocht is naar een variëteit aan zorgaanbieders op basis van de drie genoemde criteria. Daarbij speelt ook mee dat een uitgebreidere steekproef een grotere administratieve belasting zou betekenen voor de zorgaanbieders in de vier sectoren en dat het onderzoek met een grotere steekproef veel kostbaarder zou zijn, zonder dat dit noodzakelijk is voor het doel van dit onderzoek.

Naast de acht zorgaanbieders zoals hierboven beschreven, zijn per sector tevens drie zorgaanbieders geselecteerd die een relatief hoge mate van professionaliteit van registratie van gegevens lijken te hebben. De drie vergevorderde zorgaanbieders qua registratiematuriteit zijn geselecteerd via zogenaamde 'triangulatie'. Triangulatie is een manier om gegevens op betrouwbaarheid te toetsen door de gegevens met minstens twee andere bronnen te vergelijken. De volgende drie bronnen zijn gebruikt om tot de selectie van 'best practices' te komen:

1. Ervaringen met de aanlevering van kwaliteitsgegevens (ten behoeve van de kwaliteitsindicatorensets) aan het Bureau Zichtbare Zorg door zorgaanbieders;
2. Ervaringen van brancheorganisaties en de begeleidingscommissie met zorgaanbieders;
3. Ervaringen van Ernst & Young vanuit ons marktaandeel in de sector gezondheidszorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van elementen uit de procesbenchmark²³ en de governance benchmark²⁴ van Ernst & Young en directe ervaringen van medewerkers van Ernst & Young met zorgaanbieders.

²³ De gebruikte elementen uit de procesbenchmark zijn:

De zorginstelling beschikt over maatregelen ter waarborging van: een juiste, volledige en tijdige registratie van DBC's; een juiste, volledige en tijdige registratie van verrichtingen; een juiste, volledige en tijdige validatie en facturatie; het voldoen aan de eisen van de Regeling

Op het moment dat alle drie deze bronnen een zorgaanbieder als een 'best practice' aanwijzen (of tenminste geen verschil in inzicht geven) op het gebied van kwaliteitsregistratie, is deze zorgaanbieder in aanmerking gekomen voor selectie.

Indien alle aanvankelijk geselecteerde zorgaanbieders bereid zouden zijn geweest tot deelname, hadden de onderzoekers de hiervoor beschreven selectiecriteria optimaal kunnen toepassen. Dit is echter niet het geval geweest. Wel is over het geheel genomen de bereidheid tot deelname hoog gebleken, zoals blijkt uit tabel 1.

	# benaderde zorgaanbieders	% deelnamebereidheid
ZKZ	11	100%
GGZ	12	92%
VV&T	13	85%
GHZ	25	44%

Tabel 1: bereidheid tot deelname per sector.

Uitzondering vormt de sector Gehandicaptenzorg. Oorzaak van de geringe bereidheid tot deelname in de sector gehandicaptenzorg is waarschijnlijk dat deze sector pas in november 2009 is begonnen met de registratie van kwaliteitsgegevens voor Zichtbare Zorg.

Op grond hiervan zijn de volgende 44 zorgaanbieders²⁵ geselecteerd en bereid gevonden deel te nemen aan dit onderzoek (tabel 2).

AO/IC. De zorginstelling beschikt over een vanuit het beleid en strategie herleid ICT beleidsplan. De zorginstelling beschikt over een getest calamiteitenplan. De projectmanagementmethode voor het beheer van onder andere aan ICT gerelateerde projecten is effectief. ICT-beheerprocedures (back-up, recovery, changemanagement, logische toegangsbeveiliging, etc.) zijn adequaat. Het 'Informatiebeveiligingsbeleid' voldoet aan NEN7510. Het ziekenhuis heeft een beleid voor 'Electronisch Patiënten Dossier' rekening houdend met de landelijke ontwikkelingen van het ministerie/ het 'Landelijk Schakel Punt'.

²⁴ De gebruikte elementen uit de proces-benchmark zijn:

Wordt in het jaarverslag melding gemaakt de volgende commissies en van hun werkzaamheden/bevindingen, dan wel de reden waarom deze commissies niet aanwezig zijn? 'Auditcommissie'/Financiële commissie'; 'Meldingscommissie Incidenten' (MIP) (intern). Wordt in het jaarverslag melding gemaakt van de:

Wijze waarop doelstellingen worden nageleefd; Analyse van de mate waarin dit is gerealiseerd

Wordt in het jaarverslag melding gemaakt c.q. verslag gedaan van het kwaliteitsbeleid.

²⁵ Cordaan komt drie keer voor omdat bij de drie sectoren waarin Cordaan actief is, separaat onderzoek is gedaan.

ZHZ	VV&T	GGZ	GHZ
Atrium MC	Cordaan	Dr. Leo Kannerhuis	Koraal groep
Gelderse Vallei	De Friese Wouden	Altrecht	PSW Midden Limburg
Zorggroep Twente	De Leiboorn	Tactus	S&L Zorg
Canisius Wilhelmina	Zorgcentra ZW Drenthe	Grote Rivieren	Twentse Zorgcentra
UMCG	Vitalis WoonZorg Groep	RIBW Midden Brabant	Aveleijn SDT
St. Maartenskliniek	Zorggroep Crabbehof	Parnassia Bavo Groep	De Driestroom
Haga ziekenhuis	Stichting Surplus	GGZ Eindhoven	Amarant
Amphia ziekenhuis	Cicero Zorggroep	GGZ NHN	Severinus
Diaconesse Leiden	Zorgcirkel Purmerend	Rivierduinen	Cordaan
Spaarne ziekenhuis	Omring	CVD Rotterdam	Koninklijke Kentalis
Wilhelmina ziekenhuis	Stichting de Wielborgh	Cordaan	Steinmetz de Compaan

Tabel 2: zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

De kans bestaat dat de geselecteerde zorgaanbieders in de sector gehandicaptenzorg organisaties zijn die relatief veel aandacht voor kwaliteitsregistratie hebben. Dit kan betekenen dat het in hoofdstuk zeven geschetste beeld van de huidige registratiepraktijk, voor deze sector als geheel te positief uit is gevallen. Om een mogelijk probleem in de representativiteit in deze sector te ondervangen hebben we op verzoek van de stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg afstemming gezocht met PWC-TNO, die de kwaliteitsmonitor in de gehandicaptensector begeleiden. De bevindingen van PWC-TNO hebben we verwerkt in hoofdstuk zeven, in de beschrijving van de huidige registratiepraktijk.

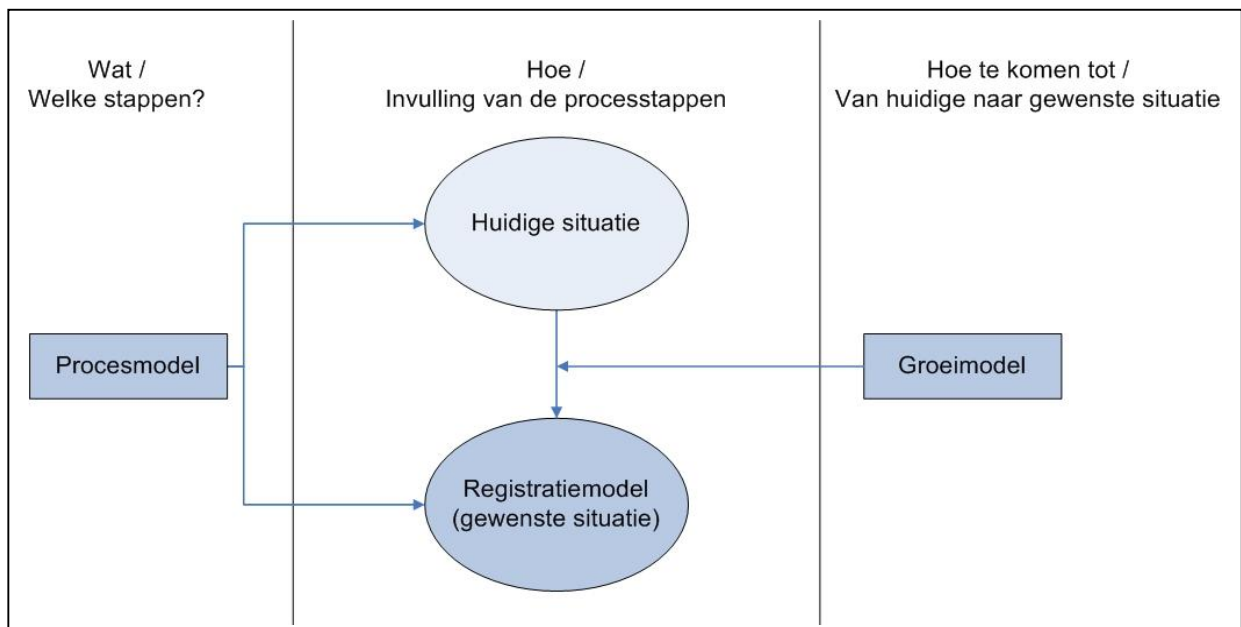
3 Belangrijkste resultaten van het onderzoek

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt toegelicht wat de onderlinge samenhang is tussen de resultaten van dit onderzoek (paragraaf 3.2), hoe deze resultaten tot stand zijn gekomen (paragraaf 3.3 tot en met 3.5) en de toepasbaarheid van de resultaten (paragraaf 3.6).

3.2 Samenhang resultaten onderzoek

Dit onderzoek heeft geresulteerd in een procesmodel, een registratiemodel, een groeimodel en in een beschrijving van de huidige registratiepraktijk van kwaliteitsgegevens in vier zorgsectoren. Figuur drie geeft de samenhang weer tussen deze resultaten.



Figuur 3. De samenhang tussen de belangrijkste resultaten van het onderzoek.

Het procesmodel geeft een uitwerking van de registratie van kwaliteitsgegevens in verschillende processtappen weer. Dit procesmodel is op basis van gesprekken met functionarissen van 44 zorgaanbieders en de werkconferentie met werksessies uitgewerkt

in een registratiemodel. Het registratiemodel beschrijft de gewenste toekomstige situatie ten aanzien van de registratie van kwaliteitsgegevens. Zoals blijkt uit de beschrijving van de huidige situatie, voldoet geen van de onderzochte zorgaanbieders volledig aan dit beeld.

Om te bepalen waar een individuele zorgaanbieder staat qua ontwikkeling, is daarom een groeimodel opgesteld. Hiermee kunnen zorgaanbieders de maturiteit van de registratie van kwaliteitsgegevens binnen de eigen organisatie bepalen. Het groeimodel kan ook door zorgaanbieders worden gebruikt om te bepalen wat de meest voor de hand liggende stappen zijn om de registratie van kwaliteitsgegevens binnen de eigen organisatie verder te professionaliseren.

3.3 Verantwoording procesmodel

3.3.1 Functie

Het procesmodel heeft als startpunt gediend bij het opstellen van de vragenlijsten voor de interviews. Het procesmodel beschrijft de stappen die dienen te worden doorlopen om tot betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens te komen. Daarbij wordt het 'wat' beschreven van iedere processtap. Het registratiemodel gaat in op het 'hoe' van iedere processtap. Het registratiemodel vult het procesmodel aan doordat het aangeeft hoe de processtappen vorm dienen te krijgen.

Het procesmodel biedt een structuur voor het ontwikkelde registratiemodel en geeft de basis voor het proces om tot betrouwbare kwaliteitsgegevens te komen, gebaseerd op de essentiële principes van de stand der kennis binnen het vakgebied AO/IC.

3.3.2 Totstandkoming

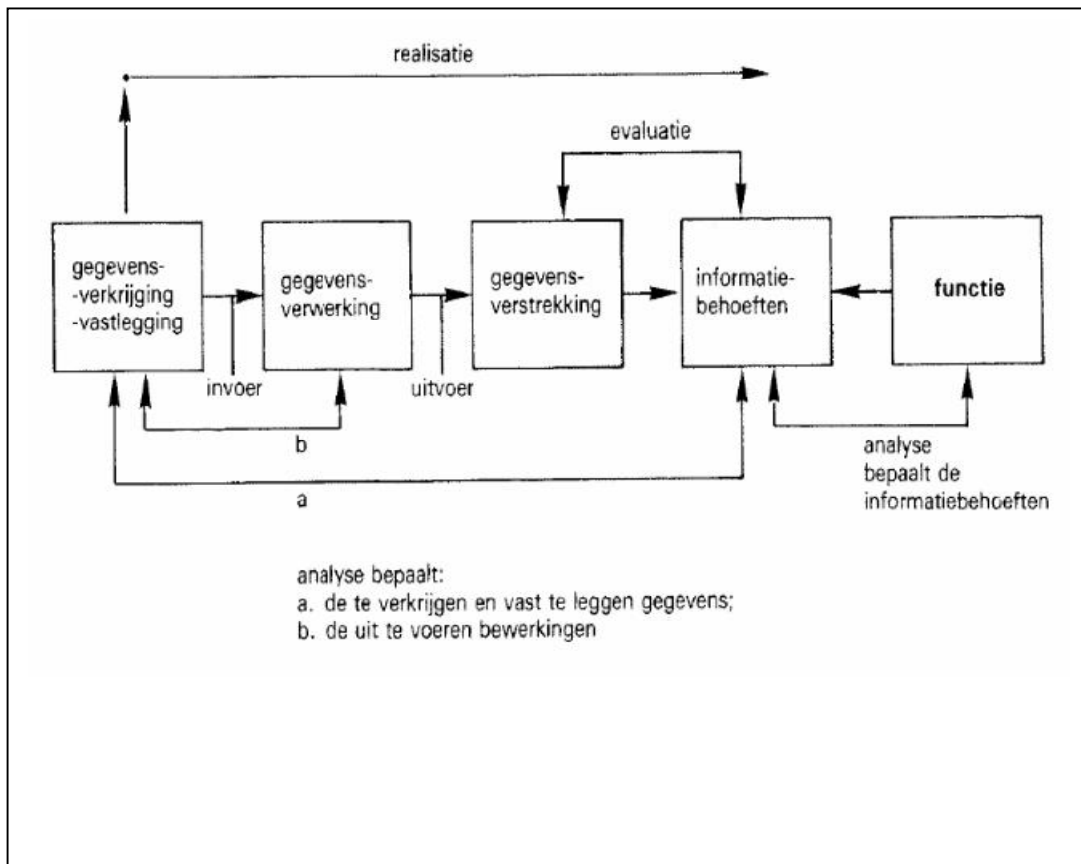
Ernst & Young heeft in Nederland sinds 1883²⁶ ervaring met de betrouwbare registratie van gegevens. Deze ervaring heeft naast diverse relevante bestaande studies en bronnen²⁷ als input gediend voor het procesmodel voor de registratie van kwaliteitsgegevens.

Het procesmodel is, zoals beschreven in hoofdstuk twee, primair ontwikkeld op basis van de stand der kennis in het vakgebied van de AO/IC (Administratieve Organisatie / Interne Controle). De gehanteerde literatuur betreft een aantal standaardwerken over AO/IC zoals beschreven in paragraaf 2.4. Deze literatuur stelt dat informatieverzorging meer omvat dan het technisch gerichte proces van gegevenswerking en als volgt weergegeven kan worden:

²⁶ <http://www.ey.com/NL/nl/About-us/Our-history>

²⁷ O.a. Voorkomen is beter dan genezen (d.d. 19-09-2008); Startnotitie betrouwbaar registreren van kwaliteit (d.d. 28-05-2009); Betrouwbaar onderscheiden (d.d. 19 oktober 2009); Zichtbare Zorg in Zicht! (d.d. 3 oktober 2008); Ontwikkeling van een methodiek om de kwaliteit van aangeleverde data te beoordelen (d.d. 11 augustus 2008);

De sterren uitgelegd (d.d. 17 november 2009); De toon gezet: één taal voor kwaliteit (d.d. 1 september 2008); Evaluatierapport Pilot Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (d.d. 24 november 2008).

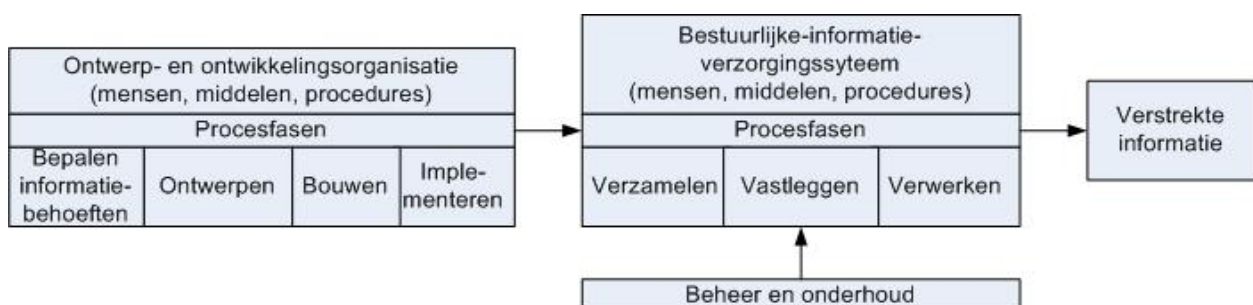


Figuur 4. Het informatieverzorgingsproces.

Starreveld stelt dat “de kwaliteit van informatie afhankelijk is van het bestuurlijke-informatieverzorgingssysteem in het algemeen en meer in het bijzonder van de kwaliteit van:

- De verstrekte informatie;
- Het informatieverzorgingsproces;
- Het ontwerp- en ontwikkelingsproces dat het informatieverzorgingssysteem in casu als product heeft opgeleverd;
- De wijze waarop het beheer en het onderhoud van het informatieverzorgingssysteem in de organisatie zijn verankerd.²⁸

Tussen deze factoren bestaat een causaal verband dat in figuur vijf is uitgewerkt.



²⁸ Starreveld, van Leeuwen en van Nimwegen (2002); Bestuurlijke informatieverzorging.

Deel 1: algemene grondslagen; hoofdstuk X: Kwaliteit van het bestuurlijke-informatieverzorgingssysteem

Figuur 5. Kwaliteit van verstrekte informatie²⁵

De gewenste kwaliteit van de versterkte informatie bepaalt de aan de informatieverzorging te stellen eisen. Deze eisen bepalen op hun beurt weer de eisen die gesteld moeten worden aan het proces van beheer en onderhoud en aan het ontwerp- en ontwikkelingsproces.

De procesfasen genoemd onder ontwerp- en ontwikkelingsorganisatie zijn ondergebracht in de eerste vier processtappen van het procesmodel. De procesfasen genoemd bij het bestuurlijke-informatieverzorgingssysteem zijn verder uitgewerkt, gezien het feit dat de focus van het onderzoek voornamelijk ligt op het deel van het registratieproces dat zich binnen de organisatie van de zorgaanbieder afspeelt. Beheer en onderhoud is niet zozeer een aparte processtap, maar ondergebracht onder andere processtappen.

Zoals beschreven in de onderzoeksaanpak in hoofdstuk twee, is het procesmodel getoetst tijdens de werkbezoeken en tijdens de werkconferentie. Naar aanleiding van deze toetsing is het procesmodel verder aangescherpt.

3.4 Verantwoording registratiemodel

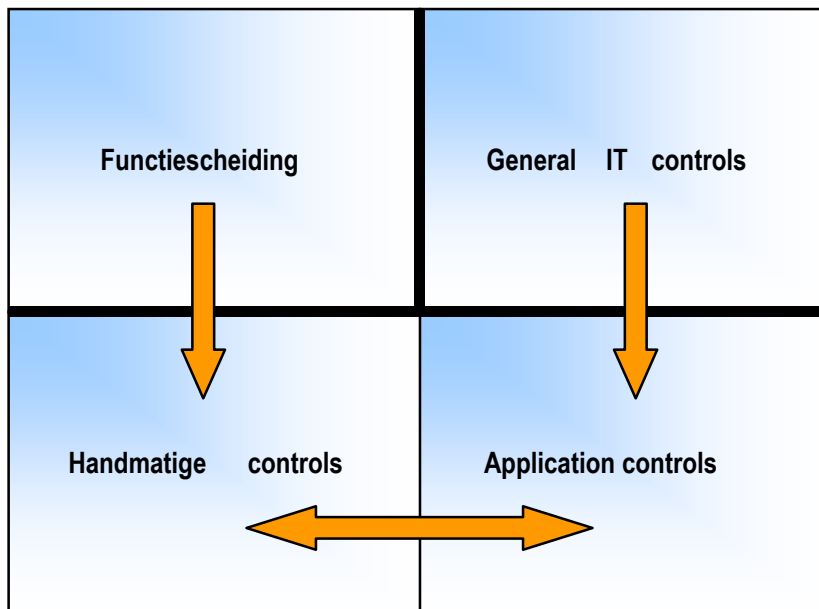
3.4.1 Functie

Het registratiemodel is opgesteld op basis van het procesmodel. Waar het procesmodel het 'wat' van de registratie beschrijft, geeft het registratiemodel de invulling van het 'hoe' van de registratie van kwaliteitsgegevens. Het registratiemodel biedt een kader voor de AO/IC van de registratie van kwaliteitsgegevens. Het beschrijft hoe de gewenste registratie van kwaliteitsgegevens is ingericht om betrouwbare registratie te waarborgen. Het registratiemodel is van toepassing op de vier sectoren die onderdeel uitmaken van dit onderzoek. Het registratiemodel geeft géén invulling aan de vraag hoe gegevens inhoudelijk dienen te worden vastgesteld en vastgelegd dan wel hoe instructies voor degenen die registreren er inhoudelijk uit dienen te zien. Deze zaken dienen in de deelprojecten twee en drie te worden uitgewerkt in processtandaarden. Het registratiemodel biedt het kader waarbinnen deze processtandaarden kunnen worden opgesteld. Daarnaast zal in de praktijk de interne organisatie van de instelling bepalend zijn voor de toepassing van het model. Zo zullen relatief grote organisaties werken met kwaliteitsfunctionarissen en audit afdelingen, terwijl bij kleine organisaties meer sprake zal zijn van 'rollen' die door medewerkers worden vervuld in plaats van functies en afdelingen.

3.4.2 Totstandkoming

Het registratiemodel dat verder in hoofdstuk vijf wordt toegelicht, is gebaseerd op kennis afkomstig uit de literatuur over AO/IC en betrouwbaar registreren. AO/IC wordt ook wel gekarakteriseerd door de zes W's: 'Wie' (functionaris) mag 'Wat' (welke gegevens), 'Waarom', 'Wanneer' en 'Waarmee' (met welke hulpmiddelen) bewerken en 'Waarheen' gaan die gegevens. Bij het invullen van het procesmodel is gebruik gemaakt van deze zes W's. Hierbij dient te worden opgemerkt dat niet alle W's bij iedere processtap expliciet terugkomen. In de gevallen waar geen invulling is gegeven, is het namelijk afhankelijk van de organisatie wat de beste manier is. Op deze wijze is gestreefd naar een registratiemodel dat maximaal bijdraagt aan de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens en minimaal belastend is voor de zorgaanbieders.

Bij het ontwikkelen van het registratiemodel is tevens uitgegaan van de vier categorieën controlemaatregelen die in de (EDP) audit praktijk gemeengoed zijn (figuur zes).



Figuur 6. Categorieën van controlemaatregelen.

De vier categorieën controlemaatregelen zijn respectievelijk functiescheiding, handmatige controls, application controls en general IT controls. De pijlen in de figuur geven de wederzijdse afhankelijkheden aan. Hierna worden de vier categorieën controlemaatregelen toegelicht.

Functiescheiding

Deze is erop gericht functies zodanig toe te delen aan verschillende personen dat belangentegenstellingen ontstaan en belangenverstremming wordt voorkomen. Zo kan bijvoorbeeld slechts beperkte waarde (in de zin van interne controle) worden gehecht aan de afstemming en vergelijking van twee totaalstellingen, indien deze door één en dezelfde persoon zijn opgebouwd.

Handmatige controls

Deze interne controlemaatregelen worden door eindgebruikers zelf handmatig uitgevoerd.

