



Voorkomen is beter dan genezen

Betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie in de zorg:
achtergrondstudie naar risico's en oplossingsrichtingen

*Achtergrondstudie uitgevoerd door PwC/TNO in opdracht van
het programma Zichtbare Zorg*

September 2008

Inhoudsopgave

SAMENVATTING.....	7
INLEIDING: RISICO'S EN OPLOSSINGSRICHTINGEN	11
1 UITVOERING EN REIKWIJDTE ONDERZOEK	14
1.1 PROCESSHEMA	14
1.2 INTERVIEWS.....	14
1.3 DELPHIBIJEENKOMST	15
1.4 ANALYSE EN RAPPORTAGE	16
1.5 SECTORSPECIFIEK OF ZORGBREED	16
2 RISICO'S IN DELPHISESSIE GEORDEND	17
3 BORGEN BETROUWBAARHEID PROACTIEF DOOR AANSLUITING BIJ MOTIVATIE PROFESSIONALS.....	19
3.1 PROACTIEF EN REACTIEF BEHEERSMODEL FUNCTIONEREN ALS COMMUNICERENDE VATEN.....	20
3.2 VOORKEUR VOOR PROACTIEF MODEL OP MEERDERE ARGUMENTEN GEBASEERD.....	21
4 DEFINIEER BRONGEGEVENS EN RICHT HET PROCES IN	23
4.1 KWALITEIT BRONGEGEVENS CRUCIAAL VOOR VERDERE PROCES	23
4.2 AFSTEMMEN PROCESINRICHTING VERDIENT EXTRA AANDACHT.....	25
4.2.1 <i>Landelijke ondersteuning procesinrichting gewenst</i>	<i>25</i>
4.2.2 <i>Technische aansluiting systemen nodig.....</i>	<i>25</i>
4.2.3 <i>Buitenlandse procesinrichting toont voordelen afstemming.....</i>	<i>26</i>
4.2.4 <i>Ketenzorg vraagt om geïntegreerde kwaliteitsverantwoording.....</i>	<i>27</i>
5 MAXIMAAL GEBRUIK ICT-ONDERSTEUNING BEVORDERD BETROUWBAARHEID DIRECT EN INDIRECT	28
5.1 GEBRUIKSVRIENDELIJKE SOFTWARE BESPAART REGISTRATIETIJD	28
5.2 AUTOMATISCHE CONTROLES VOORKOMEN VERGISSINGEN	29
5.3 INZET VAN TECHNISCHE HULPMIDDELEN VOORKOMT DUBBEL REGISTREREN	30
5.4 EENMALIGE VASTLEGGING BRONGEGEVENS MAAKT EEN EIND AAN DUBBELE REGISTRATIES	30
5.5 GEAUTOMATISEERDE AFLEIDING VAN KWALITEITSINFORMATIE BIEDT BELANGRIJK PERSPECTIEF MITS AAN VOORWAARDEN WORDT VOLDAAN.....	32
5.5.1 <i>Afleiden kwaliteitsinformatie van gegevens voor primaire proces verdient de voorkeur</i>	<i>33</i>
5.5.2 <i>Aansluiting bij ontwikkeling ECD/EPD is koninklijke weg maar vereist verdere voorbereiding.....</i>	<i>34</i>
5.6 INTERNE BEHEERPROCEDURE VOORKOMT ONBEDOELDE FOUTEN	36
5.7 INTERNE AUDIT ONDERDEEL VAN BEHEERPROCEDURE.....	36
5.8 LANDELIJKE RICHTLIJNEN VOOR SCHONING EN AGGREGATIE IN ZORGAANBIEDERS VOORKOMEN ONBEDOELDE VERSCHILLEN BIJ OPLEVERING.....	37
5.9 BEHEER EN BEWERKING BIJ DATABASEHEERORGANISATIE VEREIST HELDER PROTOCOL..	38
6 INBEDDEN KWALITEITSREGISTRATIE IN WERKCYCLUS VERGROOT TOEPASSINGSMOGELIJKHEDEN.....	39
6.1 TERUGKOPPELEN GEGEVENS BIEDT PROFESSIONALS STUURINFORMATIE.....	40
6.2 GEBRUIK KWALITEITSINFORMATIE ALS MANAGEMENTINSTRUMENT VERHOOGT TRANSPARANTIE	41
6.3 BLAMEFREE REGISTREREN BASISVOORWAARDE VOOR BETROUWBAARHEID	42
6.4 VERANTWOORDELIJKHEID VOOR EXTERNE AANLEVERING ZOVEEL MOGELIJK BELEGGEN BIJ PROFESSIONAL	43

6.5	GEZAGHEBBENDE POSITIE KWALITEITSFUNCTIONARISSEN DOET RECHT AAN BELANG KWALITEITSINFORMATIE	43
6.6	GOOD GOVERNANCE OOK VAN TOEPASSING OP KWALITEITSINFORMATIE	44
6.7	LANDELIJKE ONDERSTEUNING INSTRUCTIE BEVORDERT UNIFORME TOEPASSING INDICATOREN	45
6.8	SELF ASSESSMENT GEEFT ZORGAANBIEDER INZICHT IN STAND VAN ZAKEN.....	46
	6.8.1 <i>Beheersniveaus geven stand van zaken zorgaanbieders aan</i>	47
	6.8.2 <i>Self assessment voor twee maatregelen uitgewerkt</i>	47
6.9	REGISTRATIEKWALITEIT ALS KWALITEITSINDICATOR AF TE LEIDEN UIT SELF ASSESSMENT	48
7	EXTERNE TOETSING COMPLETEERT BORGING BETROUWBAARHEID	50
7.1	EXTERNE TOETSING KAN OOK BINNEN EIGEN SECTOR WORDEN UITGEVOERD	51
7.2	EXTERNE HANDHAVING MAXIMAAL AFGESTEMD OP EERDERE RESULTATEN.....	51
	7.2.1 <i>Externe handhaving maximaal afgestemd op eerdere resultaten</i>	52
	7.2.2 <i>Activiteiten IGZ en NZa nauw op elkaar af te stemmen</i>	52
	7.2.3 <i>Inzet externe auditors nog in discussie</i>	53
7.3	EXTERNE TOETSING KAN DEELS WORDEN GEAUTOMATISEERD	54
7.4	EXTERNE HANDHAVING BEVAT INCENTIVES VOOR BETROUWBAARHEID.....	54
7.5	EVENTUELE SANCTIES VOORAL TE RICHTEN OP VERBETERING BETROUWBAARHEID ...	55
8	DE IMPLEMENTATIE	57
8.1	VOORGESTELDE OPLOSSINGSRICHTINGEN DEKKEN GROOTSTE RISICO'S AF	57
8.2	MAATREGELEN VERDER GECONCRETISEERD.....	57
8.3	MAATREGELEN DEELS ONDERLING AFHANKELIJK	62
8.4	MEERDERE ACTOREN BETROKKEN BIJ UITVOERING MAATREGELEN.	64
8.5	INVOERING MAATREGELEN VEREIST GOVERNANCEAFSPRAKEN	68
A	SAMENSTELLING BEGELEIDINGSCOMMISSIE	70
B	OVERZICHT INTERVIEWS.....	71
C	DEELNEMERS DELPHIBIJEENKOMST 28 MEI	72
D	RISICO'S BETROUWBAARHEID KWALITEITSINFORMATIE.....	73
E	OPLOSSINGSRICHTINGEN	77
F	RELATIE MAATREGELEN EN RISICO'S	79
G	TOEZICHT NZA	81

Samenvatting

Betrouwbare kwaliteitsinformatie dient vanzelfsprekend te zijn. Zorgaanbieders, cliënten, brancheorganisaties, overheid en andere partijen zijn het daarover eens. Er wordt een groot maatschappelijk belang mee gediend.

Vanuit die gedachte wordt in dit rapport ingegaan op de vraag hoe betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie¹ zo goed mogelijk kan worden geborgd. Want ook al is betrouwbaarheid een groot goed, er zijn wel risico's te onderkennen:

- risico's in processen en systemen zoals onvoldoende toegangsbeveiliging;
- risico's bij de interpretatie van indicatoren of van kwaliteitsgegevens;
- risico's in het menselijk gedrag, zoals vergissingen bij de registratie.

Het Projectbureau Zichtbare Zorg heeft TNO Management Consultants en PricewaterhouseCoopers opdracht gegeven de risico's en oplossingsrichtingen in kaart te brengen. Het gaat om het volgende traject:

- registratie door de professional;
- verzameling en bewerking van de informatie door de zorgaanbieder en aanlevering aan beheerorganisaties of Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- beheer en bewerking door (beheer)organisaties;

Het gaat dus niet om een onderzoek naar de mate waarin de kwaliteitsinformatie op dit moment betrouwbaar is en evenmin om een onderzoek naar de betrouwbaarheid van kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten.

Tientallen geïnterviewden en deelnemers aan de zogenoemde Delphisessie hebben aan het onderzoek een belangrijke bijdrage geleverd. Dat geldt ook voor de breed samengestelde begeleidingscommissie.

Na het opstellen van een onderzoekskader als kapstok hebben de onderzoekers de risico's en mogelijke oplossingen geïnterpreteerd. Dat is gebeurd via literatuurstudie, eigen bevindingen, interviews en een Delphisessie. Dat is een workshop waarin deelnemers met behulp van een softwareprogramma risico's en oplossingen hebben geprioriteerd, bediscussieerd en aangevuld. De onderzoekers hebben vervolgens de belangrijkste oplossingen verder uitgewerkt en in dit rapport vastgelegd.

Risico's

De inventarisatie leverde 69 verschillende risico's op. Opvallend was dat deze in overgrote mate zorgbreed bleken te zijn, dus niet gebonden aan een bepaalde zorgsector.

Een aantal risico's uit de top tien:

1. Het risico dat het leveren van kwaliteitsinformatie niet goed is ingebed in reguliere werkprocessen.
2. Het risico van ontbreken van interne controles op het proces van informatieverzameling, registratie en aggregatie van eigen kwaliteitsregistraties.
3. Het risico dat het management te weinig stuurt op waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsinformatie.

¹ Het gaat vooral om landelijke en digitaal aangeleverde informatie, vooral de gegevens die in het kader van het programma zichtbare zorg zijn en worden ontwikkeld.

4. Het risico dat de basisbestanden die voor kwaliteitsinformatie nodig zijn (zoals aantallen cliënten en personeelsformatie) onvoldoende betrouwbaar zijn.
5. Het risico dat als de beheerorganisatie de informatie eenmaal beschikbaar heeft gesteld, die voor eindgebruikers niet zo duidelijk is en toelichting behoeft.

Oplossingen

De oplossingsrichtingen zijn in overleg met de begeleidingscommissie geordend aan de hand van een gedachtelijn die vijf stappen omvat. Uitgangspunt voor de oplossingen is: zoveel mogelijk proactief en zo weinig mogelijk reactief. Dat wil zeggen: zoveel mogelijk oplossingen die ingrijpen op het proces van registratie en validatie/aanlevering door de instelling en zo weinig mogelijk oplossingen die versterkte externe controle met zich mee brengen. Vandaar ook de titel van het rapport: voorkomen is beter dan genezen. Hoewel genezen altijd nodig zal blijven.

1. Wees het er met elkaar over eens dat kwaliteitsinformatie belangrijk is en sluit aan bij de intrinsieke motivatie van professionals om optimale zorg te verlenen.

Professionals hebben gekozen voor het vak van zorgverlener, en moeten minimaal worden belast met zaken die daar niet mee te maken hebben. Professionals zullen meer gemotiveerd zijn om kwaliteitsinformatie te registreren naarmate zij er zelf meer aan hebben, bij voorkeur dus informatie die zij of collega's nodig hebben om zorg te kunnen verlenen. Ga uit van een basis van vertrouwen en denk niet dat met meten de werkelijkheid volledig in kaart kan worden gebracht.

2. Definieer de benodigde brongegevens en richt het proces in dat nodig is om de kwaliteitsinformatie te genereren.

In dit hoofdstuk komt het belang van zorgvuldige definiëring naar voren en wordt gepleit voor landelijke ondersteuning van de procesinrichting (het proces van registreren tot en met gebruiken). Het definiëren van een indicator die de kwaliteit van de registratie aangeeft, kan een handvat zijn.

3. Ondersteun de registratie en bewerking zoveel mogelijk met ICT-oplossingen

Het hoofdstuk over ICT-oplossingen bevat allereerst een pleidooi voor gebruiksvriendelijker software, inbouw van automatische berekeningen en controles en inzet van technische hulpmiddelen zoals handheld computers.

Daarna wordt ingegaan op de mogelijkheden om dubbel registreren van gegevens te voorkomen. De eerste stap kan zijn het automatisch overzetten van elders geregistreerde brongegevens zoals aantallen cliënten en organisatorische eenheden naar de kwaliteitsregistraties. De tweede stap is het automatisch afleiden van kwaliteitsinformatie uit andere systemen, bij voorkeur uit zorgregistraties. Afleiden uit zorgdossiers van cliënten is in de opinie van de onderzoekers de ultieme oplossing – hoewel daar nooit alle informatie uit geput kan worden - maar dit traject vergt zeker in de cure nog de nodige voorbereiding. Sectorspecifieke invoeringstrajecten en sectorspecifieke inhoud blijven nodig.

Het derde onderdeel van dit hoofdstuk is een pleidooi voor een interne beheersprocedure, zoals die ook voor andere registratiesystemen al geldt. Daarbij horen interne audits op de betrouwbaarheid. De zorgaanbieder zou de betrouwbaarheid kunnen bevestigen via een verklaring, zoals in feite nu al wordt gevraagd bij het definitief maken van het jaardocument zorg. Als hulpmiddel voor interne sturing kan worden overwogen om een instrument voor self assessment te

ontwikkelen, dat aangeeft hoe ver de zorgaanbieder is gevorderd op de weg naar betrouwbare informatie. Het self assessment kan onderdeel van de interne audit zijn. Na een proefjaar kunnen de resultaten ook dienen als input voor externe toetsing.

Het ICT-hoofdstuk sluit af met voorstellen voor uniforme landelijk vastgestelde protocollen bij de beheerorganisaties.

4. Veranker het registreren en opleveren van de informatie in de organisatie en in de eigen verantwoordelijkheid van professionals.

Dit hoofdstuk beschrijft organisatorische oplossingen die kwaliteitsregistraties tot een logisch onderdeel van de werkcyclus van professionals moeten maken. Bijvoorbeeld: zorg voor terugkoppeling van informatie aan de professional, zodat deze de informatie kan gebruiken voor zorgverlening of onderzoek. Neem kwaliteitsinformatie op in de managementinformatie zodat het een blijvend sturingsinstrument wordt in plaats van een incidentele bezigheid die los staat van de overige werkzaamheden. Zorg ervoor dat de professional *blamefree* kan registreren. Maak de professionals zoveel mogelijk verantwoordelijk voor wat er met de informatie gebeurt. Geef de kwaliteitsfunctionaris van zorgaanbieders een gezaghebbende positie. En ten slotte: ondersteun met landelijk instructiemateriaal een uniforme toepassing van indicatoren.

5. Onderwerp de betrouwbaarheid aan een externe toets binnen de eigen sector. Maak bij de externe toets door toezichthouders gebruik van de output van eerdere fases.

Een externe toets op betrouwbaarheid blijft onmisbaar, maar het is te overwegen om die toets geheel of gedeeltelijk binnen de eigen sector uit te voeren, bijvoorbeeld via de visitaties die ook nu al worden uitgevoerd (vooral in de cure en eerstelijns toepasbaar). De inzet van externe deskundigen - accreditatiebureaus, (EDP-) auditors, 'kwaliteitsaccountants' zal moeten worden afgestemd op de mogelijkheden die een toets binnen de sector biedt. En ten slotte zullen de formele toezichthouders IGZ en NZa een taak houden. Om nu te voorkomen dat er toch te veel nadruk op controlemaatregelen komt te liggen, is het van groot belang dat het toezicht zoveel mogelijk gebruik maakt van voorliggende resultaten. De toezichthouders kunnen dan hun aandacht richten op de zorgaanbieders waar gelet op de resultaten van de interne audit dan wel de visitatie of het oordeel van externe deskundigen de betrouwbaarheid nog niet optimaal is. Er dienen incentives te zijn voor zorgaanbieders waar de betrouwbaarheid wél op orde is, bijvoorbeeld lichter of minder frequent toezicht, of punten voor het accreditatietraject.

Implementeren van oplossingen

De gepresenteerde oplossingen bieden naar het oordeel van de onderzoekers voldoende perspectief op een goede betrouwbaarheid. De vraag blijft dan wie de oplossingen zou moeten doorvoeren en met welke prioriteit.