Application controls

Dit zijn interne controlemaatregelen die zijn opgenomen in specifieke systemen die één of enkele bedrijfsprocessen ondersteunen en daarom niet voor alle processen tegelijk gelden.

General IT controls

Dit zijn interne controlemaatregelen die werking hebben voor (nagenoeg) alle computersystemen en bedrijfsprocessen. Bekende voorbeelden zijn verschillende autorisatieniveaus (gekoppeld aan gebruikersgroepen en beveiligd met unieke inlognamen en wachtwoorden) in de toegangsbeveiliging van systemen.

Gebruikerscontroles (handmatige controls) en geautomatiseerde maatregelen (application controls) zijn in principe uitwisselbaar voor elkaar. Daarbij geldt wel dat application controls, vooral wanneer vaak dient te worden gecontroleerd, veelal betrouwbaarder en voordeliger zijn. Verder geldt dat voor het kunnen vaststellen van de effectieve werking van:

- application controls een minimaal niveau aan algemene computercontroles (general IT controls) aanwezig dient te zijn;
- handmatige controls een minimaal niveau aan controletechnische functiescheiding aanwezig dient te zijn.

Het registratiemodel is zodanig ontworpen dat dit tevens een kader biedt voor de integratie van de vier beschreven categorieën controlemaatregelen.

Tijdens de werkbezoeken aan de zorgaanbieders is de deelnemers aan het onderzoek gevraagd naar de gewenste toekomstige situatie ten aanzien van de registratie van kwaliteitsgegevens. Ook tijdens de werksessies van de werkconferentie op 4 december 2009 is hierover met de deelnemers aan het onderzoek van gedachten gewisseld. Deze input is eveneens verwerkt in het registratiemodel. Per processtap is in het registratiemodel beschreven hoe deze processtap er uit ziet ten einde te komen tot een zo betrouwbaar mogelijke registratie van kwaliteitsgegevens. Bij de meeste deelnemers aan het onderzoek bleek een duidelijk beeld te bestaan van de gewenste situatie ten aanzien van de registratie van kwaliteitsgegevens. Deelnemers uit de vier sectoren van dit onderzoek blijken, ongeacht de sector waarin zij werken, bovendien sterk overeenkomstige ideeën te hebben over de gewenste situatie.

In de gewenste situatie worden kwaliteitsgegevens en kwaliteitsindicatoren in de eerste plaats gebruikt om het primaire proces (is zorgverlening) te verbeteren en daarnaast om interne (onder andere cliënten/patiënten) en externen (onder andere overheden en zorgverzekeraars) belanghebbenden te informeren. Registratie van kwaliteitsgegevens is idealiter volledig ingebed in de registratie van cliënt- en productiegegevens in het primaire proces.

3.5 Verantwoording groeimodel

3.5.1 Functie

Het procesmodel beschrijft het 'wat' ten aanzien van de registratie. Het registratiemodel beschrijft de invulling van het 'hoe' ten aanzien van de registratie van kwaliteitsgegevens. Het groeimodel beschrijft, als laatste model, het 'hoe te komen tot' (het in het registratiemodel beschreven doel) betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens.

Met behulp van dit groeimodel kunnen zorgaanbieders hun eigen registratieproces 'diagnosticeren', dat wil zeggen het evalueren wat de huidige status van het registratieproces in de organisatie is. Hierbij dient te worden opgemerkt dat een organisatie zich mogelijk niet voor alle aspecten in dezelfde fase bevindt; zo kan de organisatie van het registratieproces zich in de fase drie 'zorgcontrol' bevinden, terwijl het daadwerkelijk vastleggen van kwaliteitsgegevens en gebruik van de kwaliteitsgegevens zich in fase één of twee bevindt. Waarschijnlijk bevindt geen enkele zorgaanbieder zich op alle 18 kenmerken van het groeimodel in de eerste fase (Extrinsieke motivatie en ad hoc registratie) of in de derde fase (Zorgcontrol) van het groeimodel. Bij het opstellen van het groeimodel is er naar gestreefd het groeimodel zo veel mogelijk geschikt te maken voor alle typen zorgaanbieders ongeacht sector, omvang of complexiteit.

Hoewel iedere zorgaanbieder uniek is, zijn alle 18 kenmerken relevant bij verreweg de meeste zorgaanbieders in de vier sectoren van dit onderzoek. Iedere zorgaanbieder kan zichzelf evalueren (evaluatiekader) en kan tevens de ontwikkeling van de organisatie monitoren met behulp van het groeimodel. Het resultaat is een profiel dat de status quo ten opzichte van het registratiemodel beschrijft. Als aanvulling op het groeimodel is in hoofdstuk zes beschreven wat mogelijke stappen zijn om vanuit fase één naar fase twee en vanuit fase twee naar fase drie te komen.

3.5.2 Totstandkoming

Het groeimodel is opgesteld op basis van de stand der kennis in het vakgebied van de AO/IC en de analyse van de resultaten van de werkbezoeken. Per sector zijn, zoals beschreven in hoofdstuk twee, op voorhand drie 'best practices' geïdentificeerd. Bij deze organisaties zijn de 'goede praktijken' op het gebied van de registratie van kwaliteitsgegevens in kaart gebracht. Daarnaast zijn ook de andere bezochte organisaties geïnventariseerd op 'goede praktijken'. Verder is onderzocht wat de bepalende organisatiekenmerken zijn voor de aangetroffen goede praktijken. Dit empirisch onderzoek heeft geresulteerd in 18 kenmerken die zijn uitgewerkt in drie fasen van ontwikkeling. Dit analoog aan de in hoofdstuk zeven gehanteerde 'vlaggensystematiek' (kleuren). Deze fasen zijn per kenmerk uitgewerkt.

De in dit onderzoek ontwikkelde modellen zijn actief getoetst op hun toepasbaarheid in de vier sectoren door middel van interviews, werkbezoeken en werksessies. Tijdens het onderzoek zijn geen contra-indicaties aangetroffen dat de ontwikkelde modellen zouden moeten worden geamendeerd; noch voor een bepaalde sector, noch voor een bepaald type zorgaanbieder binnen een sector. Het feit dat generieke toepasbaarheid van de modellen niet is gefalsificeerd in dit onderzoek, laat zich verklaren door het hoge aggregatieniveau van de producten en door het feit dat de internationale essentiële uitgangspunten van AO / IC leidend zijn geweest bij de ontwikkeling van deze producten.

3.6 Toepasbaarheid van de ontwikkelde modellen

Het procesmodel, registratiemodel en groeimodel kennen ieder hun eigen toepassing. In deze paragraaf wordt dit toegelicht.

Toepasbaarheid procesmodel

Het procesmodel is in de eerste plaats een tussenproduct in de ontwikkeling naar het registratiemodel. Het procesmodel vormt de structuur van het registratiemodel.

Toepasbaarheid registratiemodel

Het registratiemodel biedt een normatief kader voor de inrichting van de AO/IC rond de registratie van kwaliteitsgegevens van zorgaanbieders. Daarnaast kan het procesmodel door zorgaanbieders worden gebruikt als referentiemodel voor in de inrichting van de AO/IC rond de eigen registratie van kwaliteitsgegevens. Hoewel het model is ontwikkeld voor de betrouwbaarheid van indicatoren Zichtbare Zorg, is het grotendeels ook toepasbaar voor de registratie van andere kwaliteitsgegevens. De processtappen met betrekking tot de aanlevering aan de beheersfunctie dienen dan buiten beschouwing te worden gelaten.

Het ontwikkelde registratiemodel moet op dit aggregatieniveau als normatief worden beschouwd. Deze stelling wordt onderbouwd met de volgende argumenten:

1. Het brede vraagstuk rond borging van betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens betreft zaken als certificering, waarmerken en auditing. Deze borging is niet mogelijk zonder normen. Met ander woorden, om in de toekomst over te kunnen gaan tot het accrediteren van de registratieprocessen in relatie tot de registratie van kwaliteitsgegevens, dan wel het auditten en waarmerken van uitkomsten van deze registraties, zijn normen noodzakelijk. Normen op basis waarvan certificerende of waarmerkende instellingen een oordeel kunnen vellen. Zonder uniforme norm is elke beoordeling immers subjectief en neemt daardoor de transparantie af en nemen de administratieve lasten van een beoordeling (maatwerk) sterk toe;
2. Het verkrijgen van een waarheidsgetrouw beeld van de eigen prestaties van zorgaanbieders en bescherming tegen malafide praktijken/registratie van andere zorgaanbieders vraagt om normen die niet vrijblijvend zijn. Met andere woorden: om te voorkomen dat zorgaanbieders die te goeder trouw zijn, worden vergeleken met zorgaanbieders die zorguitkomsten rooskleuriger voordoen dan ze zijn, zijn normen nodig die de betrouwbaarheid van de kwaliteitsregistraties regelen. Bovendien heeft een zorgaanbieder baat bij betrouwbaarheid van de eigen gegevens op het moment dat zij streeft naar het verbeteren van de zorg op basis van deze gegevens.

In het kader van het betrouwbaar registeren van kwaliteitsgegevens voor Zichtbare Zorg indicatoren vertaalt de benodigde normering zich in de eerste plaats in een generiek registratiemodel. Er is gestreefd naar een generiek model voor alle vier de sectoren omdat variëren in modellen over de sectoren op dit aggregatieniveau suboptimaal is.

De

voornaamste redenen hiervoor zijn:

1. Het aantal zorgaanbieders dat actief is in meerdere sectoren neemt jaar op jaar toe. Voor dit type zorgaanbieders is het aantrekkelijk om met zo min mogelijk verschillende modellen te worden geconfronteerd;
2. Omdat processtandaarden uiteindelijk zullen worden vertaald in software specificaties, is het kostentechnisch aantrekkelijk om de variaties in standaarden zoveel mogelijk te beperken. Hoe meer verschillende varianten, hoe bewerkelijker en duurder de ontwikkeling van software zal zijn. Uitgangspunt is daarom generiek waar het kan en specifiek, voor de aard van de geleverde zorg, waar het moet;
3. Hoe meer ruimte voor variatie er is, hoe kleiner de vergelijkbaarheid van de gegevens tussen zorgaanbieders wordt. Wanneer in de VV&T sector andere processtandaarden worden gebruikt dan in de ZKZ sector, is het niet meer mogelijk om zorguitkomsten tussen deze sectoren te vergelijken en van andere sectoren te leren;
4. Met oog op toekomstige externe waarmaking van de door zorgaanbieders geregistreerde kwaliteitsgegevens dan wel van het registratieproces, komt het de auditing/accreditering ten goede wanneer er sprake is van een zo generiek mogelijk stelsel aan afspraken gebaseerd op de algemeen professionele principes voor AO/IC.

Voor de verdere invulling van normen zijn processtandaarden nodig. Processtandaarden zullen in samenspraak met de sector worden ontwikkeld en op dit niveau zal variatie tussen de sectoren mogelijk zijn. Op het niveau van processtandaarden zal de invulling dus meer sectorspecifiek kunnen worden. Dit houdt in dat verdere differentiatie in processtandaarden op basis van kenmerken van de cliënt/patiënt en de geleverde zorg opportuun is. Zoals eerder aangegeven in dit rapport dient de inhoud van de zorg leidend te zijn en is er geen rechtvaardiging voor variatie in processtandaarden puur op basis van de plaats (sector, type zorgaanbieder) waar zorg wordt geboden. Dezelfde zorg en dezelfde complicaties dienen op dezelfde wijze te worden geregistreerd ongeacht de plaats waar de zorg wordt geleverd of de complicatie zich voor doet ten einde tot maximale vergelijkbaarheid van zorguitkomsten te komen. Dit vraagt dus in voorkomende gevallen om uniforme en zo veel als mogelijk, sectorgenerieke normen, standaarden en richtlijnen.

Belangrijke notie bij het uitwerken van het registratiemodel in processtandaarden is het verschil tussen de detaillering van verslaglegging over het zorgproces tussen cure en care. In de cure wordt van nature een veelheid aan gegevens over de (fysieke) toestand van de patiënt bijgehouden al naar gelang de aandoening, terwijl in de care de verslaglegging in dit opzicht veelal minder specifiek is. Dit verschil uit zich ondermeer ook in het verschil in detaillering en aantallen ZZP's en DBC's in de productieverantwoording. Dit onderscheid zou in de toekomst mogelijk kunnen resulteren in meer gedetailleerde en uitgebreidere processtandaarden in de cure dan in de care. Om administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken dient hier echter niet als vanzelfsprekend vanuit te worden gegaan.

Toepasbaarheid groeimodel

In dit stadium is het groeimodel bedoeld als instrument dat zorgaanbieders kunnen gebruiken om de eigen ontwikkeling te evalueren en te bezien hoe het proces rond de registratie van kwaliteitsgegevens verder kan worden geprofessionaliseerd. In de toekomst zou het groeimodel verder kunnen worden ontwikkeld tot een instrument dat door externe (certificerende of audit-) partijen kan worden gebruikt om de ontwikkeling van een zorgaanbieder vast te stellen/te classificeren.

Deel II: Ontwikkelde modellen

4 Procesmodel registratie van kwaliteitsgegevens

4.1 Inleiding

Paragraaf 4.2 beschrijft de elf stappen van het procesmodel. In het vooronderzoek 'Voorkomen is beter dan genezen' van PWC-TNO dat in 2008 heeft plaatsgevonden, zijn beheersmaatregelen geformuleerd voor de risico's ten aanzien van de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens. Deze beheersmaatregelen worden in paragraaf 4.3 gerelateerd aan het procesmodel.

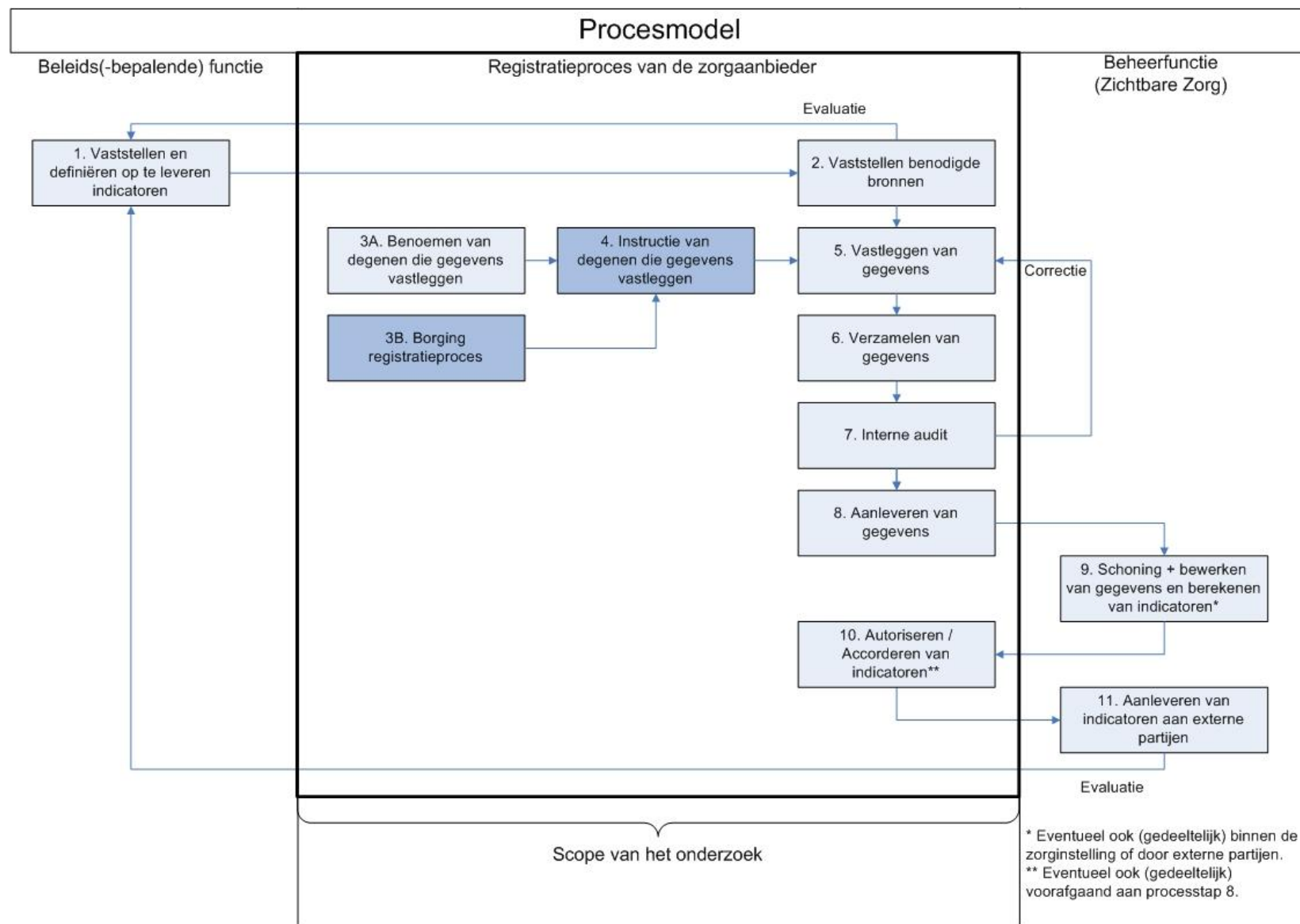
4.2 Toelichting per processtap

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 alle vier zorgsectoren²⁹ van dit onderzoek.

Zoals weergegeven in figuur zeven vinden de processtappen één, negen en elf niet plaats binnen de zorgaanbieders en behoren ze niet tot de scope van het onderzoek. Deze stappen blijken echter wel van belang voor de uiteindelijke betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens. Om deze reden zullen bevindingen over deze stappen daarom hier en daar toch zijdelings aan de orde komen in deze rapportage.

De volgende secties geven een beschrijving van iedere processtap. Hierbij wordt nog niet ingegaan op de gewenste en de huidige situatie; deze komen in de hoofdstukken vijf en zeven aan de orde.

²⁹ Ziekenhuiszorg, Gehandicaptenzorg, Verpleging-, Verzorging- & Thuiszorg, Geestelijke gezondheidszorg



Figuur 7. Registratieproces van kwaliteitsgegevens.

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. Ook zonder het programma Zichtbare Zorg begint het registratieproces van kwaliteitsgegevens met het nadenken over welke zorginhoudelijke informatie het meeste zegt over de kwaliteit van zorg. De volgende stap daarbij is het nadenken over hoe deze informatie kan worden uitgedrukt / samengevat met behulp van (structuur-, proces- of uitkomst-) indicatoren.

Processtap 2: Vaststellen benodigde bronnen

De eerste processtap binnen de zorgaanbieders is het – op basis van de op te leveren indicatoren – vaststellen van benodigde bronnen van gegevens. Deze processtap betreft het vaststellen van welke bronnen dienen te worden gebruikt voor de registratie van de voor de indicatoren benodigde gegevens.

Processtap 3A: Benoemen van degenen die gegevens vastleggen

Zodra bekend is welke indicatoren opgeleverd dienen te worden en welke bronnen hiervoor gebruikt worden, benoemt de zorgaanbieder wie welke gegevens dient vast te leggen.

Processtap 3B: Borging registratieproces

Het proces dat nodig is om de kwaliteitsgegevens te genereren en betrouwbaarheid van de registratie te waarborgen wordt ingericht binnen de organisatie van de zorgaanbieder. De verantwoordelijkheid voor coördinatie ligt bij tenminste één medewerker van de organisatie. Dit kan, naar gelang de omvang van de organisatie, een rol zijn die belegd is bij een andere (beleids-) functie, een specifieke functie op zich zijn of eventueel bestaan uit meerdere specifieke functies.

Processtap 4: Instructie van degenen die gegevens vastleggen

Instructie van diegenen (professionals) die kwaliteitsgegevens vastleggen 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: Vastleggen van gegevens

Nadat de stappen 1 tot en met 4 geregeld zijn, kan begonnen worden met het daadwerkelijk vastleggen van de kwaliteitsgegevens. Hieronder wordt verstaan het meten en het vastleggen van gegevens over de (kwaliteit van) de geleverde zorg conform de in voorgaande stappen gemaakte afspraken en instructies.

Processtap 6: Verzamelen van gegevens

De zorgaanbieder verzamelt / extraheert de vastgelegde gegevens en bewaart deze / slaat deze op.

Processtap 7: Interne audit

Alvorens gegevens ten behoeve van de te berekenen kwaliteitsindicatoren worden aangeleverd, controleert de zorgaanbieder de gegevens en/of het registratieproces op (risico's ten aanzien van) de betrouwbaarheid (juistheid, volledigheid en tijdigheid).

Processtap 8: Aanleveren van gegevens

Zodra de gegevens verzameld en gecontroleerd zijn, worden ze door de zorgaanbieder aangeleverd aan de beheerfunctie (Zichtbare Zorg).

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

Na aanlevering door de zorgaanbieder 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 zorgaanbieders zelf.

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).

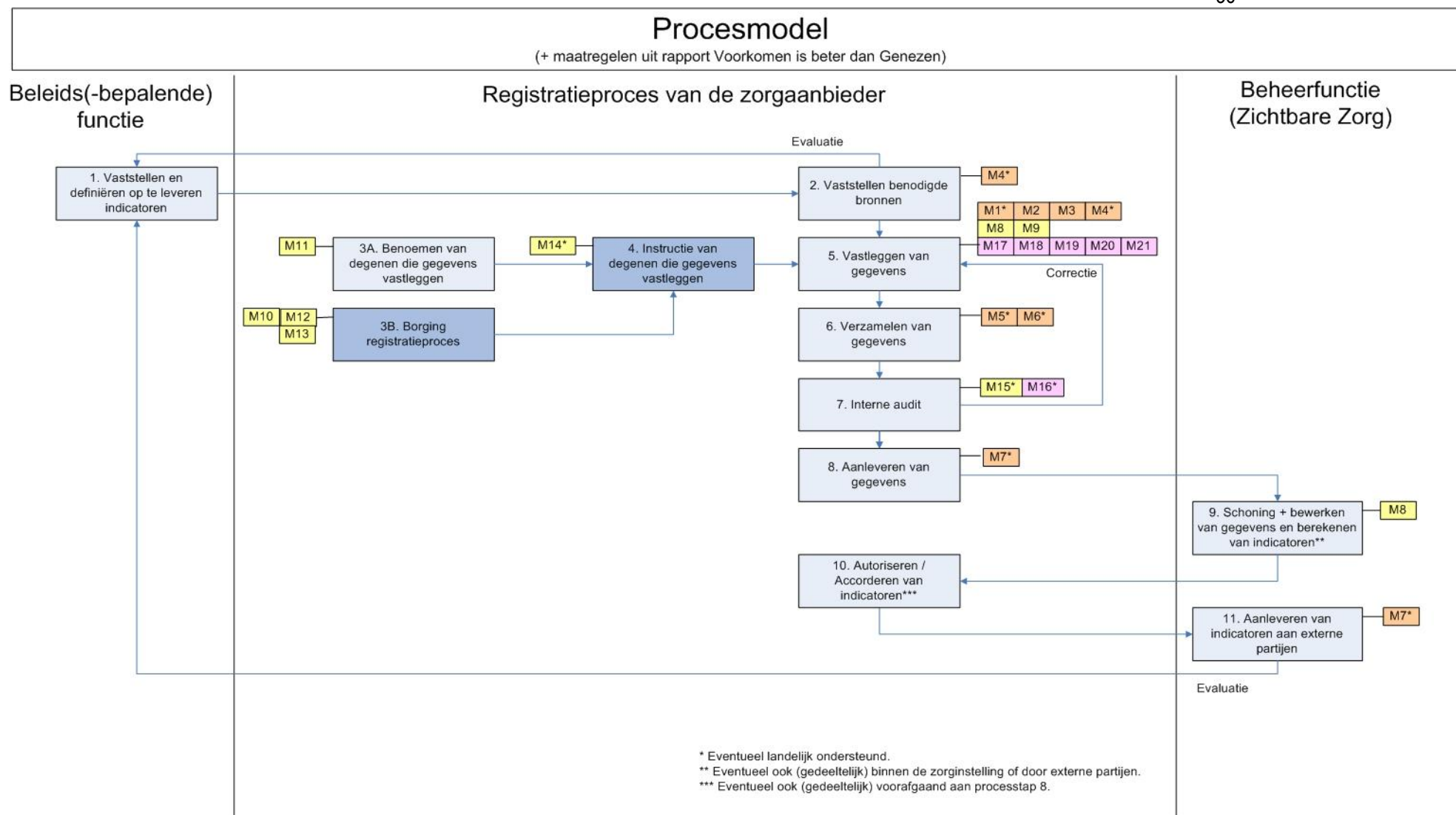
Processtap 11: Aanleveren van indicatoren aan externe partijen

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 www.kiesbeter.nl.

4.3 Beheersmaatregelen gerelateerd aan het procesmodel

In het vooronderzoek 'Voorkomen is beter dan genezen' van september 2008 zijn 21 beheersmaatregelen op het gebied van organisatie, proces en ICT voorgesteld. Deze maatregelen kunnen gekoppeld worden aan de processtappen zoals beschreven in paragraaf 3.2. De volgende figuur geeft het procesmodel weer met de indertijd voorgestelde maatregelen per processtap. Een beschrijving van de beheersmaatregelen volgt daarna³⁰.

³⁰ Voor toelichting op de beheersmaatregelen zie het rapport 'Voorkomen is beter dan genezen'



Figuur 8. Beheersmaatregelen gerelateerd aan het procesmodel

ICT

4.3.1 Maatregelen gericht op ICT

- 1 Implementeren optimaal gebruiksvriendelijke software;
- 2 Inbouwen automatische controles in registratie;
- 3 Beschikbaar stellen technische hulpmiddelen;
- 4 Eenmalig vastleggen brongegevens voor meervoudig gebruik;
- 5 Automatisch afleiden kwaliteitsgegevens uit registratie primair proces;
- 6 Optimaliseren intern systeembeheer;
- 7 Invoeren landelijke richtlijnen voor gegevens verzameling en – bewerking door zorgaanbieders en beheerorganisaties.

Organisatie

4.3.2 Maatregelen gericht op organisatie

- 8 Terugkoppelen gegevens aan professional;
- 9 Gebruiken kwaliteitsgegevens als managementinstrument;
- 10 Blamefree registreren;
- 11 Neerleggen verantwoordelijkheid bij professional;
- 12 Creëren gezaghebbende positie kwaliteitsfunctionaris;
- 13 Invoeren governance voor kwaliteitsgegevens;
- 14 Opzetten instructiesysteem;
- 15 Operationaliseren self assessment en indicator kwaliteit registratie.

Proces

4.3.3 Maatregelen gericht op proces

- 16 Instellen interne audit binnen eigen sector;
- 17 Externe toetsing binnen eigen sector;
- 18 Uitvoeren externe toetsing op basis van eerdere proces;
- 19 Gedeeltelijke automatisering externe toetsing;
- 20 Instellen incentives voor betrouwbaarheid;
- 21 Sancties richten op verbeteren betrouwbaarheid.

5 Registratiemodel betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens

5.1 *Inleiding*

Door het in hoofdstuk vier beschreven procesmodel uit te werken voor de gewenste situatie, ontstaat een registratiemodel voor betrouwbaar registreren. In paragraaf 5.2 gaan we in op de gewenste situatie per processtap van het procesmodel uit hoofdstuk vier.

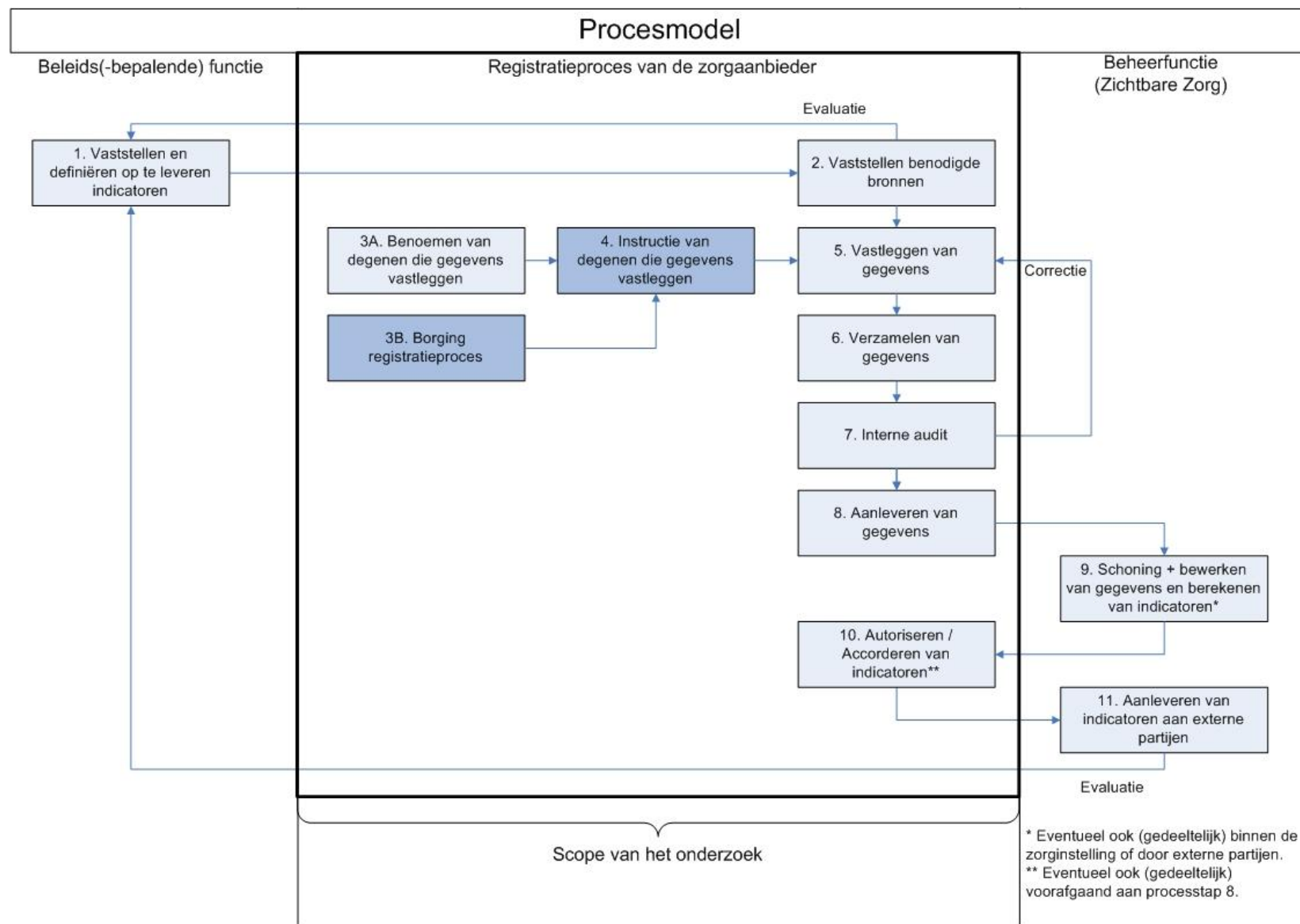
5.2 *Uitwerking registratiemodel*

In de gewenste situatie worden kwaliteitsgegevens en kwaliteitsindicatoren in de eerste plaats gebruikt om het primaire proces (is zorgverlening) te verbeteren en daarnaast om interne (o.a. cliënten / patiënten) en externe (o.a. overheden, zorgverzekeraars) belanghebbenden te informeren. Registratie van kwaliteitsgegevens is idealiter volledig ingebed in de registratie van cliënt- en productiegegevens in het primaire proces. Overige algemene kenmerken van de gewenste situatie zijn beschreven in het groeimodel in hoofdstuk zes.

In navolgende beschrijving wordt beknopt weergegeven hoe de in hoofdstuk vier toegelichte processtappen eruit zien in een ideaaltypische situatie. In de gewenste situatie zoals hierna beschreven, zijn tevens de meeste van de in paragraaf 4.3 beschreven beheersmaatregelen verwerkt³¹. De gewenste situatie per processtap beschrijft een situatie die maximaal bijdraagt aan de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens.

Figuur 9 geeft nogmaals de stappen van het registratieproces weer.

³¹ De overige beheersmaatregelen worden beschreven in het groeimodel in hoofdstuk 6



Figuur 9. Registratiemodel van kwaliteitsgegevens

Processtap 1: Vaststellen en definiëren op te leveren indicatoren

De benodigde gegevens voor het berekenen van de kwaliteitsindicatoren moeten nuttig worden geacht door diegenen die registreren. Dit is het geval omdat de gegevens die worden geregistreerd een directe relatie hebben met (kritische aspecten van) de geleverde zorg. De definities van de voor de indicatoren benodigde gegevens zijn helder omschreven. Bij de benodigde gegevens worden suggesties gedaan voor de te gebruiken bronnen dan wel wordt voorgeschreven welke bronnen gebruikt dienen te worden. Er worden duidelijke instructies meegegeven voor de registratie van de voor de berekening van de indicatoren benodigde gegevens.

Processtap 2: Vaststellen benodigde bronnen

Zorgaanbieders beschikken over een visie op welke bronnen zij willen gebruiken voor welke soort informatie. Vanuit deze visie wordt vastgesteld welke bronnen voor de registratie van kwaliteitsgegevens worden gebruikt. De te hanteren bronnen voor de registratie van kwaliteitsgegevens zijn dezelfde bronnen die in het primair proces (zorgverlening) worden gehanteerd. Zorgverleners ervaren om deze reden registratie van kwaliteitsgegevens niet als een administratieve belasting. Registratiebronnen kennen een duidelijke eigenaar. Er wordt gewerkt met zo min mogelijk verschillende bronnen aangezien het uitgangspunt is 'eenmalig vastleggen van brongegevens en meervoudig gebruik'. Keuzes voor bronnen voor de registratie van specifieke kwaliteitsgegevens worden geaccordeerd door de (resultaatverantwoordelijke) managers en professionals. Keuzes worden onderbouwd gedocumenteerd.

Processtap 3A: Benoemen van degenen die gegevens vastleggen

Het vastleggen van kwaliteitsgegevens is een integraal onderdeel van het functioneren van zorgprofessionals. Kwaliteitsregistratie en zorginhoudelijke registratie zijn in de dagelijkse werkzaamheden met elkaar geïntegreerd. De aard van de zorgverlening die een zorgprofessional uitvoert, bepaalt in grote mate de aard van de door hem of haar gevoerde registratie. Registratie (van kwaliteitsgegevens) is niet afhankelijk van enkele personen. Iedereen die betrokken is bij het primair proces heeft een registratietoon.

Processtap 3B: Borging registratieproces

Het registratieproces (van kwaliteitsgegevens) is onderdeel van de reguliere kwaliteitssystemen en de 'Planning & Control' cyclus van de organisatie. Net zoals er sprake is van 'financial control' op basis van financiële gegevens en indicatoren, is er sprake van 'zorgcontrol' op basis van kwaliteitsgegevens en indicatoren. Om dit proces te borgen, is één persoon op meta niveau aangesteld om terugkoppeling en monitoring van de registratie van kwaliteitsgegevens te borgen. Organisaties zijn bereid hierin te investeren. Een bestuurslid is in woorden en daden sponsor van 'betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens'.

Processtap 4: Instructie van degenen die gegevens vastleggen

Aangezien het vastleggen in de ideaaltypische situatie een geïntegreerd onderdeel is van de taken en verantwoordelijkheden van de zorgprofessionals zelf, is er continu aandacht voor instructie als onderdeel van scholing. Goede registratie/vastlegging is een verantwoordelijkheid van de leidinggevende of de resultaatverantwoordelijke van het zorgproces; hij of zij dient de kwaliteit van de vastlegging te monitoren, te stimuleren en stuurt uitdrukkelijk op waarheidsgetrouwe registratie van kwaliteitsgegevens. Vanuit deze hoedanigheid draagt de resultaatverantwoordelijke ook de verantwoordelijkheid dat de professionals goed geïnstrueerd zijn en blijven. Daarnaast moet goede ondersteuning vanuit de centrale organisatie beschikbaar zijn. Uitgangspunt bij de informatieverschaffing aan degenen die registreren is de zogenaamde 'need to know basis'. Dit houdt in dat de informatie die wordt aangeboden op maat is gemaakt. Alleen die informatie die er toe doet, wordt aangeboden en wel op een dusdanige wijze dat deze begrijpelijk is voor degene die registreert.

Processtap 5: Vastleggen van gegevens

Het vaststellen (meten) en vastleggen van de kwaliteitsgegevens gebeurt op basis van eenduidige instructies die niet voor meerdere uitleg vatbaar zijn (zie stap 1). Het vastleggen van kwaliteitsgegevens is direct gekoppeld aan het primaire proces en onderdeel van een geïntegreerd ICT systeem. Medische registratie en kwaliteitsregistratie worden gezien als één geïntegreerd geheel. Er zijn geen stand alone registratiesystemen. De gegevens die worden geregistreerd ten behoeve van de indicatoren van Zichtbare Zorg worden (vooral) ook gebruikt voor de interne verbetering van de (zorg)processen. Om deze reden zijn kwaliteitsgegevens afgeleid van gegevens die professionals registreren ook direct beschikbaar voor rapportagedoeleinden voor de professionals zelf. Borgingsmechanismen (op juistheid, volledigheid en tijdigheid van gegevens) zijn waar mogelijk in de registratiesoftware ingebouwd. Zorgprofessionals denken mee over de inrichting van het Elektronisch Cliënten Dossier / Elektronisch Patiënten Dossier (ECD/EPD). Zie ook hoofdstuk zeven over de visie op ICT architectuur.

Processtap 6: Verzamelen van gegevens

Het verzamelen van gegevens vindt plaats volgens een van te voren binnen de organisatie vastgestelde en gecommuniceerde kalender en volgens heldere en ook door de zorgprofessionals geaccordeerde protocollen waarbij alle mutaties van gegevens worden gelogd. Kwaliteitsgegevens en rapportages voor intern gebruik kunnen zonder hulp van ICT experts en door eindgebruikers zelf worden ontsloten. Kwaliteitsgegevens en kwaliteitsindicatoren zijn op ieder gewenst moment met weinig inspanning 'up to date' beschikbaar en worden toegankelijk aan eindgebruikers gepresenteerd. Hierdoor vormt het feit dat verschillende indicatoren verschillende rapportagefrequenties kennen, geen belemmering. De monitoring van kwaliteitsindicatoren sluit onder meer aan bij evaluatiemomenten van het zorgplan.

Processtap 7: Interne audit

Omdat kwaliteitsgegevens intern ten behoeve van zorgcontrol wordt gebruikt, komen onregelmatigheden in zowel zorg als zorgregistratie snel aan het licht. Alvorens gegevens worden aangeleverd aan Zichtbare Zorg of andere externe partijen, worden deze gegevens door betrokkenen daarnaast nogmaals gecontroleerd. Daarbij is de gedachte dat vooral medewerkers die betrokken zijn bij het primaire proces, afwijkende resultaten snel zal opvallen.

Naast de controle door betrokkenen, worden interne audits uitgevoerd op de betrouwbaarheid van de gegevens en op de betrouwbaarheid van het registratieproces. De audits vinden plaats door een onafhankelijke persoon, afdeling of organisatie die rechtstreeks rapporteert aan de Raad van Bestuur van de zorgaanbieder. Deze audits worden dus uitgevoerd door functionarissen die zelf geen direct belang hebben bij de (betrouwbaarheid van) gegevens (functiescheiding).

Processtap 8: Aanleveren van gegevens

Er wordt gewerkt met een aanleverkalender. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het aanleveren van gegevens zijn vooraf vastgesteld en gecommuniceerd. Er worden door zorgaanbieders en beheerorganisaties landelijke richtlijnen en protocollen gevolgd voor gegevensverzameling en – bewerking. Deze richtlijnen zijn bovendien transparant en openbaar.

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

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. Belangrijkste kenmerk van de ideaaltypische situatie in deze stap is dan ook dat gevolgde richtlijnen en protocollen voor schoning en bewerking van gegevens transparant en openbaar zijn.

Processtap 10: Autoriseren/accorderen van indicatoren

Het autoriseren vindt idealiter al plaats tussen de processtappen zeven en acht, dus voordat gegevens aan partijen buiten de zorgaanbieder worden aangeleverd. Op voorhand is duidelijk welke rol verschillende functionarissen hebben in het autoriseren van gegevens en accorderen van uitkomsten. De afspraken die zijn gemaakt over het autoriseren en accorderen worden in de praktijk nagekomen.

Processtap 11: Aanleveren van indicatoren aan externe partijen

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 koste gaan van de bereidheid tot medewerking van individuele zorgaanbieders. Belangrijkste kenmerk van de gewenste situatie in deze stap is dat op de juiste wijze toestemming is verkregen voor het aanleveren van gegevens aan externe partijen en dat deze partijen op hun beurt zorgvuldig omgaan met de aan hen aangeleverde gegevens.

6 Groeimodel registratie van kwaliteitsgegevens

6.1 Inleiding

Om zorgaanbieders te helpen de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens te verbeteren, is een groeimodel opgesteld. Met dit groeimodel kunnen zorgaanbieders bepalen waar ze staan ten aanzien van de maturiteit van de eigen registratie van kwaliteitsgegevens. Daarnaast kan een individuele zorgaanbieder aan de hand van het schema bepalen welke stappen zij dient te zetten om de registratie van kwaliteitsgegevens verder te professionaliseren. Paragraaf 6.2 beschrijft de drie fasen van het groeimodel. Paragraaf 6.3 geeft aanknopingspunten voor individuele zorgaanbieders om zich in het groeimodel van fase één naar fase twee en van fase twee naar fase drie te bewegen.

6.2 Beschrijving van het groeimodel

Door te werken met een groeimodel kan een zorgaanbieder bepalen wat, gezien het ontwikkelingsstadium van de registratie van kwaliteitsgegevens in de organisatie, de volgende te nemen stappen zouden kunnen zijn. De gedachte hierachter is dat een, qua kwaliteitsregistratie, zeer professionele zorgaanbieder andere stappen zal moeten zetten om verder te optimaliseren dan een zorgaanbieder die wat dit betreft minder ver ontwikkeld is. De fasen in het groeimodel zijn als volgt gedefinieerd:

1. Ad hoc registratie;
2. Interne sturing;
3. Zorgcontrol.

Deze driedeling is analoog met het toekennen van de kleuren rood, oranje en groen zoals gehanteerd in de voorgaande hoofdstukken. Hieronder volgt een korte beschrijving van de drie fasen; het evaluatieinstrument (tabel drie) beschrijft de kenmerken van iedere fase in meer detail.

Fase 1: Ad hoc registratie

Fase 1

Een zorgaanbieder bevindt zich in fase één indien registratie van kwaliteitsgegevens geen integraal onderdeel van het primair proces is, maar kwaliteitsgegevens in separate registratiesystemen worden bijgehouden. Registratie vindt daarbij ad hoc plaats of op basis van een beperkt aantal meetmomenten. Bronregistratie vindt (deels) op papier plaats waardoor het risico van onbetrouwbare registratie hoog is.

De motivatie voor het registreren van kwaliteitsgegevens is vooral extrinsiek. Dit houdt in dat de organisatie zelf niet of nauwelijks gebruik maakt van de kwaliteitsgegevens. Zorgprofessionals ervaren het vastleggen van kwaliteitsgegevens mede hierdoor als een onnodige administratieve taak zonder toegevoegde waarde.

Fase 2: Interne sturing

Fase 2

Een zorgaanbieder bevindt zich in fase twee indien zij het registratieproces van kwaliteitsgegevens beheerst. De afzonderlijke processtappen zijn geïdentificeerd, taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteitsregistratie liggen vast. Prestatie-indicatoren worden als stuurmiddel gebruikt, zodat de kwaliteit van processen kan worden verbeterd op basis van geconstateerde afwijkingen in kwaliteit.

Fase 3: Zorgcontrol

Fase 3

Fase drie 'Zorgcontrol' is in hoofdstuk vier beschreven als de gewenste situatie / het registratiemodel. In het kort komt het er op neer dat een zorgaanbieder zich bevindt in fase drie indien de motivatie voor de registratie van kwaliteitsgegevens primair intrinsiek gedreven is. Dit houdt in dat de organisatie kwaliteitsgegevens in de eerste plaats gebruikt (zoals beoogd door de wetgever in de kwaliteitswet zorginstellingen met het artikel over de registratie van kwaliteitsgegevens) voor de verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg (en pas daarna voor externe verantwoording). De registratie van kwaliteitsgegevens is volledig ingebed in het primaire proces. Dit houdt in dat behandelaren van mening zijn dat de gegevens die zij vastleggen relevant zijn voor de zorgverlening. Zij ervaren registratie van deze gegevens dan ook niet als administratieve last, maar als noodzakelijke voorwaarde om te kunnen sturen op kwaliteit van zorg. De registratie van gegevens (en daarmee kwaliteitsgegevens) is volledig gedigitaliseerd en ingebed in zorgsystemen. Op alle niveaus wordt systematisch gewerkt aan verbetering van de kwaliteitsregistratie in de gehele organisatie. De 'PDCA-cirkel' wordt toegepast in primaire, ondersteunende en besturingsprocessen ten aanzien van de kwaliteit (registratie). Het beleid focust op goede kwaliteitscores en is erop gericht om problemen te voorkomen in plaats van te verhelpen. Daar waar kwaliteitsindicatoren perverse prikkels geven, wordt dit aangekaart bij instanties als de IGZ.

Op de volgende pagina is het groeimodel weergegeven (tabel 3). Zoals hiervoor beschreven kent het groeimodel 18 kenmerken die in drie fasen van ontwikkeling zijn beschreven. De kenmerken zijn ingedeeld naar drie aspecten ten aanzien van de registratie van kwaliteitsgegevens, te weten: organisatie, registratie en gebruik. Voor deze driedeling is gekozen analoog aan de indeling in structuur (input), proces (throughput) en uitkomstindicatoren (output) van 'Donabedian'³².

³² Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How can it be assessed? The Journal of the American Medical Association, 1743-1748.