Dit rapport biedt daarvoor geen uitgewerkt plan – dat zou te ver voeren gezien de opdracht – maar wel aanknopingspunten. Zo is een overzicht opgesteld van nader geconcretiseerde activiteiten en op te leveren producten. Ook is ingegaan op onderlinge relaties tussen maatregelen, inclusief de consequenties voor de volgorde van invoering. Ten slotte is per maatregel aangegeven wie de trekker zou moeten zijn: zorgaanbieders, brancheorganisaties of de overheid (waarmee wordt bedoeld

het ministerie van VWS, de IGZ, de NZa of door de overheid aangestuurde uitvoerings- of beheerorganisaties. Uitgangspunt is dat de overheid de generieke activiteiten voor haar rekening neemt die zorgbreed bindend zijn en die landelijk kosteneffectiever kunnen worden ingevoerd. Denk aan het vaststellen van landelijk geldende protocollen voor gegevensbewerking of softwarespecificaties. Activiteiten waarvan brancheorganisaties of zorgaanbieders de initiator zijn, zijn veelal sectorspecifiek. Elke sector zal zijn eigen prioriteiten en invoeringstrajecten kennen.

Wij stellen voor dat de stuurgroepen Zichtbare zorg de verdere uitwerking op zich nemen.

Inleiding: risico's en oplossingsrichtingen

Openbare informatie over de kwaliteit van zorg dient een groot maatschappelijk belang. Cliënten kunnen de informatie gebruiken om een bij hen passend zorgaanbod te kiezen. Zorgaanbieders kunnen zich ermee verantwoorden en zich profileren in een marktsituatie. Zorgverzekeraars baseren in toenemende mate hun zorginkoop op kwaliteitsinformatie: aanbieders die betere kwaliteit leveren, kunnen rekenen op een gunstiger contract. Toezichthouders gebruiken kwaliteitsinformatie als basis voor hun toezicht en om te beoordelen of markten goed functioneren en verder kunnen worden geliberaliseerd. De overheid ten slotte legt op basis van deze informatie verantwoording af over het kwalitatief presteren van de gezondheidszorg.

Kwaliteitsinformatie kan het maatschappelijk belang alleen dienen als ze beschikbaar en vergelijkbaar maar vooral ook betrouwbaar is. Onbetrouwbare kwaliteitsinformatie kan de gezondheidszorg grote schade berokkenen. Cliënten en professionals krijgen de verkeerde signalen over het verbeterpotentieel dat mogelijk is. Zorgaanbieders kunnen geschaad worden door de concurrent die onbetrouwbare informatie verschaft. Onbetrouwbaarheid is voor alle partijen schadelijk. Het belang van betrouwbare kwaliteitsinformatie is daarom vanzelfsprekend.

Maar: welke risico's zijn er als het gaat om betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie? En hoe kan de betrouwbaarheid maximaal worden geborgd? Om antwoorden op deze vragen te krijgen heeft het Projectbureau Zichtbare zorg in de eerste helft van 2008 een onderzoek laten uitvoeren. TNO Management Consultants en PricewaterhouseCoopers zijn vereerd dat zij zijn uitgenodigd om dit onderzoek uit te voeren.

Het Projectbureau Zichtbare Zorg formuleerde de doelstelling als volgt: 'de project- en stuurgroepen behulpzaam te zijn bij het ontwikkelen en vaststellen van die maatregelen die een maximale bijdrage kunnen leveren aan een optimale betrouwbaarheid van de openbaar te maken kwaliteitsinformatie. Tegen deze achtergrond heeft het uitgebrachte rapport het karakter van een achtergrondstudie. Het onderzoek heeft betrekking op alle grote zorgsectoren. Er wordt nadrukkelijk aandacht gevraagd voor mogelijke verschillen in risico's en maatregelen tussen de sectoren en wellicht binnen een sector. Voor alle duidelijkheid: het gaat dus niet om de vraag of de huidige kwaliteitsinformatie betrouwbaar is, het gaat uitsluitend om risico's en oplossingsrichtingen.

- Onder kwaliteitsinformatie verstaan wij (digitale) gegevens over het professionele handelen, het feitelijke zorgaanbod en over de ervaringen van de cliënt bij het gebruik van het zorgaanbod.
- Onder betrouwbaarheid verstaan wij juistheid, tijdigheid en volledigheid.

De opdracht was om een onderzoek uit te voeren dat in een korte tijd de belangrijkste risico's en maatregelen zichtbaar zou maken. Wij hebben in het rapport daarom een selectie gemaakt, maar wel in de bijlage een overzicht opgenomen van alle risico's en maatregelen die wij in de loop van het onderzoek zijn tegengekomen.

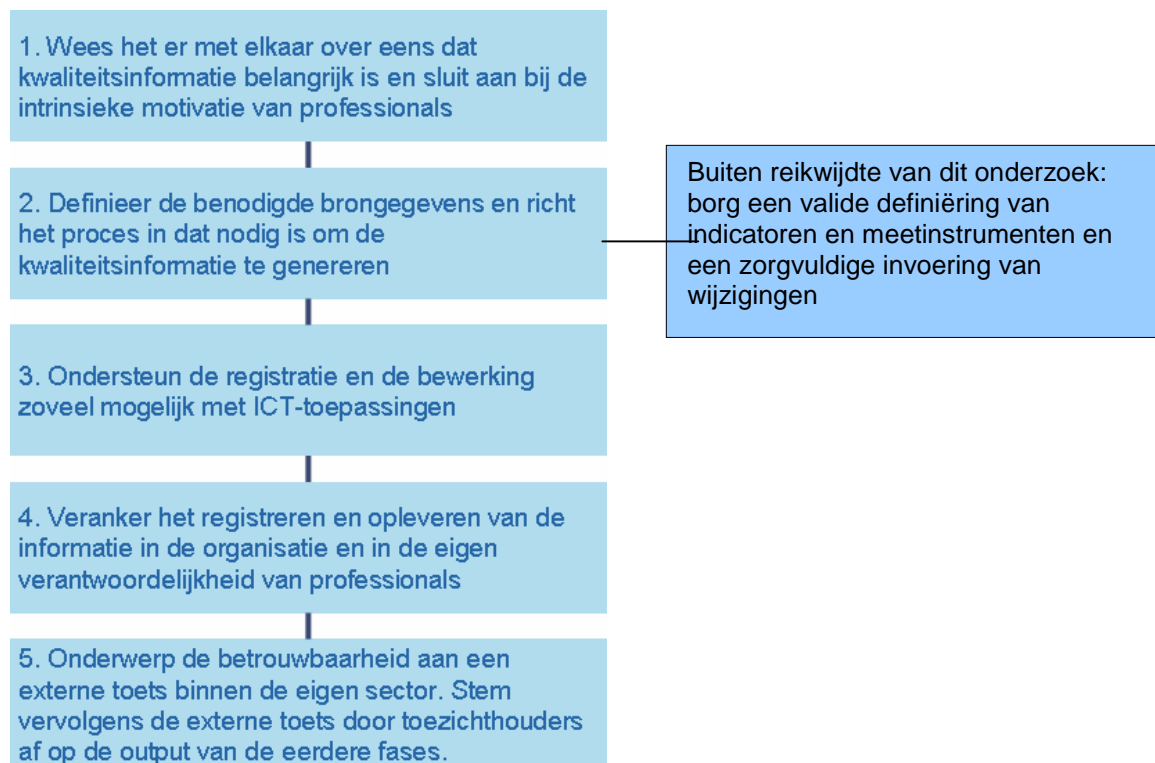
Dat wij al dit materiaal in korte tijd bijeen hebben kunnen brengen, hebben wij te danken aan al degenen die bereid bleken om aan het onderzoek mee te werken: degenen die geïnterviewd zijn, degenen die achtergrondmateriaal hebben toegezonden en de deelnemers aan de Delphisessie (zie bijlage B). Verder de begeleidingscommissie, die onze tussenproducten becommentarieerde in soms pittige maar even waardevolle discussies. Onnodig te zeggen dat wij al die personen zeer erkentelijk zijn. Onze dank gaat ook naar het Projectbureau Zichtbare Zorg, dat het onderzoek nauwgezet en betrokken heeft begeleid en de communicatie met de project- en stuurgroepen verantwoorde zorg voor zijn rekening heeft genomen.

De titel van het rapport luidt: 'Voorkomen is beter dan genezen'. Die titel heeft betrekking op de voorgestelde oplossingen: daarin ligt het accent op het voorkómen van onbetrouwbaarheid; handhaven via extern toezicht blijft nodig, maar als sluitstuk. Bij het identificeren van de oplossingen hebben wij aansluiting gezocht bij en ons laten inspireren door initiatieven die binnen de zorg al zijn genomen of in ontwikkeling zijn.