	Fase 1: Extrinsicieke motivatie en ad hoc registratie	Fase 2: Interne sturing	Fase 3: Zorgcontrol
Hoe georganiseerd?	De Raad van Bestuur is niet gecommiteerd aan betrouwbaar registreren van kwaliteitsgegevens.	De Raad van Bestuur hecht waarde aan betrouwbaar registreren van kwaliteitsgegevens vanwege financiële, externe motieven.	Bestuurslid is sponsor van betrouwbaar registreren van kwaliteitsgegevens vanwege het gebruik voor interne sturing.
	Leidinggevenden / managers voelen zich niet verantwoordelijk voor goede registratie/ vastlegging; kwaliteitsfunctionaris vindt geen aansluiting.	Kwaliteitsfunctionaris vindt aansluiting bij leidinggevenden op basis van financiële, externe motieven.	Leidinggevende c.q. resultaat verantwoordelijke van het zorgproces is intrinsiek gedreven tot goede registratie/ vastlegging.
	Enkele aangewezen personen nemen het vastleggen van kwaliteitsgegevens voor hun rekening.	Iedere zorgprofessional is betrokken bij het vastleggen van kwaliteitsgegevens, maar deze taak staat los van het zorgproces.	Het vastleggen van kwaliteitsgegevens is integraal onderdeel van de dagelijkse bezigheden van iedere zorgprofessional.
	Er vindt geen of geen continue instructie plaats.	Er vindt instructie van zorgprofessionals plaats t.b.v. van vastleggen van gegevens.	Instructie is op persoonsniveau van de zorgprofessional gelinkt met de kwaliteit van het registreren.
	Er vindt geen (structurele) terugkoppeling en monitoring van kwaliteitsgegevens plaats.	Terugkoppeling en monitoring van kwaliteitsgegevens vindt plaats via een tussenpersoon.	Terugkoppeling en monitoring van registratie van kwaliteitsgegevens is organisatorisch gewaarborgd en voor iedere zorgprofessional zichtbaar.
	De afdeling ICT geeft geen/ weinig prioriteit aan het ontsluiten van resultaten; geen budget voor kwaliteitsregistratie.	De zorginstelling maakt geoormerkt budget vrij voor het inrichten van kwaliteitsregistratie en de afdeling ICT geeft prioriteit aan ontsluiten van kwaliteitsgegevens.	Kwaliteitsregistratie is dermate ingebed in de zorgregistratie dat ontsluiting van kwaliteitsgegevens even eenvoudig is als het ontsluiten van financiële gegevens.
	Verzorgenden/ behandelaars zijn niet betrokken bij controle van resultaten.	Verzorgenden/ behandelaars zijn betrokken bij de controle van kwaliteitsgegevens, vanwege het kunnen afleggen van externe verantwoording.	Verzorgenden/ behandelaars gebruiken kwaliteitsgegevens voor verbeteringen van het zorgproces en controleren zodoende de resultaten op afwijkingen.
	Audits worden niet door een onafhankelijke persoon/ afdeling/ organisatie uitgevoerd.	Audits worden door een onafhankelijke persoon/ afdeling/ organisatie uitgevoerd en zijn vooral gericht op de uitkomsten van het registratieproces of alleen op inrichting/ naleving van het proces.	Audits worden door een onafhankelijke persoon/ afdeling/ organisatie uitgevoerd en zijn gericht op zowel de uitkomsten als de inrichting/ naleving van het registratieproces.
	Er zijn landelijke richtlijnen voor aanlevering, maar de zorgaanbieder volgt deze richtlijnen niet.	De zorgaanbieder volgt landelijke richtlijnen voor aanlevering, zoals door externe partijen als de inspectie opgelegd en gecontroleerd.	De zorgaanbieder volgt landelijke richtlijnen voor aanlevering of wijkt hier vanaf indien nodig o.b.v. interne belangen (comply or explain).
	Er is geen transparantie over de inrichting van het registratieproces, waaronder de berekening van indicatoren.	De inrichting van het registratieproces is zo transparant als gevraagd door externe partijen.	De inrichting van het registratieproces is volledig transparant; van tevoren bekend en herleidbaar (audit trail), vanwege intrinsieke motivatie tot kwaliteitsverbetering.
Resultaten zijn beschikbaar voor externe partijen, zonder inhoudelijke betrokkenheid en goedkeuring van de zorgverleners.	Aanlevering aan externe partijen vindt plaats met betrokkenheid maar zonder expliciete goedkeuring van zorgverleners	Aanlevering aan externe partijen vindt alleen plaats met expliciete goedkeuring van de zorgverleners.	



Tabel 3: Groeimodel registratie van kwaliteitsgegevens.

	Fase 1: Extrinsicieke motivatie en ad hoc registratie	Fase 2: Interne sturing	Fase 3: Zorgcontrol
Hoe geregistreerd?	Vastleggen van kwaliteitsgegevens wordt ervaren als een onnodige administratieve belasting.	Vastleggen van kwaliteitsgegevens wordt noodzakelijk, maar belastend ervaren.	Vastleggen van gegevens is een integraal onderdeel van het functioneren van zorgprofessionals.
	Registratie van kwaliteitsgegevens is een separaat proces (parallel met de registratie in het zorgproces).	Registratie van kwaliteitsgegevens vindt deels parallel en deels geïntegreerd met de registratie in het zorgproces plaats.	Gegevens die worden geregistreerd hebben een directe relatie met de geleverde zorg en worden integraal vastgelegd in het EPD/ECD.
	Bronregistratie vindt op papier en/of in vele subsystemen plaats.	Registratie van kwaliteitsgegevens vindt uiteindelijk plaats in een geïntegreerd systeem, maar eerst op papier.	Gegevens komen uit één bron of enkele geïntegreerde bronnen; geen stand-alone systemen
	Registratie vindt ad hoc of in zogeheten meetweken plaats.	Kwaliteitsregistratie vindt deels continu en deels ad hoc of in meetweken plaats.	Kwaliteitsregistratie is gekoppeld aan de dagelijkse zorgverlening en vindt continu plaats.
	Er zijn geen borgingsmechanismen ingebouwd in de software.	Borgingsmechanismen in de software controleren ingevoerde gegevens achteraf, maar niet tijdens de invoer van gegevens.	Borgingsmechanismen in de software controleren ingevoerde gegevens tijdens de invoer van gegevens (bijv. verplichte velden, type veld, bandbreedte).
Hoe gebruikt?	Kwaliteitsgegevens zijn niet op ieder gewenste moment beschikbaar of alleen met veel inspanning en slechts voor een beperkt aantal personen.	Kwaliteitsgegevens zijn op ieder gewenst moment met weinig inspanning beschikbaar, maar alleen voor een specifiek aantal zorgprocessen of voor een beperkt aantal personen.	Kwaliteitsgegevens zijn op ieder gewenst moment met weinig inspanning beschikbaar voor alle zorgverleners.
	Registreren van kwaliteitsgegevens is geen onderdeel van de planning & control cyclus van de organisatie	Registreren van kwaliteitsgegevens is onderdeel van de planning & control cyclus van de organisatie, maar van ondergeschikt belang aan financiële stuurinformatie.	Registreren van kwaliteitsgegevens is onderdeel van de planning & control cyclus van de organisatie en 'zorgcontrol' is zeker zo belangrijk als financial control.
	Kwaliteitsgegevens worden voornamelijk gebruikt om extern verantwoording af te leggen en nauwelijks voor interne verbeteringen.	Kwaliteitsgegevens worden voornamelijk vastgelegd om extern verantwoording af te leggen en waar relevant ook gebruikt voor interne verbeteringen.	Kwaliteitsgegevens worden vooral gebruikt voor interne verbetering van (zorg)processen en registratie volgt uit wat nodig is als stuurinformatie.
	De wijze en het aggregatieniveau van presenteren van kwaliteitsgegevens sluit alleen aan op de wensen van externe partijen.	Kwaliteitsgegevens worden gepresenteerd voor intern gebruik, maar niet altijd op de gewenste wijze en het juiste aggregatieniveau.	Kwaliteitsgegevens worden toegankelijk gepresenteerd, op de gewenste wijze en het juiste aggregatieniveau.
	Resultaten worden niet geëvalueerd of op een moment dat niet aansluit bij de zorgvoering.	Moment van evaluatie van resultaten sluit aan bij de zorgvoering, maar heeft nauwelijks een signaleringsfunctie op individueel niveau.	Moment van evaluatie van resultaten sluit aan bij de zorgvoering en heeft een signaleringsfunctie op individueel niveau; leidt direct tot acties op cliënt-/patiëntniveau.
	Het monitoren van de betrouwbaarheid van registreren wordt vooral geassocieerd met een afrekencultuur en externe verantwoording.	Monitoring van betrouwbaar registreren is vooral gericht op het verbeteren van de registratie; het geven van een waarheidsgetrouw beeld.	Monitoring van betrouwbaar registreren is hoofdzakelijk gericht op verbetering van het zorgproces (leercultuur).

Tabel 3 (vervolg): Groeimodel registratie van kwaliteitsgegevens.

6.3 Ontwikkeling van de registratiepraktijk

Op basis van het groei-model en de ervaringen van de onderzochte zorgaanbieders, is in kaart gebracht wat voor een zorgaanbieder de meest voor de hand liggende stappen zijn om van de eerste naar de tweede fase en van de tweede naar de derde fase te komen. Het resultaat is weergegeven in tabel vier: te nemen stappen in de ontwikkeling van de registratie van kwaliteitsgegevens.

	
Bewustwording Raad van Bestuur van de consequenties van onbetrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens.	Het onderwerp kwaliteit van zorg onderbrengen in de portefeuille van tenminste één bestuurslid (governance voor kwaliteitsgegevens).
Leidinggevenden bewust maken van de consequenties van onbetrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens. Creëren gezaghebbende positie kwaliteitsfunctionaris.	Leidinggevende is intrinsiek gedreven tot goede registratie door middel van bijvoorbeeld inbedden rol kwaliteitsfunctionaris in functie leidinggevende of in functie controller.
Stuurinformatie op het gebied van kwaliteit opnemen in de planning & control cyclus.	Kwaliteit ('zorgcontrol') minstens zoveel prioriteit geven als financial control.
Geoormerkt budget vrijmaken voor het inrichten van kwaliteitsregistratie.	Kwaliteitsregistratie inbedden in zorgregistratie. Voorafgaand aan implementatie EPD/ECD nadenken over welke kwaliteitsgegevens hoe ontsloten moeten.
Iedere zorgprofessional een taak geven ten behoeve van het vastleggen van kwaliteitsgegevens.	Het vastleggen van kwaliteitsgegevens integreren in het zorgproces. Dit vergt technische hulpmiddelen (hardware) en software-, organisatie- en cultuuraanpassingen.
Instructiesysteem voor het vastleggen van (kwaliteits)gegevens opzetten.	Kwaliteit van eigen registratie voor iedere zorgprofessional zichtbaar maken via registratiesysteem en instructie aanpassen op deze kwaliteit van registreren.
Bewustwording zorgprofessionals van de consequenties van onbetrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens.	Kwaliteitsgegevens gebruiken voor verbeteringen van het zorgproces.
Het vastleggen van kwaliteitsgegevens monitoren en terugkoppelen via een kwaliteitsfunctionaris/ leidinggevende. Indicator kwaliteit van registratie formuleren.	Het vastleggen van kwaliteitsgegevens monitoren en terugkoppelen via het registratiesysteem, zodat kwaliteit van eigen registratie voor iedere zorgprofessional zichtbaar wordt.
Onafhankelijke audit functionaris/afdeling/organisatie aanstellen en uitkomsten laten controleren.	Onafhankelijke audits uitvoeren op inrichting/naleving van het proces in plaats van op de uitkomsten.
Bewustwording zorgaanbieder van de consequenties van het niet volgen van landelijke richtlijnen voor verzameling, bewerking en aanlevering.	Verzameling, bewerking en aanlevering inrichten zoals ingegeven vanuit belang tot kwaliteitsverbetering; 'comply or explain' met landelijke richtlijnen.
Transparantie geven over de inrichting van het registratieproces zoals gevraagd door externe partijen.	Inrichten audit trail: volledige transparantie over de inrichting van het registratieproces.

Tabel 4: Te nemen stappen in de ontwikkeling van de registratie van kwaliteitsgegevens.

Het ontwikkelingsproces zoals hiervoor beschreven, beperkt zich (conform de scope van het onderzoek) tot initiatieven die zorgaanbieders zelf kunnen ondernemen. Echter er zijn ook stappen te benoemen die buiten het bereik van de individuele instellingen liggen, maar die in vervolgprojecten opgepakt dienen te worden door een beleidsbepalende partij of beheerorganisatie (bijvoorbeeld het programmabureau Zichtbare Zorg of een brancheorganisatie).

Voorbeelden van dergelijke maatregelen zijn:

- optimaliseren van de indicatorenset, zodat de gegevens die nodig zijn voor het berekenen van de indicatoren zoveel mogelijk nuttig worden geacht door diegenen die registreren;
- uitwerken van processtandaarden op basis van het registratiemodel beschreven in hoofdstuk vier;

- opstellen van ICT specificaties waaraan EPD's/ECD's ten aanzien van de registratie van kwaliteitsgegevens dienen te voldoen;
- stimuleren van zorgaanbieders bij de implementatie van een EPD/ECD waar kwaliteitsgegevens in worden vastgelegd en kwaliteitsgegevens uit wordt ontsloten. Hierbij dient ook de samenwerking met softwareleveranciers gezocht te worden; bijvoorbeeld door het certificeren van EPD's/ECD's. Andere 'incentives', zoals soepeler toezicht door de IGZ bij het werken met gecertificeerde systemen, behoren ook tot de mogelijkheden;
- transparant maken van de processen van schoning, bewerken van gegevens en berekenen van indicatoren zoals die, onder andere, door Zichtbare Zorg worden uitgevoerd.

Deel III: Huidige registratiepraktijk

7 Huidige registratie van kwaliteitsgegevens in vier sectoren

7.1 Inleiding

Paragraaf 7.2 geeft een beschrijving van de ervaring van zorgaanbieders ten aanzien van de eigen kwaliteitsregistratie. Paragraaf 7.3 gaat in op een aantal bevindingen betreffende de registratie van gegevens ten behoeve van de indicatorensets 2009. Paragraaf 7.4 beschrijft de bevindingen van de vergelijking tussen de drie zorgaanbieders per sector die naar verwachting relatief vergevorderd zijn qua registratievolwassenheid en de acht zorgaanbieders die zich in verschillende stadia van registratievolwassenheid bevinden. Paragraaf 7.5 beoordeelt in welke mate de top tien risico's van de betrouwbaarheid van registratie uit het rapport 'Voorkomen is beter dan genezen' zich manifesteren.

7.2 Ervaring van zorgaanbieders

Over het algemeen zijn de geïnterviewden zich terdege bewust van de gevolgen van het al dan niet deelnemen aan het programma Zichtbare Zorg al was het maar omdat externe partijen (zorgverzekeraars/zorgkantoren) kortingen opleggen indien een zorgaanbieder afziet van deelname aan het programma.

De geïnterviewden hechten veel waarde aan het creëren van een waarheidsgetrouw beeld van de organisatie. Dit uit zich in de nodige inspanningen door bijvoorbeeld kwaliteitsfunctionarissen die zelf instructies ontwikkelen voor registrerende hulpverleners.

Zij zien de voordelen van transparantie; bijvoorbeeld als kans om te tonen waar de zorgaanbieder goed in is. Tegelijkertijd zijn veel van de geïnterviewden van mening dat de uitkomsten op de indicatoren op dit moment gevoelig zijn voor beïnvloeding door manipulatie van kwaliteitsgegevens.

Door indicatoren op het niveau van organisatorische eenheden (OE-niveau) terug te koppelen zijn de scores helaas niet voor alle organisaties even bruikbaar voor interne sturing. Veel deelnemers zien liever informatie op afdelingsniveau en vinden de OE-indeling daarom te grof. Voor externe publicatie is het echter de vraag of de rapportage naar OE niveau niet juist te fijnmazig is, zeker wanneer een patiënt/cliënt geen invloed kan uitoefenen op de keuze voor een OE maar wel voor de keuze van een organisatie. Hier is dus sprake van een moeilijk op te lossen spanningsveld. Bij de ziekenhuizen speelt dit probleem minder aangezien het gros van de indicatoren in deze sector gerelateerd is aan specifieke aandoeningen en de behandeling van aandoeningen grotendeels (maar ook niet altijd) één op één is terug te voeren op specifieke afdelingen.

De vrees voor een administratieve lastenverzwaring wordt als een grote barrière gezien voor de registratie van kwaliteitsgegevens. De respondenten maken zich zorgen over het feit dat de prestatie-indicatoren niet door alle externe partijen (zoals de Inspectie voor de Volksgezondheid of de zorgverzekeraars) als volledig toereikend worden gezien, waardoor noodgedwongen meerdere kwaliteitsregistraties naast elkaar blijven bestaan. Dit komt ook doordat de huidige registraties die worden gebruikt in de eerste plaats bedoeld zijn als een financiële administratie/registratie en daardoor niet altijd even geschikt zijn om kwaliteitsgegevens uit af te leiden. Een andere belemmering voor de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens die wordt genoemd door de respondenten is de snelheid en frequentie waarmee kwaliteitsindicatoren ingesteld en weer aangepast worden. Het frequent wijzigen en het snel uitbreiden van het aantal indicatoren maakt het moeizaam de digitale bronsystemen hierop tijdig aan te laten sluiten. Veel van de respondenten geven aan dat de oplossing uiteindelijk ligt in flexibele ICT systemen die verslaglegging van kwaliteitsgegevens en rapportage van kwaliteitsgegevens naast andere (financiële) gegevens integraal ondersteunen. Hoofdstuk twaalf licht dit verder toe.

7.3 Registratie ten behoeve van indicatorensets 2009

Voorafgaand aan de werkbezoeken hebben de respondenten een digitale vragenlijst ingevuld waarin zij allereerst per indicator aangaven of de organisatie kwaliteitsgegevens ten behoeve van deze indicator registreert; of registratie elektronisch of op papier plaatsvindt; welk registratiesysteem de organisatie gebruikt; welk rapportcijfer zij geven voor de betrouwbaarheid van de registratie van hun organisatie en welke knelpunten de organisatie ervaart. De onderstaande tabel geeft de uitkomsten van de vragenlijst per sector beknopt weer. Voor meer informatie per sector verwijzen wij naar de verslaglegging van de werkconferentie in de bijlage.

	GGZ	GHZ	VV&T	ZKZ
Percentage indicatoren waarvoor gegevens worden geregistreerd	61,9 % (0,0 – 88,5 %)	82,8 % (29 – 100 %)	91,9 % (61,1 – 100 %)	81 % (60 – 91 %)
Percentage geregistreerde gegevens dat direct elektronisch wordt geregistreerd	90,7 % (65,2 – 100 %)	20,6 % (0,0 – 88 %)	28,5 % (0,0 – 83,3 %)	79 % (67 – 100 %)
Aantal verschillende systemen dat wordt gebruikt voor registratie van gegevens	5	7	7	15
Rapportcijfer dat de organisaties zichzelf geven voor de betrouwbaarheid	7,6 (n = 9) (7,2 – 8,0)	7,1 (n = 8) (4,7 – 8,9)	7,3 (n = 11) (6,2 – 7,8)	8,3 (n=4) (7,9 – 8,6)

Tabel 5: Registratie ten behoeve van indicatorensets 2009; gemiddelde en spreiding per sector

Bij de tabel dient te worden opgemerkt dat de resultaten niet per definitie representatief zijn voor de verschillende sectoren en uitsluitend een beeld geven van de bezochte zorgaanbieders. Zie voor een nadere toelichting hoofdstuk twee, paragraaf 2.1.

7.3.1 Percentage indicatoren waarvoor gegevens worden geregistreerd

Uit de tabel blijkt dat het percentage indicatoren waarvoor gegevens worden geregistreerd gemiddeld het laagst is binnen de bevroegde organisaties in de sector GGZ. Een verklaring is de grote verscheidenheid aan GGZ organisaties. Dit is ook af te lezen uit de grote spreiding in het percentage indicatoren waarvoor GGZ organisaties gegevens registreren. De indicatoren GGZ 2009 komen voort uit een intramurale behandelsetting en zijn daarom minder relevant voor organisaties die vooral extramurale begeleiding aan cliënten bieden. Ondanks het relatief hoge percentage geregistreerde gegevens, werd deze opmerking ook vaak gemaakt door bevroegde organisaties in de sector VV&T. Ondanks de opstartfase in de sector GHZ is het gemiddelde percentage indicatoren waarvoor gegevens worden geregistreerd in deze sector behoorlijk hoog; er zijn echter ook organisaties die (nog) niet veel registreren, zoals te zien in de grote spreiding.

7.3.2 Percentage indicatoren waarvoor gegevens elektronisch geregistreerd

Opvallend is dat een hoge mate van registratie niet automatisch ook een hoge mate van elektronische registratie betekent. Zo is in de sectoren VV&T en GHZ de mate van registratie het hoogst (gemiddeld 91,9 en 82,8 procent), maar de mate van elektronische registratie juist het laagst (gemiddeld 28,5 en 20,6 procent). Een verklaring voor dit verschijnsel is mogelijk dat deze sectoren met papieren vragenlijsten en meetweken werken. In deze sectoren is ook de spreiding van het percentage hoger dan in de sectoren GGZ en ZKZ; sommige organisaties in de VV&T en GHZ registreren voor geen van de indicatoren direct elektronisch gegevens, maar anderen doen dit voor een groot aantal indicatoren al wel.

7.3.3 Aantal verschillende systemen

Het aantal verschillende systemen dat wordt gebruikt voor registratie van kwaliteitsgegevens varieert behoorlijk. Bij de door ons bezochte zorgaanbieders in de GGZ troffen we vijf verschillende systemen aan, bij de zorgaanbieders in de ZKZ waren dit er 15. Een belangrijke verklaring voor het grote aantal gebruikte systemen binnen de ziekenhuizen is het feit dat hier per aandoening wordt geregistreerd. Per sector worden de volgende systemen het meest gebruikt:

GGZ	EPD Psygis, Quest Manager, EPD Plancare, User en EPD Care4 en papieren registraties;
Gehandicaptenzorg	Care View 2.8 voor het elektronisch cliëntendossier (ECD), het verzuimportaal, het (papieren) zorgplan, de (papieren) risicokaart, het (papieren) medisch rapport en het incidentenregister;
VV&T Ziekenhuizen	RAI, LPZ, Xsarus, ECD, MIC en (papieren) cliëntdossiers; Chipsoft, SAP, iSoft, Epic, McKesson, diverse stand alone applicaties op afdelingen, Excel-bestanden en papieren registraties.

Met de invoer van het EPD en ECD worden alle relevante zorggegevens zoveel mogelijk in dat systeem ingevoerd. Belangrijke kanttekening is dat een EPD of ECD kan bestaan uit verschillende applicaties die (deels) aan elkaar zijn gekoppeld. Vooral binnen de ziekenhuizen zal dit laatste vaak het geval zijn. De verwachting is dat het EPD en ECD in de toekomst de leidende registratiesystemen voor zorgaanbieders worden. Uit deze systemen worden productie-, maar ook kwaliteitsgegevens afgeleid.

7.3.4 Zelfevaluatie van de betrouwbaarheid

De rapportcijfers die de bezochte zorgaanbieders zichzelf geven voor de betrouwbaarheid van de registratie is met gemiddeld een 7,6 redelijk hoog te noemen. Het is niet verrassend dat organisaties in de sector met de meeste ervaring (ZKZ) zichzelf het hoogste gemiddelde cijfer geven en dat organisaties in de sector met de minste ervaring (GHZ) zichzelf het laagste gemiddelde cijfer geven. Dat de organisatie die zichzelf gemiddeld het laagste cijfer (een 4,7) geeft een GHZ organisatie is, past in dit patroon. Wel opvallend is dat een van de andere GHZ organisaties zichzelf het hoogste cijfer heeft gegeven dat voorkomt (een 8,9).

In alle vier sectoren zien we verder dat de spreiding van de rapportcijfers tussen de indicatoren (bij dezelfde zorgaanbieder) veel groter is dan de spreiding tussen de gemiddelden van de zorgaanbieders: organisaties geven de betrouwbaarheid van registratie van gegevens op sommige indicatoren een 2, 3 of 4 en op andere indicatoren een 8, 9 of zelfs 10.

7.3.5 Resultaten inloophase ziekenhuizen

In de ziekenhuissector heeft in de zomer van 2009 eerder een zelfevaluatie plaatsgevonden op onder andere de betrouwbaarheid van de onderliggende registratie per indicator. Bij deze zelfevaluatie is gebruik gemaakt van een vlaggensystematiek. De destijds gehanteerde definitie van de vlaggen was rood: 'slecht', oranje: 'matig' en groen: 'goed'. Aan deze zelfevaluatie deden 88 ziekenhuizen mee. Het resultaat van de zelfevaluatie was dat de ziekenhuizen zichzelf gemiddeld 'oranje' scoorden op alle van toepassing zijnde indicatoren. Wanneer deze score wordt vergeleken met de score die vier ziekenhuizen zichzelf geven voor betrouwbaarheid in dit onderzoek valt op dat de score 8,3 overeenkomt met een score 'goed' in plaats van een score 'matig'. De verklaring hiervoor is mogelijk dat juist de drie ziekenhuizen die door de onderzoekers op voorhand als 'best practice' waren aangewezen en nog één ander ziekenhuis de vragen over de rapportcijfers hebben beantwoord. De andere ziekenhuizen verwezen naar de resultaten van de zelfevaluatie in de zomer van 2009 en hebben niet opnieuw rapportcijfers toegekend voor de betrouwbaarheid van de registratie.

7.4 Verschillen in registratievolwassenheid

Zoals beschreven in hoofdstuk twee zijn per sector drie zorgaanbieders die naar verwachting relatief vergevorderd zijn qua registratievolwassenheid geselecteerd en acht zorgaanbieders die zich in verschillende stadia van registratievolwassenheid bevinden. Deze paragraaf geeft de uitkomsten weer van de vergelijking tussen beide groepen zorgaanbieders.