Opbouw van het rapport

- In het eerste hoofdstuk beschrijven wij de onderzoeksopzet en –uitvoering.
- In hoofdstuk 2 bespreken wij de belangrijkste risico's.
- In de vijf hoofdstukken die daarna volgen, gaan wij in op de oplossingsrichtingen, volgens onderstaande redeneerlijn:

Figuur I-1: Redeneerlijn betrouwbaarheid kwaliteitsinformatie



- In hoofdstuk 8 gaan wij nader in op de relatie tussen oplossingsrichtingen en risico's.
- In hoofdstuk 9 ten slotte geven wij aanbevelingen voor de implementatie van de oplossingen.

Het rapport bevat de volgende bijlagen:

- een lijst met de leden van de begeleidingscommissie;
- een lijst met de namen van degenen die ons in een interview te woord hebben gestaan of die hebben deelgenomen aan de Delphisessie;
- een overzicht van alle in dit onderzoek geïdentificeerde risico's en oplossingen, en de uitkomsten van de Delphisessie;
- de tekst van het artikel uit de Wet marktordening gezondheidszorg, waar de toezichthoudende taak van de NZa wordt benoemd.

Om te vermijden dat in het hele rapport gesproken moet worden van 'patiënt of cliënt' hebben wij de term 'cliënt' gehanteerd, behalve als duidelijk was dat alleen de cure werd bedoeld.

Het onderzoek richtte zich op de *totstandkoming* van betrouwbare kwaliteitsinformatie. Dit betekent dat de betrouwbaarheid van indicatoren en meetinstrumenten buiten de reikwijdte van het onderzoek valt. Datzelfde geldt voor het gebruik van kwaliteitsinformatie: ook in die fase zijn er risico's (zoals een niet-correcte interpretatie) maar ook deze vielen buiten de reikwijdte van het onderzoek.

Verder richtte het onderzoek zich op kwaliteitsindicatoren die door de *zorgaanbieder* worden aangeleverd. Dat betekent dat indicatoren die zijn gebaseerd op de CQ-vragenlijsten, de cliëntenraadplegingen dus, eveneens buiten het onderzoek vielen. De betrouwbaarheid daarvan wordt geborgd door het Centrum Klantervaring Zorg.

1 Uitvoering en reikwijdte onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode april tot juli 2008, in vier stappen.

1.1 Processchema

Allereerst hebben wij een schema opgesteld waarin de totstandkoming van kwaliteitsinformatie wordt weergegeven. We hebben daarin de volgende fases onderscheiden:

- het definiëren van indicatoren (volledigheidshalve in het schema opgenomen maar geen onderdeel van het onderzoek);
- het instrueren van professionals bij de zorgaanbieder en het registreren van de kwaliteitsinformatie door deze professionals;
- het extraheren en opslaan van de informatie bij de zorgaanbieder;
- het consolideren en aanleveren van de informatie door de zorgaanbieder aan de databeheerorganisatie;
- het verzamelen, bewerken en ontsluiten door de databeheerorganisatie;
- het gebruiken van de informatie; deze fase kent in de praktijk vaak nog een voorfase waarin de gebruikers zelf de informatie bewerken, al of niet in de plaats van de databeheerorganisatie.

In elke fase van de totstandkoming kunnen zich risico's voordoen. Wij hebben de risico's geclusterd tot de volgende categorieën:

1. risico's die zich voordoen bij personen die bij de totstandkoming zijn betrokken:
 - a. gedragsrisico's: onbewuste of bewuste fouten bij het registreren van de informatie;
 - b. interpretatierisico's: de kwaliteitsindicatoren, instructies of de informatie zelf wordt anders opgevat dan was beoogd;
2. risico's die zich voordoen in de processen en systemen.

Nadat het schema was opgesteld, hebben wij het voorzien van enkele risico's die wij vanuit eigen ervaring al konden aangeven. Dit schema hebben wij gebruikt als kapstok in het vervolg van ons onderzoek.

Voor het verzamelen en ordenen van risico's en oplossingen hebben wij de Delphimethode toegepast, zoals in paragraaf 1.3 beschreven.

1.2 Interviews

De tweede stap in ons onderzoek was het afnemen van interviews. In totaal hebben wij 32 personen geïnterviewd. De meeste uit de zorgsector: leveranciers, bewerkers en gebruikers van informatie uit alle grote zorgsectoren (zie bijlage B).

Verder hebben wij gesproken met personen uit enkele andere sectoren waar betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie een belangrijke rol speelt: de Energiekamer van de NMa, de Voedings- en Waren Autoriteit en de Inspectie van het Onderwijs. Een aantal geïnterviewden heeft aanvullend achtergrondmateriaal of een op schrift gestelde reactie toegezonden. Verder hebben wij ons via documentatie georiënteerd op de wijze waarop in Duitsland en Engeland met het vraagstuk van betrouwbare kwaliteitsinformatie wordt omgegaan. Uit deze verkenning hebben wij geleerd dat de borging van betrouwbare kwaliteitsinformatie als vraagstuk niet specifiek is voor de Nederlandse gezondheidszorg. Het vraagstuk

speelt breed en wij hebben kunnen leren van inzichten en oplossingen die elders beschikbaar zijn.

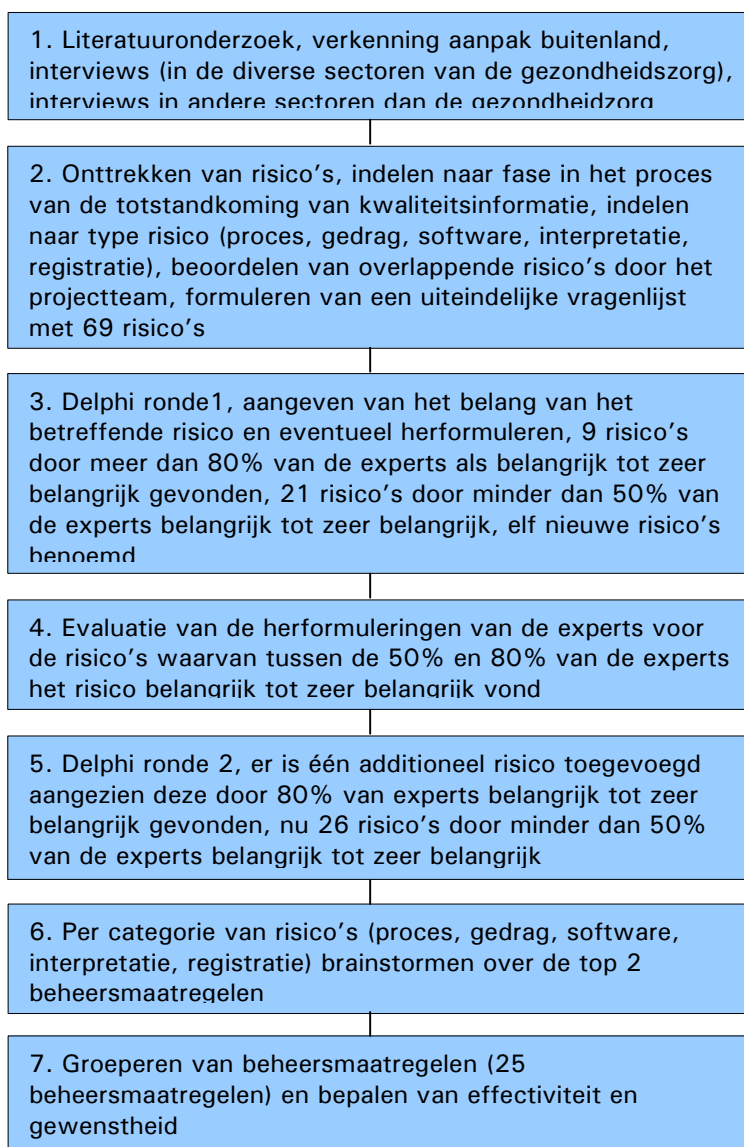
Al het verzamelde materiaal hebben wij ter afsluiting van deze fase gestructureerd en aangevuld met eigen bevindingen uit onze adviespraktijk.

1.3 Delphibijeenkomst

De geïnterviewde risico's en maatregelen hebben wij voorgelegd aan een panel van deskundigen in een zogenoemde Delphisessie. In deze bijeenkomst hebben de deelnemers met behulp van een softwareondersteunde 'Group Decision Room' allereerst de risico's geordend naar belang - dat wil zeggen de kans dat het risico zich voor zal doen in combinatie met het effect van het risico op de betrouwbaarheid. Tegelijkertijd hebben zij de risico's aangevuld, geherformuleerd als zij dat wenselijk vonden, en van commentaar voorzien. In het tweede deel van de bijeenkomst hebben de deelnemers zich vooral gericht op de oplossingsrichtingen. Bij de belangrijkste risico's per fase in het proces hebben zij de oplossingsvoorstellen aangevuld.

De deelnemers waren afkomstig uit de sectoren van de zorg die in het onderzoek betrokken waren.

Figuur 1-2: Samenvattend schema onderzoeksanpak en Delphimethode



De resultaten van de Delphisessie hebben wij besproken met de begeleidingscommissie.

1.4 Analyse en rapportage

Na de Delphisessie hebben wij alle informatie geanalyseerd en verder uitgewerkt naar concretere oplossingen. Daarbij hebben we in een kort literatuuronderzoek gericht gezocht naar relevante bevindingen om onze denklijn aan te toetsen en gebruik gemaakt van ervaringen in buitenland en andere sectoren.

Deze rapportage is het laatste onderdeel van het onderzoek. De voorgestelde oplossingen zijn zo omschreven dat de actoren in het veld er wel concrete aanknopingspunten in vinden, maar geen blauwdruk waarop zij geen invloed meer zouden hebben. Voordat we de definitieve rapportage hebben uitgebracht, hebben we deze voorgelegd aan de begeleidingscommissie.

1.5 Sectorspecifiek of zorgbreed

Bij de start van ons onderzoek was onze veronderstelling dat we het vraagstuk sectorspecifiek zouden moeten benaderen. In eerste instantie hebben wij dan ook alle risico's geordend naar de sector van waaruit wij de respondent die wij interviewden, afkomstig was. Al snel bemerkten wij dat de risico's uit de verschillende sectoren veel op elkaar leken. In de Delphisessie werd dit nog duidelijker: de respons van de deelnemers uit verschillende sectoren was in hoge mate uniform en standaarddeviaties op de geïdentificeerde risico's waren gering. Soms verschilt de terminologie per sector, maar gaat het in feite om hetzelfde risico. Bijvoorbeeld: de exacte route van de informatie verschilt per sector, maar het risico dat informatie bij de overdracht van de ene database naar de andere wordt vervormd, komt in alle sectoren voor.

Ook de globale oplossingsrichtingen zijn vaak zorgbreed. Bij de nadere concretisering spelen de sectorverschillen echter wél een rol. In de uitwerking van de oplossingsrichtingen of in het tempo van invoering kan een sectorspecifieke aanpak nodig zijn.

2 Risico's in Delphisessie geordend

De groslijst van risico's die uit de interviews en eigen ervaring waren verzameld, hebben wij geschoond voor doublures en overlappingsen. Daaruit resulteerde een lijst met 69 risico's die input vormden voor de Delphisessie (zie bijlage C).

In de sessie konden de 17 deelnemende experts op een vijfpuntsschaal aangeven hoe belangrijk zij de risico's vonden. De minst belangrijke risico's zijn verder in de sessie buiten beschouwing gebleven (geëxcludeerd), terwijl de belangrijkste direct in de volgende ronde werden ingebracht (geïncludeerd). Een risico werd geïncludeerd wanneer 80% van de deelnemersgroep het betreffende risico als belangrijk (4 op de vijfpuntsschaal) of zeer belangrijk (5 op de vijfpuntsschaal) had beoordeeld. Tussen de twee rondes in werden risico's die geïncludeerd noch geëxcludeerd waren, geherformuleerd op basis van de suggesties van de experts en opnieuw aan hen voorgelegd.

De volgende tien risico's zijn uiteindelijk geïncludeerd, de eerste negen in aflopende volgorde tijdens de eerste Delphironde en nummer tien in de tweede Delphironde.

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.

Merk op dat de drie belangrijkste risico's behoren tot de fase van de definiëring van indicatoren, die niet tot het onderzoek behoort. Vanuit de interviews was ons echter al bekend dat deze fase in de beoordeling door respondenten van betrouwbaarheidsrisico's een grote rol speelt: aspecten als validiteit, voorkómen van overdaad en dergelijke werden veelvuldig benoemd. Het achterwege laten van deze risico's in de Delphisessie zou dan de beoordeling van de overige risico's vertekenen en bovendien belangwekkende informatie buiten beeld laten.

In de Delphisessie waren de risico's steeds geordend in een vijftal categorieën: proces, gedrag, software, registratie en interpretatie. Het team van onderzoekers heeft per categorie de twee belangrijkste risico's opnieuw aan de groep experts voorgelegd. Zo werd ervoor gezorgd dat bij het brainstormen over de oplossingen de vijf categorieën evenwichtig in beeld waren. Gebruikmakend van de faciliteit van de Group Decision Room is vervolgens gebrainstormd over de beheersmaatregelen die de kans op het zich voordoen van het betreffende risico verkleinen, dan wel het effect ervan mitigeren.

De tien risico's die zijn ingebracht voor de brainstorm zijn als volgt over de vijf categorieën verdeeld:

Proces

1. Het risico dat indicatoren niet scherp genoeg zijn gedefinieerd
2. Het risico dat het leveren van kwaliteitsinformatie niet goed is ingebed in reguliere werkprocessen

Gedrag

1. Het risico dat het management te weinig stuurt op waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsinformatie.
2. Het risico dat professionals niet (volledig) bereid zijn om de gegevens waarheidsgetrouw in te vullen, juist als ze minder gunstig zijn en als de gevolgen groot kunnen zijn.

Software

1. Het risico dat bronbestanden die voor kwaliteitsinformatie nodig zijn (zoals aantallen cliënten, personeelsformatie) onvoldoende betrouwbaar zijn.
2. Het risico dat de koppeling tussen de databases van de aanleverende en beherende organisatie niet (van voldoende kwaliteit) beschikbaar zijn om kwaliteitsinformatie te aggregeren.

Interpretatie

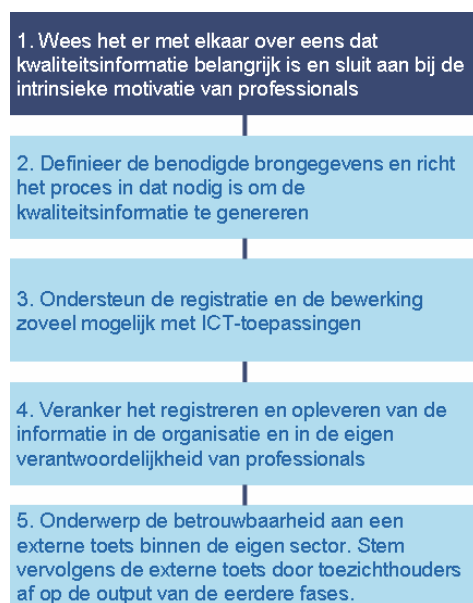
1. Het risico dat de prestatie-indicatoren niet de werkelijke kwaliteit van de zorg/behandeling weergeven.
2. Het risico dat de indicatoren door verschillende manieren van registreren niet geschikt zijn voor het weergeven van kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders heen, zoals met name in de ketenzorg van toepassing is.

Registratie

1. Het risico dat zorgaanbieders in een keten dezelfde feiten niet op dezelfde manier registreren
2. Het risico dat de context waarin dezelfde registraties worden gebruikt voor verschillende doeleinden niet reproduceerbaar is bij de ontsluiting van de database.

3 Borgen betrouwbaarheid proactief door aansluiting bij motivatie professionals

Welke oplossingen en maatregelen zijn er nu denkbaar om de gedefinieerde risico's te beheersen? Daarover gaan de nu volgende hoofdstukken. De redeneerlijn die daarbij is ontwikkeld en die in de inleiding is geschetst, begint met een centraal uitgangspunt: wees het er met elkaar over eens dat kwaliteitsinformatie belangrijk is en sluit aan bij de intrinsieke motivatie van professionals. Betrouwbare kwaliteitsinformatie wordt dan een vanzelfsprekende zaak.



Met de intrinsieke motivatie van professionals bedoelen wij het belang dat professionals in de zorg hechten aan een kwalitatief hoogstaande zorg voor en behandeling van de cliënt. Hun hart ligt bij het primaire proces, en daar willen zij zich voor inzetten. Dat betekent dat als het gaat om het registreren van kwaliteitsinformatie zoveel mogelijk aangesloten moet worden bij het primaire proces; de professional is het meest gemotiveerd om waarheidsgetrouw te registreren als de informatie die hij registreert, ook wordt gebruikt voor het zorgverleningsproces. Het betekent ook dat de verantwoordelijkheid voor de registratiekwaliteit zoveel mogelijk bij de professionals zelf moet blijven. Als aan die voorwaarden wordt voldaan, wordt betrouwbaar registreren voor de professional een logische zaak.