In de sector ZKZ waren alle geselecteerde zorgaanbieders bereid deel te nemen aan het onderzoek. Hierdoor kunnen we in deze sector het best de vergelijking maken tussen de drie zorgaanbieders die naar verwachting relatief vergevorderd zijn qua registratievolwassenheid (hierna de selectie van drie) en de acht zorgaanbieders die waarschijnlijk minder ver gevorderd zijn (hierna de selectie van acht). Uit de werkbezoeken blijkt dat één van de drie vergevorderde ziekenhuizen nagenoeg op alle onderzochte kenmerken daadwerkelijk beter presteert op de inrichting van het proces voor kwaliteitsregistratie. De overige twee presteren niet op alle kenmerken beter dan de zorgaanbieders in de selectie van acht ziekenhuizen. Bepaalde aspecten zijn echter bij de selectie van drie beter georganiseerd dan bij de selectie van acht. Zo wordt bij de selectie van drie, kwaliteitsgegevens meer automatisch afgeleid uit registraties in het primair proces, zijn er maatregelen getroffen om te voorkomen dat er mutaties met terugwerkende kracht plaatsvinden en om zeker te stellen dat gegevens juist, volledig en tijdig worden aangeleverd en verloopt de overdracht van gegevens naar de beheerorganisaties met minder fouten. Echter binnen de selectie van drie blijken de professionals ook bezwaren te hebben tegen het registreren van kwaliteitsgegevens of onvoldoende vaardigheden te hebben, worden procesbeschrijvingen niet direct of gestructureerd aangepast of blijkt er niet altijd een onafhankelijke audit functie te bestaan voor kwaliteitsgegevens. Op deze aspecten presteren ze dus niet beter dan de overige acht zorgaanbieders.

In de sector GGZ was de deelnamebereidheid eveneens relatief hoog en konden alle geselecteerde vergevorderde zorgaanbieders bezocht worden. Net als in de sector ZKZ blijkt dat één van de drie vergevorderde GGZ organisaties op nagenoeg alle onderzochte kenmerken daadwerkelijk beter presteert op de inrichting van het proces voor kwaliteitsregistratie. De grootste voorsprong bestaat uit de inbedding van de kwaliteitsregistratie in het primair proces en het automatisch kunnen afleiden en verzamelen van kwaliteitsgegevens. Voor één van de andere drie vergevorderde zorgaanbieders bleken de huidige GGZ indicatoren niet relevant, waardoor de organisatie laag scoort op de processtappen twee, vijf, zes, acht en tien. De derde van de vergevorderde zorgaanbieders bleek in het onderzoek niet hoger te scoren dan de selectie van de overige acht zorgaanbieders.

In de sector VV&T bleken twee van de drie geselecteerde vergevorderde zorgaanbieders niet bereid tot deelname³³. Dit maakt een vergelijking met de acht zorgaanbieders die waarschijnlijk minder vergevorderd zijn niet goed mogelijk. De derde van de vergevorderde zorgaanbieders blijkt in het onderzoek niet hoger te scoren dan de acht overige VV&T organisaties.

Ondanks de relatief lage deelnamebereidheid in de GHZ sector, bleken juist de drie geselecteerde vergevorderde zorgaanbieders wel bereid deel te nemen aan het onderzoek. Twee van deze drie zorgaanbieders kwamen ook uit onderzoek naar voren als organisaties die beter presteren dan de acht overige zorgaanbieders. Deze voorsprong is vooral te danken aan het gebruik van elektronische bronnen, een kwaliteitsregistratie die onderdeel is van de reguliere zorgverlening, duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden en het treffen van maatregelen om te voorkomen dat er mutaties met terugwerkende kracht plaatsvinden.

7.5 Manifestatie belangrijkste risico's 'Voorkomen is beter dan genezen'

Voor het vooronderzoek 'Voorkomen is beter dan genezen' hebben 69 risico's ten aanzien van de betrouwbaarheid van kwaliteitsgegevens input gevormd. In een 'Delphi' sessie met twee ronden zijn deze risico's vervolgens door experts geprioriteerd. Dit heeft geresulteerd in onderstaande top tien van risico's:

³³ Deze zorgaanbieders gaven aan geen tijd te kunnen vrijmaken voor het onderzoek

1. Het risico dat de indicatoren vaag zijn geformuleerd en daardoor niet voldoende meetbaar zijn.
2. Het risico dat indicatoren niet scherp genoeg zijn gedefinieerd.
3. Het risico dat de prestatie-indicatoren niet de werkelijke kwaliteit van de zorg/behandeling weergeven.
4. Het risico dat het management te weinig stuurt op waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsinformatie.
5. Het risico dat de basisbestanden die voor kwaliteitsinformatie nodig zijn (zoals aantallen cliënten en personeelsformatie) onvoldoende betrouwbaar zijn.
6. Het risico dat het leveren van kwaliteitsinformatie niet goed is ingebed in reguliere werkprocessen.
7. Het risico dat zorgaanbieders in een keten dezelfde feiten niet op dezelfde manier registreren.
8. Het risico dat gegevens van zorgaanbieders intern onvoldoende worden gecontroleerd en op een eenduidige manier aangeleverd.
9. Het risico dat als de beheerorganisatie de informatie eenmaal beschikbaar heeft gesteld, die voor eindgebruikers niet zo duidelijk is en toelichting behoeft.
10. Het risico van ontbreken van interne controles op het proces van informatieverzameling, registratie en aggregatie van eigen kwaliteitsregistraties.

De eerste drie risico's hebben betrekking op de eerste processtap van het in hoofdstuk drie geïntroduceerde procesmodel: 'Het vaststellen en definiëren op te leveren indicatoren' en vallen derhalve buiten de scope van dit onderzoek. Risico's vier tot en met tien zijn wel onderzocht tijdens de werkbezoeken. In deze paragraaf wordt per risico per sector aangegeven in welke mate dit risico zich manifesteert (netto risico).

Het risico dat het management te weinig stuurt op waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsgegevens.

Zoals in paragraaf 5.2 onder processtap 3B beschreven, is in de sector ZKZ het Zichtbare Zorg traject en de registratie van kwaliteitsgegevens meestal onderdeel van de reguliere kwaliteitssystemen en de Planning & Control cyclus van de organisatie. In de overige sectoren blijkt dit echter overwegend niet het geval te zijn.

Kwaliteitsfunctionarissen spelen de kwaliteitsgegevens wel door aan managers en initiëren verbeterprojecten, maar het gebruik van de gegevens is niet dermate ingebed dat deze worden gebruikt als basis voor stuurinformatie op afdelings-/RVE-/sectorniveau. Doordat het gebruik van kwaliteitsgegevens nog onvoldoende is ingebed, wordt het belang van waarheidsgetrouw registreren nog onvoldoende erkend. Onder processtap vijf is daarnaast toegelicht dat de mate van terugkoppeling aan hulpverleners/behandelaars tijdens het registreren in alle sectoren nog minimaal is. Wij concluderen om deze redenen dat de kans groot is dat het risico dat het management te weinig stuurt op waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsgegevens zich manifesteert.

Het risico dat de basisbestanden die voor kwaliteitsgegevens nodig zijn (zoals aantallen cliënten en personeelsformatie) onvoldoende betrouwbaar zijn.

Dit risico hangt samen met de aspecten genoemd onder de processtappen twee en vijf. Zoals onder deze processtappen beschreven, onderscheiden we enerzijds de sectoren GHZ en VV&T (waar kwaliteitsregistratie veelal een losstaand project is) en anderzijds de sectoren GGZ en ZKZ (waar kwaliteitsregistratie meer is ingebed in de reguliere zorgverlening).

Mede hierdoor leggen organisaties in de VV&T en GHZ gegevens vast aan de hand van papieren vragenlijsten en worden de antwoorden vervolgens overgetypt. Dit alles vergroot de kans op fouten en de kans op 'window dressing'. Het gevolg hiervan is dat de zorgaanbieder meer maatregelen zal moeten nemen om betrouwbaarheid van bronbestanden te waarborgen.

Onder processtap zeven is echter benoemd dat interne audit/controle van de gegevens door gebrek aan tijd slechts globaal plaatsvindt. In de sectoren GHZ en VV&T is daarom de conclusie dat het risico dat de basisbestanden die voor kwaliteitsgegevens nodig zijn onvoldoende betrouwbaar zijn, zich manifesteert. In de sectoren GGZ en ZKZ is dit risico relatief minder groot.

Het risico dat het leveren van kwaliteitsgegevens niet goed is ingebed in reguliere werkprocessen.

Bij dit risico speelt wederom het onderscheid tussen enerzijds de GHZ en VV&T en anderzijds de GGZ en ZKZ. Door de losstaande projectorganisatie en het gebrek aan elektronische registratie is kwaliteitsregistratie in de sectoren GHZ en VV&T onvoldoende onderdeel van de reguliere zorgverlening. Dit alles vergroot de kans op fouten en vraagt een extra belasting tijdens de meetweek, hetgeen bezwaren oproept onder diegenen die registreren.

Indien wel gewerkt wordt met een EPD of ECD – zoals in de sectoren GGZ en ZKZ –, blijkt de registratie meer onderdeel van de reguliere zorgverlening te zijn. Ook worden indicatoren soms automatisch afgeleid uit registraties in het primaire proces. Desondanks geven ook organisaties in de GGZ en ZKZ aan dat het verzamelen van gegevens en (aan)leveren van de indicatoren alsnog vele handelingen vergt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat directe aansluiting op het systeem van Zichtbare Zorg in de meeste gevallen (nog) niet mogelijk is. Ook zijn de indicatoren aan verandering onderhevig en moeten 'queries' opnieuw geprogrammeerd of herschreven worden. We kunnen daarom concluderen dat het risico dat het leveren van kwaliteitsgegevens niet goed is ingebed in reguliere werkprocessen in alle sectoren een manifest risico is.

Het risico dat zorgaanbieders in een keten dezelfde feiten niet op dezelfde manier registreren.

Idealiter wordt een indicator als decubitus in een ziekenhuis op dezelfde wijze geregistreerd als in een verpleeg- of verzorgingshuis. Op dit moment is dit nog onvoldoende geborgd. Dit vergt coördinatie tussen de sectoren bij de uitwerking van het registratiemodel in processtandaarden. Dit risico is dus manifest.

Het risico dat gegevens van zorgaanbieders intern onvoldoende worden gecontroleerd en niet op een eenduidige manier worden aangeleverd.

De inrichting van de controle en interne audits binnen de organisaties in de vier sectoren is sterk afhankelijk van de wijze waarop kwaliteitsregistratie in het algemeen is ingericht. Ook hierbij is een onderscheid tussen kwaliteitsregistratie als losstaand project (in de sectoren GHZ en VV&T) en kwaliteitsregistratie die is ingebed in de reguliere zorgverlening (in de sectoren GGZ en ZKZ). Bij ingebedde kwaliteitsregistratie zijn de audits van EPD/ECD toereikend aangezien kwaliteitsgegevens automatisch hieruit afgeleid wordt. Bij een losstaande projectorganisatie zal de zorgaanbieder naast de algemene zorgdossieraudits extra maatregelen moeten nemen om de betrouwbaarheid van aangeleverde gegevens te waarborgen. Deze controles worden thans op ad hoc basis uitgevoerd en zijn door een ervaren gebrek aan tijd erg globaal. Het risico dat gegevens intern onvoldoende worden gecontroleerd doet zich dus het sterkst voor in de sectoren GHZ en VV&T.

Daarnaast dienen zorgaanbieders in alle sectoren aan vele verschillende partijen (waaronder Zichtbare Zorg) kwaliteitsgegevens te leveren. Deze partijen blijken de kwaliteitsgegevens op verschillende manieren uit te vragen. Binnen alle sectoren manifesteert zich daarom het risico dat zorgaanbieders zich vergissen of de voorkeur geven aan de registratiewijze van één van deze partijen. Het aanleveren gebeurt daarom niet altijd zoals Zichtbare Zorg bedoelt en derhalve ook niet consistent met andere zorgaanbieders. Zoals benoemd onder processtap acht hebben zorgaanbieders in de VV&T sector meerdere mogelijkheden om gegevens aan te leveren. Het blijkt bij een aantal zorgaanbieders dat aanlevering via het ene systeem andere resultaten geeft dan via een ander systeem. We concluderen om bovenstaande redenen dat dit risico zich binnen alle sectoren in meer of mindere mate manifesteert.

Het risico dat als de beheerorganisatie de informatie eenmaal beschikbaar heeft gesteld, die voor de eindgebruikers niet zo duidelijk is en toelichting behoeft.

Uit de werkbezoeken is gebleken dat ook dit risico zich manifesteert. Zo blijkt dat de kwaliteitsgegevens vaak niet bruikbaar is voor kwaliteitsfunctionarissen en zorgmanagers doordat het aggregatieniveau niet aansluit bij de praktijk. Terugkoppeling op concern- of locatieniveau wordt vaak te grofmazig gevonden, doordat een concern/locatie uit vele verschillende diensten/afdelingen met hun eigen cliëntenpopulatie bestaat. Om te kunnen onderscheiden waar verbeterpotentieel zit, is vaak terugkoppeling op een lager aggregatieniveau nodig. Daarnaast geven zorgaanbieders in de VV&T sector aan dat de waardering in sterren onvoldoende duidelijk is. Graag zien zorgaanbieders ook hun absolute scores (in plaats van alleen relatief met andere zorgaanbieders), zodat er een heldere vergelijking met voorgaande jaren gemaakt kan worden, in de vorm trendanalyses en interne benchmarking in de tijd.

Het risico van ontbreken van interne controles op het proces van informatieverzameling, registratie en aggregatie van eigen kwaliteitsregistraties.

In paragraaf 3.4.2 introduceerden we vier typen controlemaatregelen, te weten: functiescheiding, handmatige controls, application controls en general IT controls. De onderscheiden typen controlemaatregelen gebruikten we bij de ontwikkeling van het registratiemodel. Wanneer we de huidige registratiepraktijk onderzoeken valt op dat het gebruik van deze controlemaatregelen op dit moment verschillend is in de sectoren. De ziekenhuissector maakt het meeste gebruik van 'IT general controls' en 'application controls' in het proces van informatieverzameling, registratie en aggregatie van eigen kwaliteitsgegevens. De gehandicaptensector het minst. Alle vier de sectoren maken in zekere mate gebruik van functiescheiding en handmatige controls. Het uitvoeren van audits op het functioneren van

de controls in relatie tot kwaliteitsgegevens is echter in alle vier de sectoren nog matig ontwikkeld. Resumerend kan worden gesteld dat dit risico in alle vier de sectoren manifest is.

8 Huidige registratie van kwaliteitsgegevens per sector

8.1 Inleiding

De paragrafen 8.2 tot en met 8.5 vatten per sector de belangrijkste kenmerken van de huidige situatie van de registratiepraktijk samen. Deze kenmerken zijn vastgesteld op basis van de interviews van en werkbezoeken bij de elf bezochte zorgaanbieders per sector alsmede de werkconferentie met de werksessies op 4 december 2009. Dit beeld hoeft echter niet altijd representatief te zijn voor een sector als geheel (zie ook de opmerkingen hieromtrent in hoofdstuk twee). Voor meer informatie per sector, verwijzen wij naar de verslaglegging van de werkconferentie van 4 december 2009 op www.zichtbarezorg.nl.

8.2 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Op basis van de elf bezoeken in deze sector lijkt de registratie van kwaliteitsgegevens binnen de GGZ over het algemeen al redelijk te verlopen. Aan belangrijke voorwaarden voor het betrouwbaar inrichten van processtappen wordt grotendeels voldaan. Er is echter desondanks nog wel verbetering noodzakelijk om tot voldoende waarborgen en beheersmaatregelen voor betrouwbare registratie te komen. Met name op het vlak van het registreren en het verzamelen van kwaliteitsgegevens. Binnen de GGZ wordt voornamelijk geregistreerd voor de DBC facturatie en 90 procent van de gegevens daarvan kunnen op dit moment ook worden gebruikt voor de kwaliteitsindicatoren. Het is echter de vraag of deze registratie(bron) op termijn, bij de ontwikkeling van nieuwe indicatoren, voldoende zal blijken. Meer voor de hand liggend lijkt het wanneer een ECD leidend wordt en productie-, maar ook kwaliteitsgegevens uit het ECD worden afgeleid. Op dit moment zijn veelal nog (handmatige) bewerkingen van kwaliteitsgegevens nodig. Daarnaast speelt bij respondenten uit deze sector ook dat de zorg dat het belang van het registreren van kwaliteitsgegevens nog niet voldoende helder is binnen de organisaties. Hierdoor en omdat registratie als een noodzakelijk kwaad wordt gezien, staat het registreren van gegevens ten behoeve van kwaliteitsindicatoren niet op de prioriteitenlijst van de professionals. Er blijkt een grote verscheidenheid te bestaan in systemen die door verschillende zorgaanbieders worden gebruikt voor de registratie van (kwaliteits)gegevens. Wanneer een zorgaanbieder haar systeem wil of moet aanpassen vanwege externe eisen of nieuwe wet- en regelgeving, blijkt dit vaak op korte termijn niet mogelijk door capaciteitsproblemen van de softwareleverancier of door onduidelijkheid over de gestelde eisen.

“De GGZ indicatoren zijn nauwelijks relevant voor onze kwaliteit van zorg. Vorig jaar hebben we met het zorgkantoor afgesproken dat als we niet deelnemen aan het programma Zichtbare Zorg, dat geen financiële consequenties heeft. Maar onlangs bleek dat we wel degelijk gekort worden omdat we niet meedoen.”

“Bij de start van Zichtbare Zorg is de toezegging gedaan dat zorgaanbieders niet langer zullen worden lastig gevallen door meerdere externe partijen die kwaliteitsgegevens vragen. In de praktijk is het eerder een partij die erbij is gekomen; andere partijen als de zorgverzekeraars en inspectie kloppen op hun beurt ook nog steeds aan. En het vervelende is: de indicatoren en definities zijn niet eenduidig, maar verschillen vaak van elkaar”.

Belangrijkste registratiebronnen

Voor het vullen van de zorginhoudelijke prestatie-indicatoren wordt binnen de GGZ zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande meetinstrumenten en informatiebronnen. Voor veel kwaliteitsindicatoren vormt de DBC-registratie een informatiebron. De basisset prestatie-indicatoren bevat voor iedere indicator een suggestie voor mogelijke

meetinstrumenten en bronnen. Voor de zorginhoudelijke indicatoren op het domein van 'Effectiviteit van zorg' zijn dit ondermeer:

- Administratie van de zorgaanbieder;
- Minimale Preventie Gegevens Set (Preventis);
- ROM (Routine Outcome Monitoring) met als onderliggende vragenlijsten onder andere BSI (Brief Symptom Inventory), BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) en MATE (Meten van Addictie voor Triage en Evaluatie);
- HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale);
- CAN (Camberwell Assessment of Need);
- MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life).

Op het domein van 'Veiligheid' worden daarnaast genoemd: MIC/MIP/FONA, Argus en Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis Informatie Systeem (BOPZIS). Op het domein van 'Cliëntgerichtheid' zijn daarnaast gegevens uit de 'CQ index' en de 'Thermometer Cliëntwaardering' te gebruiken. De GAF wordt afgeraden vanwege verhoogd risico op onbetrouwbaarheid als gevolg van het feit dat hulpverleners de uitkomst niet voor hun behandeling gebruiken.

Tijdens de interviews bleek dat diverse ICT systemen gebruikt worden voor de registratie van kwaliteitsgegevens, waar onder EPD Psygis, Quest Manager, EPD Plancare, User en EPD Care4. 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 voldoende capaciteit heeft om snel in te spelen op de wensen van de klant.

8.3 Huidige situatie sector Gehandicaptenzorg (GHZ)

De registratie van de kwaliteitsgegevens vindt in de gehandicaptenzorg allereerst op papier plaats. De voornaamste reden om te kiezen voor een registratie op papier is de fase waarin de registratie van kwaliteitsgegevens in de gehandicaptensector zich op dit moment bevindt. De prestatie-indicatoren voor de gehandicaptensector zijn begin november 2009 bekend gemaakt en de instellingen hebben voor de registratie ten behoeve van de gegevens voor de berekening van deze indicatoren veelal nog geen elektronische systemen ingericht. De registratie van kwaliteitsgegevens ten behoeve van de berekening van prestatie-indicatoren voor Zichtbare Zorg is voor de gehandicaptenzorg nieuw. De respondenten van de elf zorgaanbieders in de gehandicaptensector geven aan behoefte te hebben aan een veilige leeromgeving voor het registreren van kwaliteitsgegevens. Wellicht is het digitaliseren van de registratie van kwaliteitsgegevens voor de meeste zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg nog een brug te ver.

“De indicatoren van Zichtbare Zorg hebben een behoorlijk rechtlijnige benadering: je wilt van A naar B en hoe doe je dat? De zorg en begeleiding worden hiermee zakelijker gemaakt. In de gehandicaptenzorg is dit vaak echter niet het belangrijkste: het gaat juist om het kunnen inspelen op veranderingen in de situatie van de cliënt. Om dit te kunnen doen moet je een relatie kunnen opbouwen. Ik betwijfel dus of het goed is om meer zakelijk te werk te gaan.”

“Het primaire doel moet zijn om de kwaliteit van zorg verbeteren; secundair pas externe verantwoording. De indicatoren lijken vooral tot doel externe verantwoording te hebben. Dit is het doel van de bezoeken door de inspectie (die overigens wel wat strenger en onverwachter mogen: anders teveel window-dressing).”

Op 16 februari jongstleden stuurde PWC-TNO het ‘Verslag van de kwaliteitsmonitor februari’ aan de stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptensector. In dit verslag is, uit het totaal van 69 risico’s beschreven in ‘Voorkomen is beter dan genezen’, een selectie gemaakt van de 14 grootste risico’s voor de registratie van kwaliteitsgegevens in de gehandicaptensector op dit moment. Deze risico’s geven een goed beeld van de laatste stand van zaken met betrekking tot de registratie van kwaliteitsgegevens in de gehandicaptensector. Ter illustratie zijn deze 14 risico’s hierna overgenomen. Tussen haakjes staan de nummers van de processtappen waar deze risico’s betrekking op hebben. Door de risico’s te koppelen aan de processtappen, is het mogelijk de verbinding te leggen tussen de geïdentificeerde risico’s enerzijds en beheersmaatregelen (in de vorm van de beschrijving van de gewenste situatie per processtap (paragraaf 4.3) in het registratiemodel) anderzijds.

Risico's uit verslag kwaliteitsmonitor februari 2010³⁴:

1. Het risico dat professionals twijfels hebben over de toepassing van indicatoren en daarom niet registreren (1, 10 en 11);
2. Het risico dat de indicatoren onvoldoende aansluiten bij wat de instellingen redelijkerwijs kunnen aanleveren (1 en 2);
3. Het risico dat definities niet helder aangeven welke doelgroepen er wel en niet onder vallen (1 en 4);
4. Het risico dat indicatoren niet scherp genoeg zijn gedefinieerd (1);
5. Het risico dat de prestatie-indicatoren niet de werkelijke kwaliteit van de zorg/behandeling weergeven (1);
6. Het risico van onnauwkeurige registraties omdat professionals niet weten waarom er geregistreerd moet worden (1 en 4);
7. Het risico dat professionals het niet altijd eens zijn over de interpretatie van indicatoren (1 en 4);
8. Het risico dat professionals een vergissing maken bij het invullen van de gegevens (5 en 7);
9. Het risico dat professionals niet (volledig) bereid zijn om de gegevens, ook als ze minder gunstig zijn, waarheidsgetrouw in te vullen (4, 5, 7 en 11);
10. Het risico dat professionals onvoldoende tijd hebben om de kwaliteitsregistratie bij te houden (3A, 4, 5 en 7);
11. Het risico dat het leveren van kwaliteitsinformatie niet goed is ingebed in reguliere werkprocessen (5);
12. Het risico dat professionals onvoldoende leren uit het registreren van kwaliteitsgegevens (5);
13. Het risico dat professionals onvoldoende het nut van de indicatoren onderschrijven (1, 4 en 5);
14. Het risico dat het management te weinig stuurt op waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsgegevens (4 en 5).