'Essentieel is dat draagvlak wordt gecreëerd en wederzijds wantrouwen wordt doorbroken. Daar moet van twee kanten aan worden gewerkt. Van de kant van de overheid: door kwaliteitsverbetering niet uitsluitend of in de eerste plaats via externe prikkels te willen afdwingen, maar professionals ook nadrukkelijk aan te spreken op hun intrinsieke motivatie. <...> Van de kant van de zorgaanbieders gezien is de uitdaging vooral om de eis van systematische kwaliteitsverbetering op een andere manier te ervaren. Niet als iets dat van buitenaf wordt opgelegd <...> maar als een kernelement van de eigen professionele verantwoordelijkheid. Uit: Vertrouwen in verantwoorde zorg, Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren, Signalering ethiek en gezondheid 2006, Centrum voor ethiek en gezondheid.

Dit alles leidt tot de principiële keuze voor een model waarin de betrouwbaarheid zoveel mogelijk wordt geborgd door ondersteuning en maatregelen *tijdens* het proces van registreren en aanleveren. Externe handhaving door controle achteraf, dus door of namens toezichthouders, kan dan een minder grote rol spelen en de functie van sluitstuk vervullen.

Nb. Wat hierboven is gesteld, geldt voor de kwaliteitsinformatie die professionals zelf registreren, dus zorginhoudelijke indicatoren en etalage +-informatie.

3.1 Proactief en reactief beheersmodel functioneren als communicerende vaten

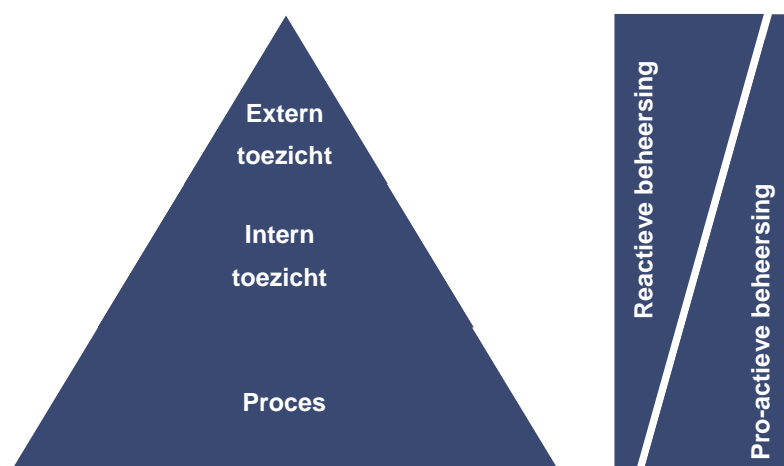
In een model van proactieve maatregelen is de doelstelling het voorkómen of in een vroeg stadium (vóór de aanlevering aan toezichthouders) corrigeren van onbetrouwbaarheid. De maatregelen om risico's te beheersen, grijpen daarom in op het proces van gegevensvastlegging en zijn verweven met de inrichting van dat proces. Een proactief model wil overigens niet zeggen dat er geen controle wordt toegepast. Die is er wel degelijk, maar dan vooral tijdens de registratie, bijvoorbeeld door geautomatiseerde invoercontroles, of direct daarna via verantwoording binnen de instelling. Ook interne audits rekenen wij tot dit domein. De controle richt zich zoveel mogelijk op de interne beheersmaatregelen. Als die op orde zijn, is de kans groter dat ook de kwaliteitsinformatie zelf op orde is.

Binnen een reactief beheersmodel is de doelstelling om door middel van toezicht op de output achteraf de mate van betrouwbaarheid vast te stellen. Reactieve beheersmaatregelen zijn veelal gekoppeld aan onafhankelijk toezicht. Hierbinnen kan onderscheid worden gemaakt tussen controle binnen de eigen sector (bijvoorbeeld visitaties), controle door onafhankelijke externe instanties (accountants, certificeerders) en controle door formele toezichthouders (Inspectie voor de Gezondheidszorg, Nederlandse Zorgautoriteit).

Het proactieve en het reactieve model hebben een relatie met elkaar: hoe meer geborgd kan worden via het proactieve model, hoe minder controle via het reactieve model nodig is. In de praktijk zal er overigens nooit sprake zijn van een model dat volledig proactief of reactief is. Een volledig proactief model zou van naïviteit getuigen; er moet een systeem zijn dat bescherming biedt tegen overtreders, zeker daar waar sprake is van marktwerking en waar aanbieders dus moeten kunnen rekenen op een gelijke uitgangspositie en speelveld.

Figuur 1-1 geeft de relatie weer tussen het type beheersmodel en het niveau waarop de maatregelen ingrijpen. Dit figuur maakt duidelijk dat naarmate er een beter inbedding is van beheersmaatregelen in processen en systemen de mate van reactief (lees extern) toezicht af kan nemen om tot eenzelfde mate van betrouwbaarheid te komen.

Figuur 1-1: Relatie tussen beheersmodel en niveau van controle



Bron: *Onderzoek betrouwbaarheid kwaliteitsinformatie 2008*

3.2 Voorkeur voor proactief model op meerdere argumenten gebaseerd

Eerder in dit hoofdstuk hebben wij al aangegeven dat een proactief model aansluit bij de intrinsieke motivatie van professionals en daarom voor hen aantrekkelijker is en dus meer garantie voor betrouwbaarheid biedt. Maar er zijn meerdere redenen om deze keuze te maken. Een model met het accent op proactieve maatregelen is in de gegevens situatie namelijk ook effectiever en kostenefficiënter.

Uit de interviews en uit de Delphisessie, waarin risico's en oplossingen werden gerangschikt naar belang, bleek dat de belangrijkste risico's vroeg in het totstandkomingsproces ontstaan: bij de initiële registratie 'aan de bron', bij de cliënt. Extern toezicht is daar moeilijk denkbaar en de kosten zullen hoog zijn. Verder bleek dat de maatregelen die in de interviews en de Delphisessie als het belangrijkste werden gekwalificeerd, stuk voor stuk proactieve maatregelen zijn, die bovendien van invloed zijn op meerdere risico's tegelijk en daarom naar verwachting maximaal effectief zullen zijn. En tot slot: een aantal proactieve maatregelen die op het gebied van ICT-ondersteuning liggen, vereenvoudigen de registratie, zodat de professional minder tijd met registreren kwijt is. Ook dat zal de motivatie van de professional en daarmee de kwaliteit van zijn registratie verhogen. Veel professionals zijn geen liefhebber van alle administratie die met het vak van zorgverlener gepaard gaat.

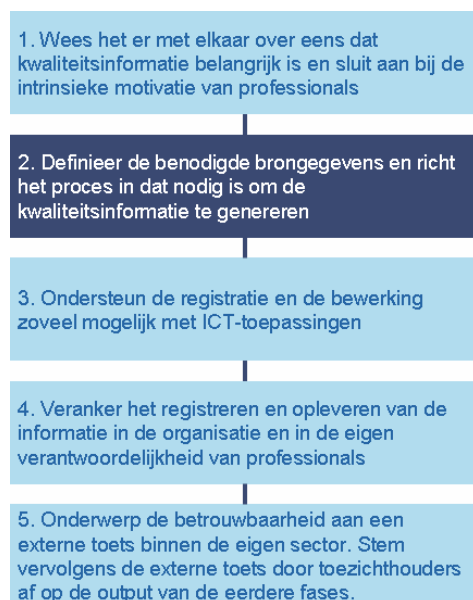
'Als ik boekhouder had willen worden, had ik dat wel gedaan. Maar ik ben zorgverlener geworden om zorg te kunnen verlenen' (bron: achtergrondmateriaal GGZ)

'Zo ontstond een informatie- en registratiewedloop waarin een afstandelijke overheid ervan overtuigd wilde worden dat het geld wel goed besteed werd. Sturen vooraf werd aldus vervangen door controleren achteraf, en langzaam maar zeker zijn we aan de conclusie toe dat dit nieuwe beheersingsparadigma misschien nog wel destructiever is dan het oude maakbaarheidsparadigma' (Jos van der Lans, april 2008, 'Ontregelen- de herovering van de werkvloer').

Overigens is een proactief model niet van de ene dag op de andere gerealiseerd. Daarom is in de aanlooperperiode een wat intensievere externe controle nodig dan daarna. Wij komen daar later nog op terug.

4 Definieer brongegevens en richt het proces in

Na de keuze voor een model met het accent op proactieve maatregelen is het de opgave om voor de in het onderzoek gedefinieerde risico's passende maatregelen te formuleren. Daarbij komen, als wij het proces van totstandkoming van kwaliteitsinformatie volgen, allereerst de stappen 'definiëring van brongegevens' en 'inrichten proces' aan bod.