De meeste van de gesignaleerde risico's hebben betrekking op de eerste vijf processtappen van het registratiemodel. Dit sluit aan bij de fase van registratie (sinds november 2009) waarin de sector gehandicaptenzorg zich bevindt.

Belangrijkste registratiebronnen

De meeste instellingen in de gehandicaptensector hebben nog geen (digitaal) systeem voor de registratie van de kwaliteitsprestaties. Uit de interviews blijkt dat de zorgaanbieders voornemens zijn de gegevens onder andere uit de volgende systemen te halen: Care View 2.8 voor het Elektronische Cliëntendossier (ECD), het verzuimportaal, het (papieren) zorgplan, de (papieren) risicokaart, het (papieren) medisch rapport en het incidentenregister.

³⁴ Verslag van de kwaliteitsmonitor februari, pagina 4 en 5.

8.4 *Huidige situatie sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T)*

De registratie van kwaliteitsgegevens vindt in de VV&T voornamelijk op papier plaats. Daarna worden de gegevens verzameld en per organisatorische eenheid (OE) ingevoerd. Invoering gebeurt veelal in Xsarus of een andere specifiek voor de registratie van kwaliteitsgegevens ingerichte applicatie als Rai of LPZ. Met het gebruik van deze stand alone systemen lijkt

‘de wet van de remmende voorsprong’ van toepassing. Aanvankelijk hebben deze systemen een duidelijk doel gediend: het snel mogelijk maken van digitale registratie van kwaliteitsgegevens. Met het oog op de toekomst is het echter de vraag of dergelijke stand alone systemen nog wenselijk zijn. Respondenten geven de voorkeur aan het werken met ECD's waaruit de kwaliteitsgegevens continue geautomatiseerd kunnen worden afgeleid.

“Onze hulpverleners zijn wel wat gewend: ze komen dagelijks in aanraking met bijvoorbeeld probleemgedrag en incontinentie. Ze kijken er dan ook niet van op en beschouwen het als onderdeel van hun werk. Wat dat betreft is het wel eens goed om expliciet hierbij stil te staan. De registratie voor de indicatoren is hiervoor een goed aanknopingspunt.”

“Registratie van kwaliteitsgegevens vindt plaats in het cliëntdossier en dat gebeurt ook zorgvuldig. Een overzicht van hoe het organisatiebreed gesteld is met de scores op kwaliteitsindicatoren ontbreekt echter.”

Belangrijkste registratiebronnen

Het meten en aanleveren van gegevens voor de zorginhoudelijke indicatoren kan binnen de VVT sector op diverse manieren, namelijk via:

- ECD;
- Registratietool Verantwoorde Zorg (Xsarus);
- LPZ;
- Rai-view.

Daarnaast wordt voor de registratie van kwaliteitsgegevens gebruik gemaakt van MIC-systemen en papieren cliëntdossiers. Ook wordt er op dit moment geput uit het geheugen van de verzorgende en/of de cliënt.

8.5 *Huidige situatie Ziekenhuiszorg (ZKZ)*

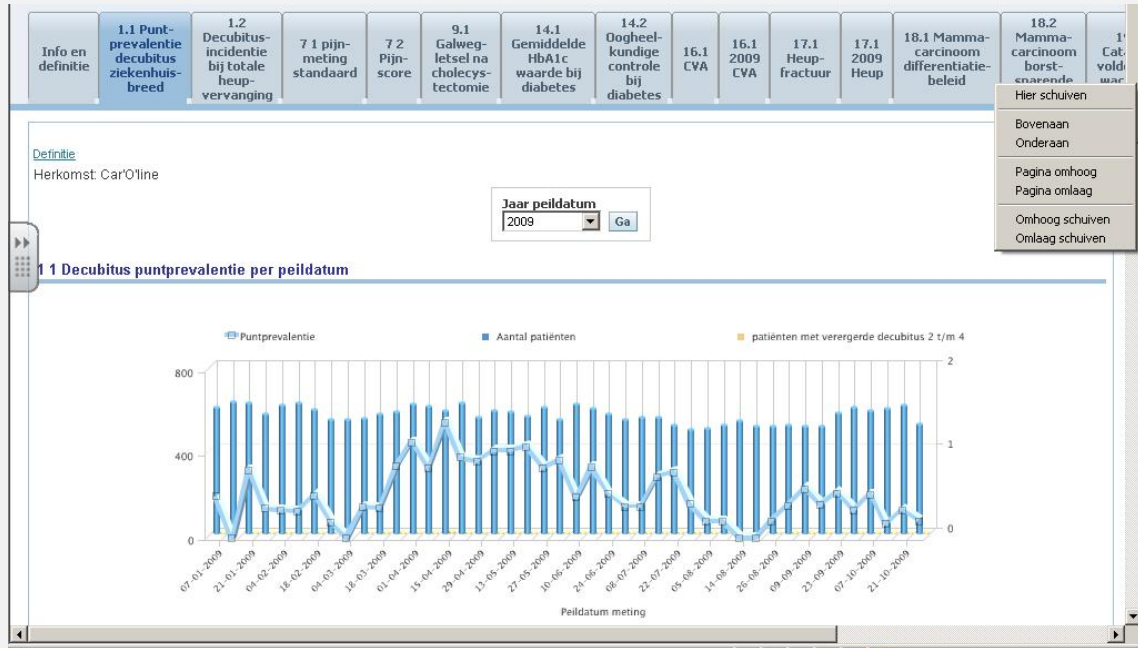
In 2009 zijn in de sector ziekenhuiszorg tien indicatorensets landelijk uitgevraagd. In 2010 komen hier 13 indicatorensets bij; in 2011 nog eens 26 en in 2012 zullen er uiteindelijk 80 indicatorensets worden uitgevraagd. De huidige situatie die we hieronder beschrijven heeft alleen betrekking op de situatie in 2009, dus de tien uitgevraagde indicatorensets. Dit is van belang om op te merken omdat wat nu voldoende is, in de toekomst (met een groter aantal indicatorensets) mogelijk niet meer voldoende is. Er zullen bijvoorbeeld meer mensen bij het registratieproces betrokken zijn (hetgeen meer coördinatie vergt) en er zullen meer systeemaanpassingen gedaan moeten worden (hetgeen een groter beslag legt op de ICT afdeling en de organisatie in het algemeen).

Samengevat laat de huidige registratiesituatie in de ziekenhuiszorg zich typeren als: voldoende op orde, kan op punten zeker nog verbeterd worden en loopt op een aantal onderdelen voor ten opzichte van de andere sectoren. De voornaamste aandachtspunten bevinden zich op het gebied van:

- *Instructie van degenen die registreren*
Een continue cyclus van instrueren – registreren – controleren – corrigeren - instrueren – registreren et cetera, onder verantwoordelijkheid van leidinggevendenden in het primaire proces om zo bewustzijn van betrouwbare registratie te verhogen;
- *Registreren van gegevens*
Zorg dat er een standaard van indicatoren komt. Ziekenhuizen en software leveranciers kunnen hun applicaties dan op deze standaard aanpassen;
- *Verzamelen van gegevens*
Gegevensverzameling is een arbeidsintensief proces. Enkel digitaliseren van de registratie is zeker niet voldoende. Belangrijk is dat digitale gegevens tevens met beperkte inspanning te ontsluiten zijn. Hiervoor is een goede samenwerking met een afdeling ICT noodzakelijk;
- *Interne audit/controle gegevens op basis van steekproeven*
Het verzamelen van de gegevens kost vaak dermate veel tijd dat interne audit/controle van de gegevens vaak slechts globaal kan plaats vinden. Belangrijk is af te spreken hoe deze interne audit/controle vorm dient te krijgen. Welke activiteiten vinden bijvoorbeeld onder interne verantwoordelijkheid plaats en welke activiteiten worden door een externe partij uitgevoerd?

Een belangrijk knelpunt is de grote verscheidenheid aan registratiesystemen binnen de ziekenhuizen. Deze verscheidenheid is groter dan in andere sectoren en maakt het moeilijker om standaardisatie ten aanzien van de registratie van kwaliteitsgegevens te implementeren.

“Om onze medewerkers bewuster te maken van kwaliteitsindicatoren, hebben we deze opgenomen in ons dashboard met prestatie-indicatoren:



“Wij laten onze artsen de indicatoren ondertekenen voor akkoord, zo zijn zij zelf verantwoordelijk voor de juistheid van de gegevens. Mocht er later eventueel discussie over de juistheid ontstaan, dan kunnen we laten zien dat zij zelf voor juistheid getekend hebben ”

Belangrijkste registratiebronnen

Voor de registratie van kwaliteitsgegevens blijken diverse systemen gebruikt te worden, waaronder Chipsoft, SAP, iSoft, Epic en McKesson. De huidige registraties die worden gebruikt zijn vooral bedoeld als een financiële administratie/registratie (focus op DBC) en daardoor niet altijd even geschikt om kwaliteitsgegevens uit af te leiden.

Evenals in de GGZ sector, bevatten de in de ziekenhuissector indicatorensets van de aandoeningen ook voor iedere indicator een suggestie voor mogelijke meetinstrumenten en bronnen. Voor het verzamelen van de gegevens kunnen ondermeer de volgende bronnen gebruikt worden (de vijf laatstgenoemde bronnen zijn geen registraties en worden vooral gebruikt als input voor de procesindicatoren):

- DBC-registratie;
- Verrichtingen-registratie;
- (Poli)klinische status;
- EPD;
- Anesthesielijst in patiëntendossier;
- Complicatieregistratie;
- Notulen van patiëntbesprekingen;
- Datamanagement-systeem anesthesiologie;
- OK verslag;
- Landelijke implantaatregistratie;
- Ziekenhuis apotheek;
- CPO (CataractPostOp)
- Pijnmeting-systeem;
- Specifiek Laboratorium Informatie Management Systeem (LIMS);
- Kankerregistratie;
- Registratie maatschap.
- Handmatige checklist;
- Protocol;
- Afspraken;
- Opnameplanning;
- Voorlichtingsmateriaal.

9 De huidige situatie ten opzichte van het registratiemodel

9.1 Inleiding

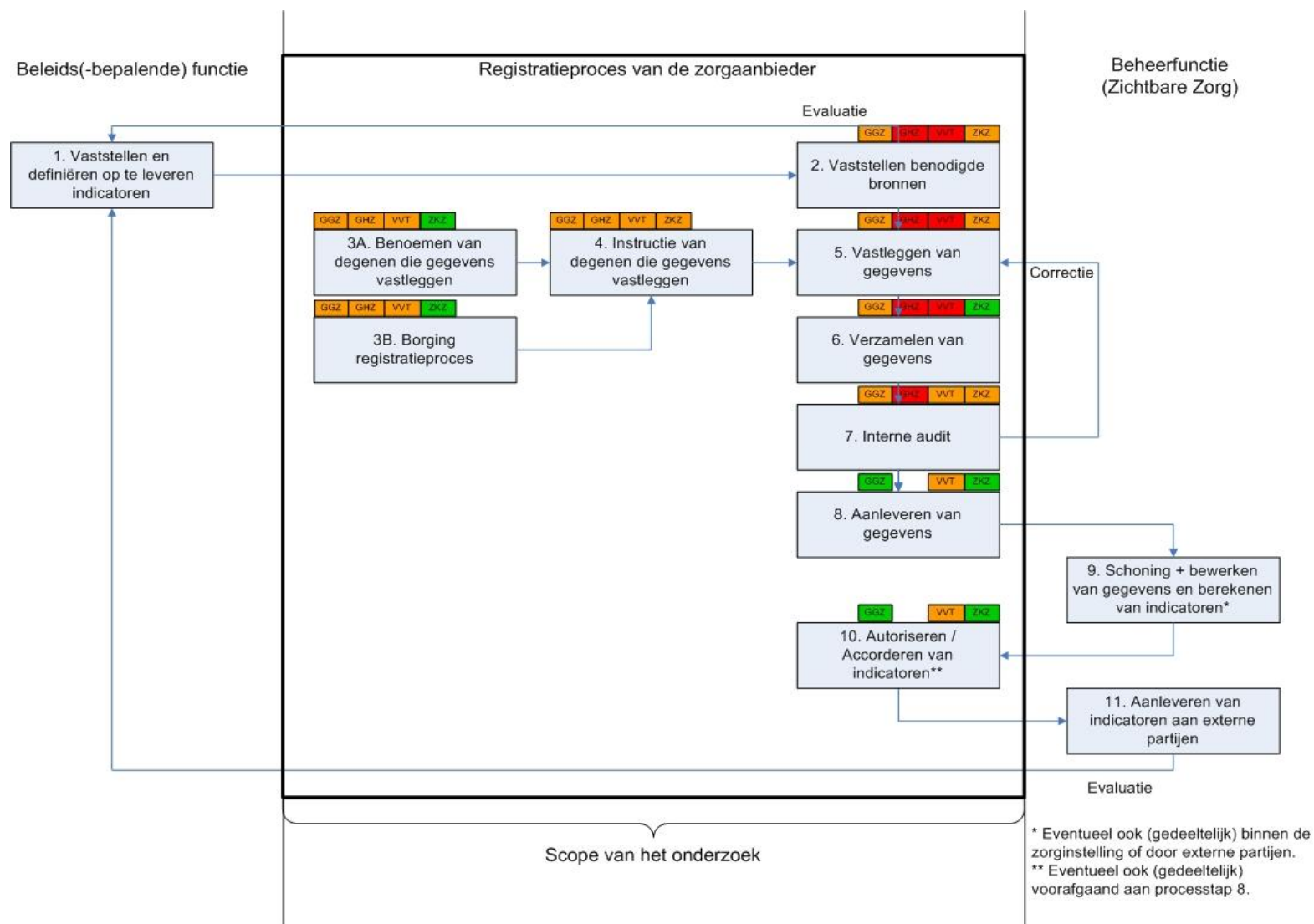
In dit hoofdstuk worden de onderzochte zorgaanbieders langs de in hoofdstuk vier geïntroduceerde meetlat van het registratiemodel gelegd. Hierbij wordt ingegaan op zowel knelpunten als 'best practices'.

Een samenvatting van de bevindingen wordt hierna gegeven door in het procesmodel per processtap binnen de scope van dit onderzoek, per sector, een kleur aan te brengen (figuur tien). Hierbij is gebruik gemaakt van de voor door het programmabureau Zichtbare Zorg voor de sector ziekenhuizen ontwikkelde signaalvlaggen voor betrouwbaarheid. De kleuren kennen de volgende betekenis:

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.

De hierna gehanteerde kleurcodering is per sector toegekend door een gemiddelde score te berekenen van de elf onderzochte zorgaanbieders per sector. Het betreft hier een gemiddelde score per sector op basis van de deelnemende zorgaanbieders. Het kan daarbij zijn dat een individuele zorgaanbieder binnen een sector een andere score heeft dan dit gemiddelde.

Voor de sector gehandicaptenzorg geldt dat organisaties op het moment van onderzoek nog geen ervaring hadden met het aanleveren van gegevens naar Zichtbare Zorg; over de processtappen acht en tien zijn daarom geen bevindingen gerapporteerd.



Figuur 10. Huidige situatie registratie van kwaliteitsgegevens in de vier sectoren.

}Onderzoek naar de registratie van kwaliteitsgegevens in vier zorgsectoren

9.2 Beschrijving huidige situatie per processtap

Processtap 1: Vaststellen en definiëren op te leveren indicatoren

De processtap 'vaststellen en definiëren op te leveren indicatoren' valt buiten de scope van dit project. Echter, er zijn in de interviews en tijdens de bijeenkomst op 4 december 2009 enkele knelpunten genoemd die van belang zijn om betrouwbaar registreren mogelijk te maken. Het draagvlak voor registratie is namelijk sterk afhankelijk van de ervaren relevantie van de indicatoren en wordt daarmee in deze processtap bepaald.

Volgens een groot gedeelte van de respondenten hebben de stuurgroepen van de vier sectoren in het verleden de inspanningen die benodigd zijn om gegevens voor een bepaalde indicator aan te leveren soms onderschat. Gevolg hiervan is onder andere dat het zorgaanbieders veel inspanningen heeft gekost om de gevraagde gegevens aan te leveren. Dit hangt samen met de nog in ontwikkeling zijnde ICT ondersteuning voor de registratie van kwaliteitsgegevens (zie ook hoofdstuk zeven).

Eén van de uitgangspunten van Zichtbare Zorg is om zoveel mogelijk uitkomstindicatoren te hanteren. Zijn er (nog) geen uitkomstindicatoren beschikbaar, dan worden structuur- of procesindicatoren gebruikt. Tijdens de interviews bleek echter dat de relevantie van deze structuur- of procesindicatoren vaak niet wordt ingezien door de zorgaanbieders; enkele liggen zo voor de hand dat ze als standaard worden gezien (en dus geen onderscheidend vermogen hebben), andere worden niet representatief bevonden voor de kwaliteit van zorg. Mede hierdoor achten professionals het registreren van kwaliteitsgegevens (nog) niet altijd nuttig.

Ook zijn er per sector specifieke opmerkingen gemaakt over de relevantie van de huidige indicatoren en/of over de gehanteerde definities. Deze informatie is inmiddels doorgegeven aan de stuurgroepen van de vier sectoren van het programma Zichtbare Zorg.

"De begrippenlijst is te abstract voor onze medewerkers. Zo hebben wij voor de geneesmiddelen een vertaling gemaakt van werkzame stof naar merknamen van geneesmiddelen".

Best practices

Niet onderzocht aangezien deze processtap buiten scope valt.

Processtap 2: Vaststellen benodigde bronnen

Over de processtap 'Vaststellen benodigde bronnen' is uit de werkbezoeken het volgende beeld per sector ontstaan (oranje, rood, rood, oranje³⁵):



Een groot deel van de bevroegde organisaties in de vier sectoren beschikt over een overzicht van benodigde bronnen. Het komt echter ook voor dat (alleen) de kwaliteitsfunctionaris weet waar de gegevens te vinden zijn en dat dit niet is vastgelegd. In de sectoren GHZ en VV&T registreren organisaties weinig gegevens direct elektronisch. In deze sectoren komen dan ook veel (papieren) subsystemen voor. Mede hierdoor geven zorgaanbieders aan dat de indicatoren niet aansluiten bij wat de organisatie redelijkerwijs kan leveren. Ingeval de zorgaanbieder weinig direct

³⁵ Tekst voor het geval u dit rapport in zwart/wit leest.

elektronisch vast legt en van mening is dat de aansluiting van de indicatoren te wensen overlaat, blijkt de registratie ook geen onderdeel van de reguliere zorgverlening, maar specifiek voor Zichtbare Zorg te zijn. Het gevolg hiervan is dat de zorgaanbieder meer maatregelen zal moeten nemen om de betrouwbaarheid van bronbestanden te waarborgen.

Indien wel gewerkt wordt met een EPD of ECD – zoals in de sectoren GGZ en ZKZ –, blijkt de registratie meer onderdeel van de reguliere zorgverlening te zijn. Dit maakt dat het waarborgen van de betrouwbaarheid van bronbestanden weinig extra inspanning vergt. Ook worden indicatoren soms automatisch afgeleid uit registraties in het primaire proces.

Desondanks geven ook organisaties in de GGZ en ZKZ aan dat de indicatoren onvoldoende aansluiten bij wat de organisatie redelijkerwijs kan leveren. Enerzijds is dit te wijten aan het feit dat indicatoren niet bij de cliënt-/patiëntgroepen passen (vooral binnen de GGZ, anderzijds vinden de zorgaanbieders de indicatoren vaag geformuleerd en hierdoor niet voldoende meetbaar. Ook geven zorgaanbieders te kennen dat het aanleveren van kwaliteitsgegevens een erg grote inspanning vergt. Directe aansluiting op het systeem van Zichtbare Zorg is in de meeste gevallen namelijk (nog) niet mogelijk. Hierdoor kost het overtypen van gegevens alsmede het aanpassen van queries relatief veel tijd.

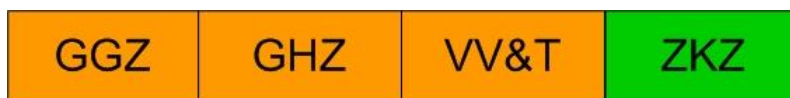
“Ik gebruik hiervoor een Excel document. Hierin wordt niet alleen vastgelegd welke bronnen benodigd zijn, maar ook op welke periode de gegevens betrekking hebben, wanneer aangeleverd moet worden en wie binnen de organisatie ‘probleemeigenaar’ is.”

Best practices

De zorgaanbieder legt in een overzicht per indicator vast, in welke bronnen de benodigde gegevens voor berekening van de indicator worden geregistreerd. Hierbij wordt tevens genoteerd wie verantwoordelijk is voor de vastlegging van deze gegevens en wanneer (met welke frequentie/periodiciteit) de registratie plaatsvindt. Bij interne rapportage van de indicatoren wordt bij een aantal zorgaanbieders (uitsluitend ziekenhuizen) dit overzicht bijgevoegd.

Processtap 3A: Benoemen van degenen die gegevens vastleggen

Over de processtap ‘Benoemen van degenen die gegevens vastleggen’ is uit de werkbezoeken het volgende beeld per sector ontstaan (oranje, oranje, oranje, groen):



Uit het onderzoek blijkt vrijwel iedere bevroegde organisatie duidelijk vast te hebben gelegd wie welke gegevens registreert. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen kenmerken en indicatoren op organisatieniveau (door een kwaliteitsmanager/beleidsmedewerker) en indicatoren op patiënt-/cliëntniveau (door hulpverleners/behandelaars). De precieze indicatoren zijn vaak pas na afloop van het verslagjaar bekend. Het gevolg is dat zorgaanbieders niet aan de hand van de indicatoren kunnen bepalen wie welke gegevens

dient te registreren, maar achteraf pas nagaan wie wat en waar geregistreerd heeft.

Geïnterviewden noemen dat het verkrijgen van juiste en volledige kwaliteitsgegevens moeilijker is voor de indicatoren waarvoor de organisatie afhankelijk is van registraties die door externe partijen (huisarts/apotheek/andere behandelaars) worden gevoerd. Dit probleem geldt vooral voor zorgaanbieders die zelf met name extramuraal/ambulante hulpverlening bieden (in zowel de VV&T, GGZ en GHZ). Deze organisaties geven ook vaak te kennen dat (een groot deel van) de huidige indicatorensets niet relevant is voor de kwaliteit van zorg die zij bieden.

Binnen de sector VV&T blijken daarnaast niet alle hulpverleners in staat te zijn om de indicatoren en bijbehorende vragen goed te begrijpen (en dus waarheidsgetrouw te beantwoorden).

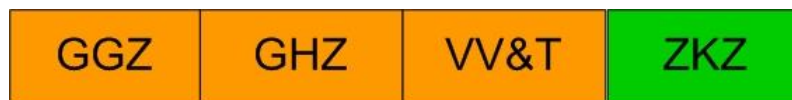
“Het juist beantwoorden van de vragen ten behoeve van de indicatoren op de juiste plek in het systeem is niet eenvoudig. Daarom beantwoorden wij de vragen tijdens de meetweek altijd met twee personen; een zorgkenner en een systeemkenner”. Arbeidsintensief is het dus wel. Maar dan weet ik in ieder geval dat het goed gaat”.

Best practices

Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn duidelijk belegd. De zorgaanbieder gebruikt hiervoor een zogenaamde RACI³⁶ of TBV³⁷ matrix. Dit is een overzicht waarin de verantwoordelijkheden van verschillende functionarissen/medewerkers ten aanzien van het registratieproces zijn vastgelegd.