4.1 Kwaliteit brongegevens cruciaal voor verdere proces

Met de term 'brongegevens' bedoelen wij in dit onderzoek niet de indicatoren en de meetinstrumenten. Waar het om gaat is de gegevensset die als het ware de basis vormt van elke registratie. Denk aan een uniforme aanduiding van de registrerende instelling of organisatorische eenheid, aan NAW-gegevens van de cliënt, aan landelijk eenduidige registratie van cliëntenaantallen of aan heldere definiëring van doelgroepen (bijvoorbeeld: vallen cliënten van de maatschappelijke opvang die AWBZ-begeleiding krijgen nu wel of niet onder de GGZ-prestatie-indicatoren van de IGZ?).

Een onduidelijke of niet-uniforme omschrijving van brongegevens frustreert het hele verdere proces, omdat alle registraties en bewerkingen erop zijn gebaseerd.

'Hoeveel moeite we alleen al niet hebben moeten doen om vast te stellen met welke instellingen en eenheden we precies van doen hadden.....' (bron: interview).

De enige maatregel die daarbij past, is die van uniforme landelijke definities van de benodigde data. Voor een deel voorziet de huidige maatschappelijke verantwoording op grond van de Regeling verslaggeving WTZi in deze vraag. Ook op andere vlakken zijn al initiatieven, maar er is nog geen sprake van landelijke dekking. Wij bepleiten een krachtig en slagvaardig initiatief op landelijk niveau, uitgaande van de overheid. In het laatste hoofdstuk van dit rapport gaan wij nader in op de verschillende mogelijke initiatiefnemers.

Betrouwbaarheid indicatoren en meetinstrumenten buiten scope onderzoek, maar wel van belang

De betrouwbaarheid van indicatoren en meetinstrumenten valt zoals eerder gezegd buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Toch kunnen wij niet ongenoemd laten dat juist voor dit punt door veel van onze respondenten aandacht is gevraagd. Zij wijzen op de noodzaak om:

- definities aan te scherpen;
- de cliëntgroep waarop de indicatoren betrekking hebben beter af te bakenen;
- indicatoren beter op elkaar af te stemmen;
- het aantal indicatoren te verminderen;
- de markt zijn werk te laten doen, door expliciet te maken welke partij welke informatie vraagt en waarom.

Volgens de respondenten zijn er aanzienlijke risico's zodat door onvoldoende scherpe definiëring een foutief beeld van de werkelijke kwaliteit ontstaat.

'Wat decubitus in de tweede graad is, wordt door iedereen weer anders uitgelegd' (bron: interview).

'Er is een gemis aan nuancering want de doelgroep is divers en met deze diversiteit wordt vrijwel geen rekening gehouden. Veel registraties hebben dan geen toegevoegde waarde want standaardisatie zegt niets over de werkelijkheid' (bron: interview).

'De zeggingskracht en betrouwbaarheid neemt af naarmate het aantal indicatoren toeneemt' (bron: interview).

Het gaat niet alleen om het initieel definiëren van indicatoren en vaststellen van de validiteit van meetinstrumenten, maar ook om het wijzigen en aanvullen van indicatoren naderhand.

Te denken valt aan het opstellen van een agenda voor cyclisch doorontwikkelen van de indicatoren. Daarmee bedoelen wij dat vooraf een cyclus van ontwikkelen, testen, invoeren en periodiek herijken van de validiteit wordt afgesproken. Voor zowel de IGZ-indicatoren als de etalage + -informatie. Alle partijen weten dan waar zij aan toe zijn en indicatoren worden niet ad hoc gewijzigd of toegevoegd. Nieuwe indicatoren worden vastgesteld voorafgaand aan het jaar waarin ze moeten worden geregistreerd. Het eerste jaar is altijd een proefjaar, waarin de uitkomsten niet openbaar worden gemaakt. Elke indicator wordt vergezeld door een interpretatie- en definitiedocument. Kennisdelen wordt gestimuleerd, bijvoorbeeld via een wiki. Een wiki (bekend van Wikipedia, maar nu overal toegepast) is een eenvoudig te gebruiken en bureaucratiearm elektronisch gebruikersplatform, dat creativiteit en snelheid in het delen van kennis kan stimuleren.

Een van de vragen die steevast opkomt als wordt gesproken over het definiëren van en toetsen op prestatie-indicatoren, is de vraag of het werken met indicatoren betekent dat het werken met kwaliteitssystemen binnen de instelling of de praktijk overbodig is. Wij menen dat er sprake is van invalshoeken met elk hun eigen waarde. Kwaliteitsmodellen als HKZ en NIAZ beogen de *structuur* aan te geven om op basis van de prestatie-indicatoren de kwaliteit te verbeteren. Vooral op die punten waar de kwaliteit onder de maat is. De kwaliteitssystemen geven bovendien handreikingen om zorgprocessen op orde te brengen. De sets van

prestatie-indicatoren en de kwaliteitsmodellen vullen elkaar dus eerder aan. HKZ en NIAZ hebben de indicatoren inmiddels ook opgenomen in hun criteria. Een punt van aandacht is de administratieve belasting die het werken volgens het kwaliteitssysteem soms kan opleveren. Deze mag niet verder toenemen. Het werken met prestatie-indicatoren stelt daarom de zorgaanbieder wel in staat om eventuele overdaad in het werken met het kwaliteitssysteem kritisch te bezien.

4.2 Afstemmen procesinrichting verdient extra aandacht

Het inrichten van het proces dat nodig is om tot maximale betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie te komen, is voor een groot deel een taak van de zorgaanbieders zelf. De professionals registreren de informatie, waarna – althans als de professional in een organisatorisch verband werkzaam is – een collega of specifieke kwaliteitsfunctionaris de informatie verzamelt en aggregereert tot instellingsinformatie. In het geval van ketenzorg wordt vaak informatie op het niveau van de gehele keten gevraagd.

Vervolgens worden de gegevens landelijk verzameld en bewerkt. Soms door een databeheerorganisatie, zoals Prismant in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg, soms door gebruikers zoals de IGZ.

Als laatste fase worden de gegevens beschikbaar gesteld aan gebruikers, ook eindgebruikers als cliënten (via KiesBeter.nl bijvoorbeeld) of de media.

4.2.1 Landelijke ondersteuning procesinrichting gewenst

Bij het proces zijn verschillende partijen betrokken: professionals, kwaliteitsfunctionarissen, instellingsmanagement, databeheerorganisaties, gebruikers. Verder partijen als softwareleveranciers voor de registratiesystemen, brancheorganisaties, financiers en overheden/ZBO's voor het formuleren van randvoorwaarden.

Voor de betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie heeft een dergelijke benadering van procesinrichtingen voor- en nadelen. Het voordeel is dat de deelname van alle stakeholders de betrokkenheid verhoogt, en dat bovendien expertise vanuit alle invalshoeken kan worden samengebracht. Het gevoel van betrokkenheid verhoogt de motivatie om adequate informatie aan te leveren en de gebundelde expertise kan ervoor zorgen dat het proces aan alle eisen voldoet en toch in de praktijk bruikbaar is. Het nadeel is dat bij alle belangenbehartiging de aandacht voor afstemming en eenduidigheid wellicht verloren gaat.

Wij adviseren dan ook om de procesinrichting landelijk te ondersteunen, voor zover dat nog niet het geval is. Dat kan door bijvoorbeeld uniforme werkinstructies of verzamel- en bewerkingsprotocollen. In volgende hoofdstukken komen wij hierop nog terug en in het laatste hoofdstuk formuleren wij enkele concrete aanbevelingen op dit punt.

4.2.2 Technische aansluiting systemen nodig

Daar waar gegevens getransporteerd moeten worden tussen ICT-systemen van meerdere partijen, ontstaat het risico van datavervorming of dataverlies.

'Wij hadden er veel werk van gemaakt om kwaliteitsgegevens te leveren aan de verzekeraar, omdat het de bedoeling was dat we een benchmarkrapport terug zouden krijgen. Wat blijkt? Ons systeem kon niet communiceren met dat van de verzekeraar, en datzelfde overkwam ook collega-zorgaanbieders. Met als resultaat dat er helemaal niets terugkwam' (bron: interview).

'Na onze fusie moeten en willen wij kwaliteitsinformatie op concernniveau beschikbaar hebben. Maar de systemen van de fusiepartners zijn niet op elkaar aan te sluiten. Knullig, ja' (bron: interview).