Processtap 3B: Borging registratieproces

Over de processtap ‘Borging registratieproces’ is uit de werkbezoeken het volgende beeld per sector ontstaan (oranje, oranje, oranje, groen):



In de praktijk blijkt vrijwel iedere bevroegde organisatie het proces van het registreren van kwaliteitsgegevens te borgen bij een of meerdere kwaliteitsfunctionaris(sen). De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden rondom kwaliteitsregistratie blijken duidelijk belegd te zijn binnen bijna alle bevroegde organisaties. In de sector GHZ geven enkele organisaties aan dat het nog aan duidelijkheid ontbreekt, maar het merendeel heeft dit –ondanks de opstartfase waarin deze sector zich bevindt– al behoorlijk belegd.

In de sector ZKZ is het Zichtbare Zorg traject/de registratie van kwaliteitsgegevens meestal onderdeel van reguliere kwaliteitssystemen en de Planning & Control cyclus van de organisatie. In de overige sectoren blijkt dit echter overwegend niet zo te zijn.

“Om dit te borgen hebben we een organisatiestructuur opgezet waarin stuur- en projectgroepen rondom specifieke kwaliteitsindicatoren periodiek bijeenkomen.”

Best practices

De organisatie beschikt over een structuur waarmee de borging van inhoudelijke betrouwbaarheid van kwaliteitsgegevens bevordert wordt. Dit houdt in dat kwaliteitsgegevens pas vrijgegeven worden nadat een functionaris, die dit inhoudelijk kan beoordelen, heeft aangegeven dat de inhoud juist en volledig is. Per sector kan verschillen wat hierbij ideaal is: een aantal van de bezochte ziekenhuizen kiezen voor een medisch verantwoordelijke ten behoeve van de kwaliteitsgegevens per vakgroep. Een paar van de bezochte ziekenhuizen lieten de inhoud vaststellen door de hoofden van betrokken vakgroepen te laten tekenen voor akkoord. Binnen de andere drie

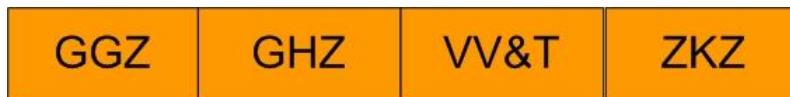
³⁶ Responsible, Accountable, Consulted, Informed.

³⁷ Taken, Bevoegdheden, Verantwoordelijkheden.

sectoren zijn bij een aantal van de bezochte zorgaanbieders afdelingshoofden inhoudelijk eindverantwoordelijk en adviseert een kwaliteitsfunctionaris deze afdelingshoofden.

Processtap 4: Instructie van degenen die gegevens vastleggen

Over de processtap 'Instructie van degenen die gegevens vastleggen' is uit de werkbezoeken het volgende beeld per sector ontstaan (vier keer oranje):



Uit de interviews blijkt dat alle bevroegde organisaties beschikken over werkinstructies, gebruikersdocumentatie en voorzien in trainingen voor diegenen die gegevens vastleggen. Zoals verder toegelicht onder processtap vijf, is de registratie van gegevens voor de Zichtbare Zorg indicatoren in de sectoren GGZ en ZKZ meer ingebed in de reguliere zorgverlening en documentatie dan in de sectoren GHZ en VV&T, waar het traject (nog) meer een losstaand project is. Dit heeft consequenties voor het organiseren van instructies: bij ingebedde registratie is instructie over registreren in het algemeen voldoende, terwijl bij een losstaande projectorganisatie aparte instructie ten behoeve van registreren voor Zichtbare Zorg vereist. Ziekenhuizen blijken (mede verklaard door de organisatie naar specialismen) moeite te hebben uniforme instructies te geven; een instructie vindt niet centraal, maar per afdeling plaats. Grote organisaties met een landelijk werkgebied organiseren instructies vaak per regio. Verder vindt een instructie vaak eenmalig vanuit de stafafdelingen plaats. Er blijkt weinig zicht te zijn op de daadwerkelijke opvolging van de instructies op afdelingsniveau.

"Wij vinden dat een instructie altijd en overal beschikbaar moet zijn. Daarom willen we zelf een e-learning module ontwikkelen".

Best practices

De organisatie beschikt over een structuur waarmee zorg wordt gedragen voor de voorbereiding van diegenen die registreren op datgene dat zij dienen te registreren. Dit houdt in dat betrokkenen steeds goed voorbereid zijn op het uitvoeren van de registratie doordat zij periodiek training en instructie ontvangen.

Processtap 5: Vastleggen van gegevens

Over de processtap 'Vaststellen van gegevens' is uit de werkbezoeken het volgende beeld per sector ontstaan (oranje, rood, rood, oranje):



Zoals hierboven beschreven, is de registratie voor de Zichtbare Zorg indicatoren in de sectoren GHZ en VV&T (nog) meer een losstaand project, terwijl Zichtbare Zorg in de sectoren GGZ en ZKZ meer is ingebed in de reguliere zorgverlening. De losstaande projectorganisatie uit zich ondermeer in het meten gedurende een daartoe georganiseerde meetweek, in plaats van continu. Mede hierdoor leggen organisaties in de VV&T en GHZ gegevens vast aan de hand van papieren vragenlijsten en worden de antwoorden vervolgens overgetypt. Dit alles vergroot de kans op fouten en vraagt een extra belasting tijdens de meetweek, hetgeen bezwaren oproept onder diegenen die registreren. Het werken met een specifieke meetweek verhoogt ook de kans op 'window dressing' door bepaalde gegevens bewust wel of niet mee te nemen in de berekening van de indicatoren. De bevindingen van PWC-TNO in

de gehandicaptensector bevestigen dit beeld. Zo merken de onderzoekers van PWC-TNO op dat bij het invullen van de vragenlijsten ‘bij twijfel vaak het positieve antwoord wordt gekozen’³⁸. 60 procent van de zorgaanbieders in de gehandicaptensector die deelnemen aan de kwaliteitsmonitor geeft aan dat zij op dit moment specifieke maatregelen treffen om de waarheidsgetrouwheid van de registratie te bevorderen³⁹.

In de sectoren GGZ en ZKZ registreren hulpverleners/behandelaars gegevens die volgens de respondenten veelal logisch volgen uit het patiënten-/cliëntenproces i.p.v. antwoorden ten behoeve van specifieke indicatoren. Waar dit het geval is volgt registratie uit de reguliere zorgvoering, met meer betrouwbare gegevens als gevolg. In beide sectoren werken een aantal zorgaanbieders met een EPD/ECD, waarbij de definitie van een EPD/ECD echter niet altijd even helder is. De meeste kwaliteitsgegevens worden in ieder geval wel elektronisch geregistreerd, hetgeen zowel de kans op fouten als de extra tijdsbelasting in deze processtap verkleint. Verder is de mate van terugkoppeling tijdens het registreren minimaal; verbetering is mogelijk door bijvoorbeeld het inbouwen van ‘real-time checks’, zodat men kan controleren of volledig en juist is geregistreerd en men indien nodig direct kan corrigeren.

“Door de indicatoren onderdeel te laten zijn van de reguliere managementinformatie, wordt het belang van betrouwbare registratie zichtbaar.”

Best practices

De registratie van gegevens ten behoeve van de berekening van indicatoren is onderdeel van de reguliere bedrijfsvoering. Ook vindt frequente terugkoppeling plaats over de registratie naar diegenen die registreren. Kwaliteitsgegevens worden daarbij als basis voor managementinformatie en/of voor verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg gebruikt. Professionals ervaren niet zo zeer dat zij gegevens voor specifieke indicatoren registreren, maar eerder gegevens die logisch volgen uit het patiënten-/cliëntenproces en die relevant zijn voor de kwaliteit van dit proces.

Processtap 6: Verzamelen van gegevens

Over de processtap ‘Verzamelen van gegevens’ is uit de werkbezoeken het volgende beeld per sector ontstaan (oranje, rood, rood, oranje):



Daar waar organisaties werken met een EPD/ECD wordt het verzamelen van gegevens aanzienlijk vergemakkelijkt. Het enkel digitaliseren van de registratie is echter niet voldoende: belangrijk is dat digitale gegevens tevens gemakkelijk zijn te ontsluiten uit systemen. De mate waarin gegevens gemakkelijk te ontsluiten zijn is veelal afhankelijk van de mate waarin systemen het werken met verschillende inclusie- en exclusiecriteria (bijvoorbeeld een bepaalde periode of een bepaalde populatie) ondersteunen. In de praktijk moeten de gegevens voor de kwaliteitsindicatoren veelal alsnog handmatig worden samengevoegd en moeten er nog veel bewerkingen worden uitgevoerd voordat de gegevens compleet zijn. Een groot aantal van de bezochte ziekenhuizen en enkele GGZ organisaties maken gebruik van een ‘datawarehouse’, waarin gegevens uit verschillende informatiesystemen worden verzameld en aan elkaar worden gekoppeld. In de sectoren VV&T en GHZ maken organisaties voor financiële

³⁸ Verslag van de kwaliteitsmonitor februari, pagina 5

³⁹ Verslag van de kwaliteitsmonitor februari, pagina 8

gegevens soms wel gebruik van een 'datawarehouse', maar worden kwaliteitsgegevens veelal nog op papier geregistreerd. Hierdoor beschikken de instellingen zelf niet digitaal over de ingevoerde kwaliteitsgegevens. Het (intern) analyseren van de kwaliteitsprestaties wordt hierdoor bemoeilijkt.

“Een EPD zou enorm helpen om de gevraagde gegevens gemakkelijker en sneller te verzamelen.”

Best practices

Gegevens worden niet overgetypt, maar elektronisch ontsloten en overgenomen. De organisatie beschikt over een 'datawarehouse' waarin (naast financiële gegevens) kwaliteitsgegevens wordt verzameld.

Processtap 7: Interne audit

Over de processtap 'Interne audit' is uit de werkbezoeken het volgende beeld per sector ontstaan (oranje, rood, oranje, oranje):



Het verzamelen van de gegevens kost vaak dermate veel tijd dat interne audit/controle van de gegevens slechts globaal kan plaatsvinden. Een aantal organisaties voert voor bepaalde indicatoren steekproeven uit. De meeste van de bezochte organisaties in de sectoren GGZ, VV&T en ZKZ beschikken over een onafhankelijke controlefunctie die rapporteert aan de

Raad van Bestuur. In de sector GHZ blijken zorgaanbieders vaak niet over een dergelijke auditfunctie te beschikken of is deze onvoldoende onafhankelijk. Mogelijk hangt dit samen met de onduidelijkheid in taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden rondom kwaliteitsregistratie in deze sector (zoals toegelicht onder stap 3B).

“Het verzamelen van alle gevraagde informatie is een fulltime baan. Er is nauwelijks tijd de gegevens te controleren.”

Best practices

De organisatie beschikt over een onafhankelijke controlefunctie op de kwaliteitsregistratie die rapporteert aan de Raad van Bestuur. De audits vinden zowel op het proces als op de ingevoerde gegevens plaats. De inrichting van de controle en interne audits binnen de organisaties in de vier sectoren blijkt sterk afhankelijk van de wijze waarop de voorgaande processtappen zijn ingericht. Wanneer in processtap vijf tijdens het registreren al sprake is van 'real-time checks', blijkt dat de controle achteraf minder uitgebreid hoeft te zijn.

Processtap 8: Aanleveren van gegevens

Over de processtap 'Aanleveren van gegevens' is in het onderzoek het volgende beeld per sector ontstaan (groen, niet gemeten, oranje, groen):



De aanlevering wordt vanuit de zorgaanbieders niet altijd als even gebruiksvriendelijk beleefd. Zo verdient het de aanbeveling om als programmabureau Zichtbare Zorg altijd te reageren wanneer er aangeleverd is (ontvangstbevestiging) en niet alleen bij afwijkingen. Zo is het voor de aanleverende instelling helder of de

aanlevering wel of niet goed is verlopen. Zelfs wanneer organisaties over een EPD / ECD beschikken (in de sectoren GGZ en ZKZ), wordt het aanleveren van de gegevens als arbeidsintensief ervaren.

In de VV&T sector zijn daarnaast meerdere mogelijkheden om gegevens aan te leveren. Het blijkt volgens een aantal respondenten dat aanlevering via het ene systeem andere resultaten geeft dan via een ander systeem. Vanzelfsprekend komt dit de vergelijkbaarheid niet ten goede.

“In de registratietool kun je gegevens niet tussentijds opslaan. Als de gegevens dan niet goed zijn ingevuld in de papieren vragenlijst over de cliënt, kun je dus niet verder. Of je moet tijdelijk een waarde invullen en deze later wijzigen. Dit vergroot de kans op fouten”.

“De aansluiting met Zichtbare Zorg werkt niet optimaal. Een deel van onze organisatie werkt wel met een ECD, maar gegevens hieruit kunnen niet automatisch worden ingeladen voor de aanlevering ten behoeve van de indicatoren. Helaas moeten daarom alsnog de gegevens overtypen in de aanlever-portal.”

Best practices

Het aanleveren van de gegevens vindt binnen de gehele organisatie op dezelfde wijze plaats. Dit op basis van de instructies zoals omschreven onder stap vier. Organisatiebreed (over de verschillende OE's heen) zijn dus afspraken gemaakt over hoe gegevens worden aangeleverd. Deze afspraken worden geborgd door de kwaliteitsfunctionaris.

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

Net als processtap één valt de schoning en het bewerken van gegevens en berekenen van indicatoren buiten de scope van dit project. Echter, er zijn in de interviews en tijdens de bijeenkomst op 4 december 2009 enkele knelpunten genoemd die van belang zijn om betrouwbaar registreren mogelijk te maken. Als in de toekomst meer sectoren overgaan tot het zelf berekenen van indicatoren, is het belangrijk dat alle deelnemers de definities (en rekenregels) van de indicatoren hetzelfde interpreteren (vooral wanneer indicatoren niet standaard uit de bronsystemen komen, maar men er queries overheen moet leggen). Ook als het programmabureau Zichtbare Zorg de indicatoren berekent, is het belangrijk transparant te zijn over de gehanteerde schoningen, bewerkingen en berekeningen. Respondenten geven aan dat de 'schoningsregels' nu onvoldoende (duidelijk) op de portal van het programmabureau Zichtbare Zorg staan waardoor niet duidelijk is waarop wordt geschoond. Ook het gebruik van de 'Care Dependency Scale' als basis voor de casemixcorrectie stuit op kritiek bij de respondenten; registraties in de reguliere zorgvoering (bijvoorbeeld ZZP-score) zijn wellicht beter bruikbaar.

Best practices

Niet onderzocht aangezien deze processtap buiten scope valt.

Processtap 10: Autoriseren / Accorderen van indicatoren

Over de processtap 'Autoriseren/Accorderen van indicatoren' is uit de werkbezoeken het volgende beeld per sector ontstaan (groen, niet gemeten, oranje, groen):



Het autoriseren van de aangeleverde gegevens gaat in ziekenhuizen verder dan in de andere sectoren: medisch specialismen tekenen voor juistheid van de aangeleverde gegevens, waar in de andere sectoren alleen de kwaliteitsmanagers in samenwerking met bijvoorbeeld afdelingshoofden de gegevens bevestigen. Niet in alle sectoren wordt hierbij inzicht in de scores verschaft aan degenen die akkoord geven voor akkoord; in de VV&T sector geeft een deel van de respondenten aan dat sprake is van 'blinde autorisatie'. Hierdoor kunnen op het moment van

accorderen alleen nog opmerkingen geplaatst worden. Organisaties in de VV&T missen een moment waarop zij gegevens nog kunnen wijzigen.

“Cliënten en hun familie kijken op kiesbeter.nl volgens mij alleen naar de sterren. De toelichting bij de scores zullen ze niet lezen, denk ik. En dat terwijl juist deze toelichting zoveel informatie bevat waarmee de scores verklaard worden!”

Best practices

In een autorisatiematrix ligt vastgelegd wie de aanlevering van gegevens aan de beheerfunctie autoriseert en wie doorlevering van de berekende indicatoren aan derden accordeert. Deze matrix wordt beheerd door de kwaliteitsfunctionaris. De personen die autoriseren en accorderen zijn zelf niet betrokken bij de registratie van de kwaliteitsgegevens (functiescheiding). In enkele ziekenhuizen tekenen medisch specialisten voor akkoord bij zowel voor aanlevering als voor doorlevering.

Processtap 11: Aanleveren van indicatoren aan externe partijen

Net als processtap één en negen valt de het aanleveren van indicatoren aan externe partijen buiten de scope van dit project. Echter, er zijn in de interviews en tijdens de werkconferentie op 4 december 2009 enkele knelpunten genoemd die van belang zijn om betrouwbaar registreren mogelijk te maken.

Ondanks de huidige status van de indicatoren en de uiteenlopende betrouwbaarheid van interne registratieprocessen geven respondenten aan dat een aantal zorgverzekeraars/zorgkantoren de scores op indicatoren nu al gebruiken om organisaties financieel af te rekenen. Gezien de huidige status van de indicatoren en de verschillen in betrouwbaarheid van interne registratieprocessen tussen zorgaanbieders is de vraag of dit wenselijk is. Een aantal geïnterviewden geven ook aan hun twijfels te hebben over de beveiliging van de webportal van het programmabureau Zichtbare Zorg.

Best practices

Niet onderzocht aangezien deze processtap buiten scope valt.

10 De huidige situatie ten opzichte van het groeimodel

10.1 Inleiding

De voorgaande hoofdstukken beschrijven wat de huidige situatie van registratie van kwaliteitsgegevens in de vier sectoren is. Als we deze situatie toetsen aan het groeimodel, zien we dat de zorgaanbieders uit de vier sectoren zich op dit moment in verschillende fasen van het groeimodel bevinden. De volgende paragrafen beschrijven per kenmerk op hoofdlijnen in welke fasen de zorgaanbieders uit de vier sectoren zich bevinden. Hierbij maken we onderscheid tussen het algemene beeld en 'best practices' en waar nodig tussen de vier sectoren. Tussen haakjes staat het eindoordeel over de fase waarin de zorgaanbieders zich bevinden.

10.2 Organisatie van registratie van kwaliteitsgegevens

Commitment Raad van Bestuur

In geen van de sectoren is de Raad van Bestuur sponsor van betrouwbaar registreren van kwaliteitsgegevens vanwege het gebruik voor interne sturing; commitment van de Raad van Bestuur is vooral toe te schrijven aan financiële of externe motieven (fase twee).

Betrokkenheid leidinggevenden

Kwaliteitsfunctionarissen vinden ook vooral aansluiting bij leidinggevenden op basis van financiële of externe motieven (fase twee). Binnen 'best practices' zijn er enkele leidinggevenden die intrinsiek gedreven zijn tot goede registratie/vastlegging; voor het merendeel van de leidinggevenden geldt dit echter niet.

Taakinvulling zorgprofessionals

Binnen het grootste gedeelte van de zorgaanbieders is iedere professional betrokken bij het vastleggen van kwaliteitsgegevens. Echter deze taak staat los van het zorgproces (fase twee). Enkele 'best practices' hebben het vastleggen van kwaliteitsgegevens zo georganiseerd dat het integraal onderdeel is van de dagelijkse bezigheden van iedere zorgprofessional (fase drie).

Instructie van zorgprofessionals

Vrijwel alle organisaties instrueren zorgprofessionals ten behoeve van het vastleggen van gegevens (fase twee). Binnen geen enkele organisatie is instructie op personeelsniveau van de zorgprofessional gelinkt met de kwaliteit van het registreren. Een enkele 'best practice' heeft wel de plannen om instructie meer persoonlijk toepasbaar te maken door middel van het ontwikkelen van een 'e-learning' module.

Terugkoppeling en monitoring

Terugkoppeling en monitoring van registratie van kwaliteitsgegevens is binnen geen enkele organisatie voor iedere zorgprofessional zichtbaar. Als er al structurele terugkoppeling en monitoring plaatsvindt, dan gebeurt dit via een tussenpersoon (fase één of twee).

ICT

Over het algemeen is er geen geormerkt budget voor kwaliteitsregistratie en geeft de afdeling ICT geen/weinig prioriteit aan het ontsluiten van resultaten (fase één). Een enkele 'best practice' weet resultaten gemakkelijk(er) te ontsluiten, door een gedeelte hiervan uit te besteden aan of samen te werken met de softwareleverancier (fase twee). Ook binnen 'best practice' organisaties is het ontsluiten van kwaliteitsgegevens veel lastiger dan het ontsluiten van financiële gegevens.

Betrokkenheid verzorgenden/behandelaars

In de sectoren VV&T, GGZ en GHZ zijn verzorgenden en behandelaars niet of nauwelijks betrokken bij de controle van resultaten (fase één). In de sector ZKZ zijn zij dit vaak wel, met als reden het kunnen afleggen van externe verantwoording (fase twee).

Audits

In het merendeel van de zorgaanbieders vinden audits plaats die door een onafhankelijke persoon, afdeling of organisaties worden uitgevoerd. Deze audits zijn echter beperkt tot financiële gegevens en gaan niet in op kwaliteitsgegevens. Ook bij de 'best practices' hebben de onderzoekers hiervan geen goede voorbeelden gezien.

Gebruik landelijke richtlijnen

'Best practices' volgen landelijke richtlijnen voor aanlevering, zoals deze door externe partijen als de inspectie zijn opgelegd en worden gecontroleerd (fase twee). Landelijke richtlijnen zijn echter in beperkte mate beschikbaar, bijvoorbeeld in de vorm van instructies voor de Zichtbare Zorg indicatoren en voor deelregistraties zoals de zorgaanbieders die gebruiken.

10.3 Registratie van kwaliteitsgegevens**Beleving registratie**

Binnen een groot gedeelte van de zorgaanbieders wordt het vastleggen van kwaliteitsgegevens als een onnodig administratieve belasting ervaren (fase één). 'Best practices' zien het vastleggen van kwaliteitsgegevens als noodzakelijk, maar wel als belastend (fase twee).

Inbedding in reguliere werkprocessen

Binnen zorgaanbieders in vooral de sectoren VV&T en GHZ is de registratie van kwaliteitsgegevens een separaat proces, vindt bronregistratie op papier plaats, op ad hoc basis of in zogeheten meetweken (fase één). In de GGZ en ZKZ vindt registratie van kwaliteitsgegevens deels parallel en deel geïntegreerd plaats met de registratie in het zorgproces, deels continue en deels ad hoc (fase twee). Een enkele best practice legt kwaliteitsgegevens integraal vast in het EPD/ECD, zonder stand-alone systemen (fase drie).

Borgingsmechanismen software

In het merendeel van de organisaties zijn geen borgingsmechanismen ingebouwd in de software (fase één). Een enkele best practice maakt wel gebruik van borgingsmechanismen, maar deze beperken zich tot bijvoorbeeld verplicht in te vullen velden, niet zozeer op het voorkomen dat inhoudelijk onjuiste gegevens worden ingevuld (fase twee).

10.4 Gebruik van kwaliteitsgegevens

Ontsluiting kwaliteitsgegevens

Binnen geen van de bevroegde organisaties zijn kwaliteitsgegevens op ieder gewenst moment met weinig inspanning beschikbaar: vaak vraagt ontsluiting de nodige inspanning en zijn de gegevens dan nog maar voor een beperkt aantal personen beschikbaar (fase één van het groeimodel). Dit geldt voor zowel het algemene beeld als voor de 'best practices'.

Inbedding in Planning & Control cyclus

Het algemene beeld is dat het registreren van kwaliteitsgegevens en gebruik van de kwaliteitsgegevens geen onderdeel is van de planning & control cyclus van de organisatie (fase één). Binnen een enkele 'best practice' is dit wel het geval, maar dan zijn kwaliteitsgegevens van onderschikt belang aan financiële stuurgegevens (fase twee van het groeimodel). Op dit moment is het nog binnen geen van de onderzochte zorgaanbieders zo dat 'zorgcontrol' even belangrijk is als 'financial control'.

11 Conclusies betrouwbaarheid van kwaliteitsregistraties

11.1 Inleiding

Tijdens de uitvoering van het onderzoek zijn verschillende methoden toegepast om de mate van betrouwbaarheid waarmee op dit moment kwaliteitsgegevens ten behoeve van de berekening van indicatoren Zichtbare Zorg plaats vindt in beeld te brengen. Ten eerste is bij de deelnemers aan het onderzoek een zelfevaluatie op basis van de indicatoren uitgevoerd, verder zijn interviews afgenomen op basis van gestructureerde vragenlijsten en zijn bezoeken aan de zorgaanbieders gebracht. Ook is tijdens een werkconferentie ingegaan op risico's ten aanzien van de betrouwbaarheid van registraties. Tot slot is geïnterviewd in hoeverre de belangrijkste in 'Voorkomen is beter dan genezen' beschreven risico's zich in de praktijk voordoen. Met diverse methoden is zo een beeld ontwikkeld van de mate van de betrouwbaarheid waarmee op dit moment kwaliteitsgegevens wordt geregistreerd. In dit hoofdstuk wordt een overall conclusie getrokken.

11.2 Betrouwbaarheid op basis van zelfevaluatie

Hoewel de gemiddelde scores die zorgaanbieders zichzelf geven voor de overall betrouwbaarheid ruim voldoende zijn, treffen wij in alle vier de sectoren een aanzienlijke spreiding aan in de scores. Binnen iedere sector worden ook onvoldoendes gegeven voor de registratie van gegevens ten behoeve van één of meerdere indicatoren. De verwachting is dat de deelnemers minder kritisch naar zichzelf zullen zijn dan een buitenstaander. Daarmee is de onvoldoende die wordt gescoord op de betrouwbaarheid van de registratie van gegevens voor enkele indicatoren een duidelijk signaal dat er nog werk moet worden verzet om tot voldoende waarborgen voor betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens te komen.

11.3 Betrouwbaarheid op basis van interviews, werkbezoeken en werksessies

De resultaten van de interviews, werkbezoeken en werksessies zijn in hoofdstuk negen verwerkt in een beoordeling van de vier sectoren per processtap. Uit deze beoordeling blijkt dat in alle vier de sectoren bij diverse stappen in het proces vraagtekens te zetten zijn bij de inrichting van de processtap of dat slechts deels wordt voldaan aan de belangrijkste voorwaarden voor de inrichting van de processtap. Ook dit wijst er op dat er nog werk moet worden verzet om tot voldoende waarborgen voor betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens te komen.

11.4 Betrouwbaarheid op basis van vergelijking met risico's

Uit paragraaf 7.1.4 blijkt dat de belangrijkste risico's ten aanzien van de betrouwbaarheid van registratie zoals verwoord in het rapport 'Voorkomen is genezen' zich op dit moment onmiskenbaar manifesteren bij de bezochte zorgaanbieders in de vier zorgsectoren. Daarbij valt weliswaar op dat in de VV&T en GHZ de risico's groter zijn dan in de GGZ en ZKZ, maar dat ook in laatstgenoemde sectoren nog onvoldoende waarborgen (controls) aanwezig zijn om betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens te garanderen. Binnen de ziekenhuizen speelt bovendien de verwachting dat risico's ten aanzien van de betrouwbaarheid van registraties meer manifest zullen worden bij uitbreiding van het aantal indicatorensets.

De overall conclusie betreffende de betrouwbaarheid op basis van dit onderzoek is dat deze op dit moment matig is. Dit houdt in dat niet wordt voldaan aan een groot aantal waarborgen voor de betrouwbaarheid van de registratie van kwaliteitsgegevens. Dit betekent dat de betrouwbaarheid van de registraties op dit moment nog onvoldoende is om zorgaanbieders goed met elkaar te kunnen vergelijken op basis van de uitkomsten van de indicatoren. Belangrijk notie bij deze conclusie is dat zelfs wanneer een meerderheid van de zorgaanbieders wel betrouwbaar registreert het onderling vergelijken van zorgaanbieders desondanks risicovol is omdat de kans bestaat dat wordt vergeleken met een zorgaanbieder uit de groep van niet betrouwbaar registrerende zorgaanbieders. Met het oog op het kunnen vergelijken van zorguitkomsten is het daarom noodzakelijk om te komen tot nagenoeg 100 procent score van betrouwbaar registrerende zorgaanbieders.

12 Implicaties van dit onderzoek voor vervolprojecten

12.1 Inleiding

Zoals beschreven in de inleiding, vormt dit rapport het resultaat van één deelproject van in totaal zes deelprojecten⁴⁰. In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe de resultaten van dit onderzoek zich verhouden tot twee van de vervolprojecten. Paragraaf 12.2 gaat in op de relatie van dit onderzoek met deelproject twee. 'Processtandaarden'. Paragraaf 12.3 gaat in op de relatie van dit onderzoek met deelproject drie. 'Ontwikkeling ICT specificaties'.

Bij de registratie van kwaliteitsgegevens en de ontwikkeling naar de gewenste situatie / het registratiemodel zoals beschreven in hoofdstuk vier, speelt ICT een cruciale rol. Zowel met betrekking tot de gegevensvastlegging als in relatie tot het beschikbaar krijgen van gegevens. Tijdens de afzonderlijke werkbezoeken en tijdens de bijeenkomst van 4 december 2009 is dit belang van ICT door de zorgaanbieders onderstreept. In paragraaf 12.2 wordt ingegaan op de huidige situatie ten aanzien van ICT en de registratie van kwaliteitsgegevens. Paragraaf 12.3 beschrijft de gewenste situatie en in paragraaf 12.4 wordt kort ingegaan op de implicaties voor vervolprojecten van 'betrouwbaar registreren' beschreven.

12.2 Relatie met deelproject 2. Ontwikkeling processtandaarden

In de 'Startnotitie betrouwbaar registreren van kwaliteit'⁴¹ staat vermeld: 'met het tweede deelproject wordt beoogd om standaarden in de registratieprocessen te ontwikkelen die moeten worden gevolgd om in de gehele keten tot betrouwbare kwaliteitsgegevens met minimale administratieve lasten te komen.'

Daarbij worden de volgende producten beschreven:

1. ~ beschrijving van de taken en verantwoordelijkheden in de keten om de maatregelen te treffen [ten einde tot betrouwbare registratie van kwaliteitsgegevens te komen, red.]. Met aandacht voor maatregelen binnen zorgaanbieders en bij de beheerorganisaties die de kwaliteitsgegevens verwerken;
2. ~ beschrijving van de doelen die met elk proces worden gediend (bijvoorbeeld: creëren van terugkoppeling aan professionals);
3. ~ per doel een beschrijving van de uit te voeren activiteiten;
4. ~ per activiteit een beschrijving van eisen waaraan de activiteit moet voldoen om naar het doel te leiden;
5. ~ een visiedocument over de wijze waarop maatregelen worden geëffectueerd, uitgaande van een maximaal effect per maatregel. Met bijzondere aandacht voor de eventuele wettelijke borging hiervan: zijn de standaarden verplicht of niet?;
6. ~ een plan van aanpak voor implementatie.

De in deel II van dit rapport ontwikkelde modellen kunnen het uitgangspunt zijn voor deelproject twee. De processtandaarden kunnen in nauwe samenwerking met het veld ontwikkeld worden.

⁴⁰ Inclusief het vooronderzoek 'Voorkomen is beter dan genezen'.

⁴¹ Startnotitie betrouwbaar registreren van kwaliteit. Een eerste uitwerking van de maatregelen uit het rapport 'Voorkomen is beter dan genezen; betrouwbaarheid van kwaliteitsgegevens in de zorg: achtergrondstudie naar risico's en oplossingsmogelijkheden'; 28 mei 2009.

12.3 Relatie met deelproject 3. Ontwikkeling ICT specificaties

In de 'Startnotitie betrouwbaar registreren van kwaliteit' staat vermeld: 'Binnen dit deelproject vallen alle technische projectactiviteiten die op termijn bijdragen aan een zoveel mogelijk geautomatiseerde totstandkoming van kwaliteitsgegevens. Per kwaliteitsindicator wordt eenduidig bepaald welke brongegevens (teller en noemer) op welke wijze bijdragen aan de kwaliteitsgegevens. Dit leidt tot softwarespecificaties waaraan informatiesystemen in de zorg moeten voldoen. Deze dient dusdanig te zijn opgesteld dat softwarepakketten hieraan kunnen worden gecertificeerd.'

Daarbij worden de volgende producten beschreven:

1. analyse van de meetbaarheid van de huidige kwaliteitsgegevens;
2. softwarespecificaties voor vastgestelde kwaliteitsgegevens, specificaties van semantische eisen bronvastlegging of gewenste aanvullende registraties zorgaanbieders;
3. specificatie van technische en inhoudelijke validatieregels kwaliteitsgegevens;
4. ontwerp technische infrastructuur om kwaliteitsgegevens uit te wisselen;
5. ontwerp voor werkzaamheden beheerorganisatie;
6. ontwerp voor geautomatiseerde afleiding uit bronsystemen.

Voor deelproject drie zijn vooral de bevindingen zoals beschreven in deel III van dit rapport relevant omdat hier duidelijk wordt waar in de praktijk op dit gebied de grootste uitdagingen liggen. Uit dit onderzoek is onder meer gebleken dat om gegevensvastlegging voor de kwaliteitsindicatoren mogelijk te maken, momenteel gerichte oplossingen worden ingevoegd in de bestaande automatiseringsomgeving. Deze maken het mogelijk om gegevens gerelateerd aan specifiek ontworpen indicatoren vast te leggen en te ontsluiten binnen de huidige ICT. Veelal is er daarbij echter sprake van ad hoc oplossingen. Dit is ingegeven door de snelheid waarmee wijzigingen moeten worden doorgevoerd en de beperkingen die de bestaande automatiseringsomgeving stelt. Hierdoor worden in de huidige situatie soms noodzakelijkerwijs concessies gedaan aan de mate waarop aanpassingen geïntegreerd en logisch ingebed zijn in de gehele automatiseringsomgeving. Daardoor brengen deze oplossingen een grotere kans op fouten en hogere beheerlasten met zich mee. Instellingen geven aan dat dit in de huidige constellatie en fasering weliswaar vaak onvermijdelijk is, maar gelijktijdig met het oog op de gewenste eindsituatie ontoereikend en onwenselijk. De aanpak werkt daarvoor te belemmerend, brengt te hoge kosten met zich en zal uiteindelijk te beperkte mogelijkheden bieden. Gevolg hiervan is dat de potentiële meerwaarde van kwaliteitsgegevens niet volledig wordt benut. Ook de lange doorlooptijd, de vele wijzigingen op het gebied van de registratie van kwaliteitsgegevens en de prioriteitstelling voor het doorvoeren van deze wijzigingen door de interne organisatie en de software leveranciers worden als concrete knelpunten ervaren. Het ontbreken van uniforme processtandaarden en het ontbreken van een goede Governance (zowel intern als extern vanuit de regelgevende instanties) op het gebied van wijzigingen is hier voor een groot deel debet aan.

"Zorgaanbieders in alle vier de sectoren geven aan dat de veranderingen in de financieringssysteem die op dit moment worden doorgevoerd, een zware wissel trekken op de (ICT) organisatie. Verschillende respondenten merkten hierover op dat 'zonder geld geen zorg kan worden verleend' en dat aanpassingen in de automatiseringsomgeving gericht op informatie die de inkomsten van de zorgaanbieder verzorgen daarom prioriteit krijgen boven veranderingen gericht op kwaliteitsgegevens."

ICT in de gewenste situatie

Willen instellingen de kwaliteitsregistratie op een hoger plan kunnen brengen en integreren in de sturing van de organisatie en de dagelijkse zorgverlening (zorgcontrol) zoals omschreven in het groeimodel, dan moet de ICT vanuit een fundamenteel andere benaderingswijze worden doorontwikkeld. Juist in deze fase van ontwikkeling van de registratie van kwaliteitsgegevens is het van belang te komen tot een visie en aanpak die vanuit de doelstellingen en

kenmerken van de gewenste eindsituatie de ICT-ontwikkeling richting geeft. De te ontwikkelen automatiseringsomgeving moet zorgaanbieders in staat stellen om 'zorgsturing en zorgcontrol' vorm te geven en steeds met beperkte middelen en inspanning nieuwe elementen toe te voegen of aan te passen.

Het belangrijkste werkingsprincipe dat aan de toekomstige ICT ten grondslag dient te liggen is het zorgproces⁴². Met andere woorden: het zorgproces moet leidend worden. Vanuit deze gedachte moeten medisch inhoudelijke, procesmatige en ook kwaliteitsgegevens worden vastgelegd. Belangrijk is de analyse en inrichting van de stappen in het zorgproces⁴³. Wat zijn relevante (deel)processen? Welke soort gegevens is relevant om daarover vast te leggen? Wat zijn de informatiebehoeften van externe partijen? En hoe maken we gegevens goed toegankelijk / bruikbaar voor de zorgverleners? Daarnaast dient de Governance rond ICT op orde te zijn. Goede IT Governance helpt de juiste dingen, op het juiste moment, tegen de juiste investering van middelen (tijd en geld) te doen. Dit zijn allemaal vragen die ook binnen een algemeen ICT beleid of informatiemanagement beleid thuis horen.

Wanneer wordt uitgegaan van de zorgprocessen zal de registratie van kwaliteitsgegevens en medisch inhoudelijke gegevens worden geïntegreerd; de zorgverlener registreert beide gelijktijdig in hetzelfde systeem en grotendeels betreft het bovendien dezelfde gegevens die dan dus maar éénmalig hoeven te worden vastgelegd. Kwaliteitsregistratie is immers onlosmakelijk verweven met medisch inhoudelijke dossiervoering. Deze dossiervoering zal in toenemende mate ook procesmatig van karakter worden waarbij niet alleen vastlegging, maar ook processturing en procesverbetering op basis van deze registratie zal plaatsvinden. Zowel medisch inhoudelijke en kwaliteitsregistratie zijn dan als gevolg georganiseerd rondom de kernelementen van zorgprocessen.

⁴² Ook wel zorgpad of klinische pad genoemd afhankelijk van de sector.

⁴³ In het kader van dit onderzoek is bijvoorbeeld de suggestie gedaan door een van de instellingen om in dit verband te kijken naar de methodologie 'Enterprise Ontology' beschreven door Jan L.G. Dietz.

Een belangrijke randvoorwaarde bij deze gewenste situatie is dat er gebruik gemaakt wordt van algemeen aanvaarde of door instanties opgelegde processtandaarden voor de registratie van onder meer kwaliteitsgegevens (zie ook de aanbeveling in paragraaf 6.3). Door het gebruik van standaarden kunnen ontwikkelingstijden voor softwareleveranciers en de beheerlasten voor een organisatie tot een aanvaardbaar niveau worden teruggebracht. Daarnaast zal het gebruik van standaarden de uniformiteit van registratie en de interpretatie van gegevens positief beïnvloeden.

Vervolg ontwikkeling EPD / ECD

In de ontwikkeling van het elektronische patiënten / cliëntendossier is het van groot belang mede vanuit de kwaliteitsregistratie de ICT-architectuur te ontwerpen. Zorgprocessen zullen zoals eerder vastgesteld een belangrijke kapstok hiervoor zijn. In het door het programmabureau Zichtbare Zorg beoogde vervolg op het eerste deelproject van 'betrouwbaar registreren' zullen in deelproject twee processtandaarden worden vastgesteld. In deelproject drie worden de richtlijnen en processtandaarden uit deelproject twee vertaald in eisen die aan ICT ondersteuning worden gesteld. Zowel deelprojecten twee als drie dienen in samenspraak met zorgaanbieders en softwareleveranciers te worden opgepakt. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen die binnen de vier sectoren zijn opgedaan met de registratie van kwaliteitsgegevens. Bijvoorbeeld de ervaringen met de LPZ⁴⁴ en RAI⁴⁵ in de VV&T, ROM⁴⁶ in de GGZ en de LMR / LBZ⁴⁷ en DSCA⁴⁸ in de ziekenhuissector.

De wijze waarop zorgprocessen zullen worden ingebed in de ICT zal naar verwachting ook grote gevolgen hebben voor de wijze waarop de vastlegging van kwaliteitsgegevens hierbinnen betrouwbaar vorm zal krijgen. Dit lange termijn perspectief verdient naast de uitwerking van specificaties en richtlijnen voor de korte termijn, nadrukkelijk de aandacht in deelproject drie, mede met het oog op het in het eerste deelproject ontwikkelde registratiemodel.

⁴⁴ Landelijke Prevalentiemetingen Zorgproblemen

⁴⁵ Resident Assessment Instrument

⁴⁶ Resource Outcome Measurement

⁴⁷ Landelijke Medische Registratie / Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg

⁴⁸ Dutch Surgical Colorectal Audit

Respondenten, onderzoekers, begeleidingscommissie en interne stuurgroep

Respondenten

Naam	Organisatie	Functie
Joost Robeer	Cordaan	Beleidsmedewerker Zorgondersteuning
Marjan Havinga	Friese Wouden	Kwaliteitsfunctionaris
Aart Oosthoek	De Leiboom	Manager kwaliteit
Eelkje de Boer	Zorgcentra Zuidwest - Drenthe	Kwaliteitscoördinator
Karen van Vegchel	Vitalis WoonZorg Groep	Stafmedewerker Beleid
Riky Thomas	Zorggroep Crabbehoff	Stafmedewerker Zorg
Louise van Ameijde	Stichting Surplus	Kwaliteitsadviseur
Manon Pennings	Stichting Cicero Zorggroep	Medewerker Beleidszaken
Alphonse Godding	Stichting Cicero Zorggroep	RVE-Manager
Mimi vd Horst	Omring	Projectmanager
Maike Lekkerkerk	Omring	Projectmanager
Sjaak van der Linden	Zorgcirkel Purmerend	Directeur en MT verantwoordelijke voor kwaliteit
Myrthe de Jong	Stichting de Wielborgh	Assistent Beleidsadviseur
Mieketrien van Oort	Stichting de Wielborgh	Beleidsadviseur
Maurice Caris	Koraal Groep	Manager Koraal Support
Sjaak Bidlot	PSW Midden-Limburg	Stafmedewerker Algemeen Beleid
Hans van Perge	S&L Zorg	Adjunct-directeur Ontwikkeling
Go Ruiters	Twentse Zorgcentra	Beleidsmedewerker
Harm Frederik Snijder	Aveleijn SDT	Kwaliteitsadviseur
Mattijs Schurink	Aveleijn SDT	Management Trainee
Ronald Jansen	De Driestroom	Kwaliteitsfunctionaris
John Voets	Amarant	Kwaliteitsfunctionaris
Derkjan Herselman	Steinmetz De Compaan	Beleidsadviseur Kwaliteit
Annegreet Pols	Koninklijke Kentalis	Kwaliteitsfunctionaris
Jan Boonen	Severinus	Kwaliteitsfunctionaris
Nico van Weert	Atrium MC	Manager Kwaliteit
Jan Hochstenbach	Gelderse Vallei	Medewerker Kwaliteit
Nienke Meerdink	ZGT	Stafmedewerker Kwaliteitszorg
Adri Kroonen	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Adviseur Kwaliteit en Patiëntveiligheid
Alice Hobo	UMCG	Senior Stafadviseur
Jo Jans	UMCG	Kwaliteitscoördinator
Edwin van der Velden	UMCG	Adviseur Management Informatie
Yvet Kamminga	UMCG	Kwaliteitsfunctionaris Sector C
Geert Kocken	St. Maartenskliniek	Research Development & Education
Marloes van der Laan	Haga Ziekenhuis	Organisatorisch Manager a.i.
Robert Slappendel	Amphia Ziekenhuis	Manager Kwaliteit

Naam	Organisatie	Functie
Marion de Groot	Diac. Leiden	P&C
Marita Kromhout	Spaarne Ziekenhuis	Senior Adviseur Concernstaf
Quirijn Duchateau	Spaarne Ziekenhuis	Kwaliteitscontroller
Alan Matthews	Wilhelmina Ziekenhuis	Adviseur Kwaliteitszorg
Jacob Wijnia	Dr. Leo Kannerhuis	Beleidsmedewerker Kwaliteit & Bedrijfsvoering
Jopie van Apeldoorn	Altrecht	Manager ZIS
Chris Buteröwe	Tactus	Projectmanager EPD + Registratieproces
Carmen Nijenhuis	Tactus	PC Functionaris
Barbara van Muijen	Grote Rivieren	Beleidsmedewerker Kwaliteit & Certificering
Richard de Fijter	RIBW Midden-Brabant	Manager Kwaliteit
Ruud Haan	Parnassia Bavo Groep	Clustermanager Bedrijfsinformatie en Kwaliteit
Marcel van Ham	GGZ Eindhoven	Stafmedewerker Kwaliteit
Karin Janssen	GGZ Eindhoven	Internal Auditor
Joep Heesters	GGZ Eindhoven	Strategisch Adviseur RvB
Mirthe Maessen	GGZ Noord-Holland-Noord	Adviseur Juridische Zaken
Annet Nugter	GGZ Noord-Holland-Noord	Senior-Onderzoeker
Evelien van der Ploeg	GGZ Noord-Holland-Noord	Data-Analist
Hilde Poodt	Rivierduinen	Concernadviseur Kwaliteit
Nick van der Burgt	CVD Rotterdam	Kwaliteitsmanager
Marja Admiraal	CVD Rotterdam	Hoofd Zorgadministratie
Irma Hensen	CVD Rotterdam	Medewerker Kwaliteit
Lous Visser	Cordaan	Projectleider Zorgondersteuning GGZ
Daan Landkroon	Kennemer Gasthuis	Adviseur Kwaliteit, Marketing en Veiligheid
Jurgen Sernee	Kennemer Gasthuis	Adviseur Marketing/Lean
Harm Schonewille	De Gelderse Roos	Beleidsadviseur
Wilma Jansen	Albert Schweitzer ziekenhuis	Beleidsadviseur

Onderzoekers

Naam	Organisatie	Rol in project
Monique van Dijen	Ernst & Young Health Advisory Services	Verantwoordelijk partner, onderzoeker en begeleider werksessie GGZ
Wine te Meerman	Ernst & Young Health Advisory Services	Projectmanager, onderzoeker en begeleider werksessie VV&T
Renée te Poele	Ernst & Young Health Advisory Services	Onderzoeker en begeleider werksessie VV&T
Bart Miséré	Ernst & Young Health Advisory Services	Onderzoeker en begeleider werksessie ZKZ
Gert-Jan Gerrits	Ernst & Young Technology and Security Risk Services	Onderzoeker AO/IC en IT
Charlotte Pauli	Ernst & Young Health Advisory Services	Onderzoeker en begeleider werksessie ZKZ
Luc Demoulin	Ernst & Young Health Advisory Services	Begeleider werksessie GHZ
Cassandra Koning	Ernst & Young Health Advisory Services	Onderzoeker en begeleider werksessie GGZ
Claire Vermolen	Ernst & Young Health Advisory Services	Onderzoeker en begeleider werksessie GHZ

Begeleidingscommissie⁴⁹

Naam	Organisatie	Rol in project
Ivette Heesbeen	Actiz	Lid van de begeleidingscommissie
Han van Esch	VGN	Lid van de begeleidingscommissie
Mieke Effting	Florence Zorg	Lid van de begeleidingscommissie
Hans van Willenswaard	Zonnehuisgroep Amstelland	Lid van de begeleidingscommissie
Ruud Haan	Parnassia Bavo Groep	Lid van de begeleidingscommissie
Edmée Boerrigter	Medisch Centrum Alkmaar	Lid van de begeleidingscommissie
Adri Kroonen	CWZ	Lid van de begeleidingscommissie
Thomas Király	NVMA / Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Lid van de begeleidingscommissie

⁴⁹ De leden die aanwezig waren tijdens de bijeenkomsten op 15 oktober 2009 en/of 4 december 2009.

Interne stuurgroep

Naam	Organisatie	Rol in project
Kees Birkhoff	Zichtbare Zorg	Voorzitter van de stuurgroep
Brenda Mark- Van haarst	Zichtbare Zorg	Lid van de stuurgroep namens ZKZ
Hermien Post	Zichtbare Zorg	Lid van de stuurgroep namens sectoren VV&T, GHZ en GGZ
Kees Molenaar	Ministerie van VWS	Lid van de stuurgroep namens VWS