Veel respondenten vermelden overigens wel dat er steeds meer aandacht voor de afstemming van systemen komt. Alle partijen zijn zich er steeds meer van bewust dat de huidige tijd een communicatieve ICT vereist. Dat hoeft niet te betekenen dat alle partijen eenzelfde systeem gebruiken, zolang alle systemen maar aan bepaalde specificaties voldoen. Het ligt voor de hand dan te denken aan een set landelijk geldende specificaties, opgesteld door partijen in gezamenlijkheid. Wij adviseren de mogelijkheden daarvoor te onderzoeken.

4.2.3 Buitenlandse procesinrichting toont voordelen afstemming

Als voorbeeld van afstemming in de procesinrichting kan wellicht het Duitse Bundesqualitätssystem (BQS) gelden. Het BQS is zoals de naam al zegt een landelijk systeem om kwaliteit van zorg te meten en te bewaken. Op dit moment is het systeem voor ziekenhuizen operationeel en verplicht (in 2001 ontwikkeld). Het systeem meet zorginhoudelijke kwaliteit, aandoeningsspecifiek en is vooral gericht op uitkomsten van behandelingen. Over 2006 zijn voor 24 aandoeningen indicatoren opgevraagd en dit aantal wordt jaarlijks uitgebreid. In totaal ging het in 2006 om 180 indicatoren met 282 kengetallen.

De BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (een agentschap van het ministerie) definieert indicatoren in samenwerking met het veld. Vervolgens leveren ziekenhuizen de informatie aan. De Bundesgeschäftsstelle analyseert de informatie, koppelt aan de ziekenhuizen de resultaten terug in vergelijking met landelijke gemiddelden en resultaten van eerdere jaren. Er wordt een casemixcorrectie toegepast. De landelijke gegevens worden deels openbaar. Als daartoe aanleiding is, gaat de Bundesgeschäftsstelle met het ziekenhuis in gesprek of neemt maatregelen zoals in het uiterste geval ondertoezichtstelling.

Uit het Duitse voorbeeld blijkt dat het gehele proces onder regie van één partij is ingericht. Dat geldt ook voor de aansluiting tussen ICT-systemen. De BQS Bundesgeschäftsstelle heeft specificaties opgesteld waaraan alle relevante software in de ziekenhuizen moet voldoen. Vanzelfsprekend voldoet ook de eigen software aan deze eisen.

Een tweede voorbeeld is het speciaal voor de eerste lijn ontwikkelde Engelse systeem Primis (Primary Care Information Service). Het systeem is ontworpen door de universiteit van Nottingham, en is toepasbaar in verschillende softwaresystemen. Het is gericht op ondersteuning van de professionals door analyse en terugkoppeling van aangeleverde kwaliteitsgegevens. Daartoe is een rapportagetool ingebouwd, die op het niveau van de individuele cliënt maar ook op groepsniveau data rapporteert in relatie tot die van een vergelijkingsgroep. Ook voorziet het project via een landelijk dekkende maar decentraal werkende

organisatie in hulp bij het invullen van de indicatoren, via toelichting en training. Ten slotte zijn actieplannen voor verbetering van kwaliteit beschikbaar.

4.2.4 Ketenzorg vraagt om geïntegreerde kwaliteitsverantwoording

Als specifiek aandachtspunt benoemden wij al even de situatie waarin inzicht is gewenst in de kwaliteit van ketenzorg. De informatie overstijgt dan het niveau van de individuele zorgaanbieders. Een gebrek aan afstemming of een gevaar voor doublures is dan een reëel risico, dat door geïnterviewden herhaaldelijk naar voren is gebracht. Indicatoren, maar ook registratiesystemen sluiten niet op elkaar aan, waardoor geen continu beeld van de kwaliteit ontstaat of waardoor informatie die al in het ene systeem was opgenomen, in het volgende opnieuw moet worden opgenomen.

'Het HIS (huisartseninformatiesysteem) is een stand alone systeem. Wanneer een specialist een brief over een medicijnverandering indient, kan het document alleen als pdf worden ingegeven. Maar in een pdf kan niet worden gezocht met de zoekfunctie. Een risico is dus dat het HIS geen keteninformatie ontsluit' (bron: interview).

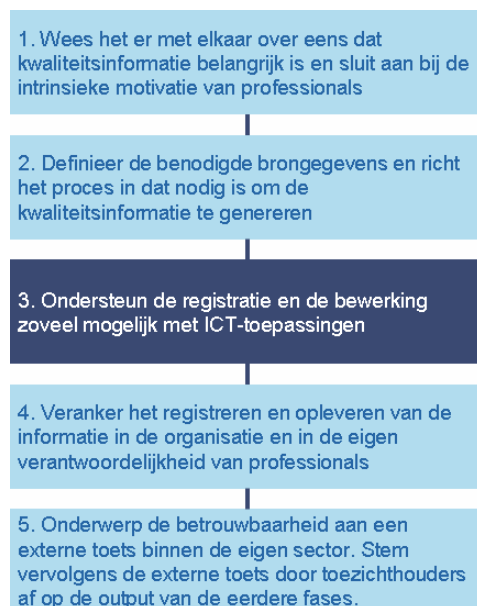
Huisartsen ervaren een zorgdossier als dubbele belasting, omdat zij ook een eigen dossier bijhouden (bron: interview en rapport Medische zorg onder druk, IGZ 2002).

Ketenzorg veronderstelt en vereist een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders voor het eindresultaat. Aan de andere kant moet het mogelijk blijven om ieders rol in het geheel afzonderlijk zichtbaar te houden, niet alleen vanwege de autonomie van zorgaanbieders maar ook omdat duidelijk moet zijn wie aanspreekbaar is op welke prestatie. Op dit moment zijn verscheidene ketensystemen in ontwikkeling, bijvoorbeeld voor de dementie. Ook wordt een door ZonMw gesteund ketenexperiment uitgevoerd voor de diabeteszorg, waarin een aantal zorgaanbieders gezamenlijk een virtuele organisatie vormt die declareert en ook de kwaliteitsinformatie verzamelt. Recent is tussen de overheid en brancheorganisaties afgesproken om voor enkele groepen chronisch zieken te onderzoeken welke indicatoren beschikbaar of in ontwikkeling zijn en vervolgens gezamenlijk de verdere ontwikkeling en implementatie ter hand te nemen.

Vooralsnog gaan onze gedachten niet uit naar een afzonderlijk systeem voor het meten van kwaliteit in ketenzorg, maar meer naar het screenen van de indicatorensets op de aanwezigheid van indicatoren die specifieke aspecten van de ketenzorg belichten, zoals overdracht van informatie over cliënten. Eventueel kunnen deze indicatoren in ketenzorg zwaarder meegewogen worden bij de beoordeling.

5 Maximaal gebruik ICT-ondersteuning bevordert betrouwbaarheid direct en indirect

Als eenmaal brongegevens (en indicatoren) zijn vastgesteld en het proces van gegevensgeneratie is ingericht, is de volgende stap in de redeneerlijn het maximaliseren van ICT-ondersteuning.



Maximale ICT-ondersteuning van het registratie- en bewerkingsproces heeft twee functies. In de eerste plaats reduceert automatisering de foutenkans rechtstreeks. Vergissingen bij het overschrijven bijvoorbeeld worden voorkomen. Maar in de tweede plaats is er sprake van een indirect effect. Automatisering – mits goed uitgevoerd – helpt om de tijd die professionals kwijt zijn aan registratie, te reduceren. Daardoor verwachten we daardoor een hogere motivatie en ambitie om goede informatie aan te leveren.

Met beide effecten sluit het automatiseren van de registratie aan bij onze keuze voor een proactief model.

In dit hoofdstuk bespreken wij een aantal mogelijke maatregelen. Wij merken overigens op dat in alle sectoren wel koploper-zorgaanbieders zijn die deze oplossingen al vergaand toepassen. Het gaat dan ook vooral om een verdere landelijke implementatie.

5.1 Gebruiksvriendelijke software bespaart registratietijd

Uit de interviews en uit de eigen ervaring in instellingen komen nog maar al te veel voorbeelden naar voren over softwareprogramma's die moeilijk te bedienen of erg traag zijn. Of die in plaats van voorgestructureerde keuzemogelijkheden een vrij tekstveld tonen, waardoor zelfs de meest voor de hand liggende antwoorden nog met de hand moeten worden ingetypt.

Anno 2008 zijn er echter ook genoeg voorbeelden van programma's die deze handicaps niet vertonen. Een gebruiksvriendelijke bediening, voorgestructureerde keuzemogelijkheden en automatische berekeningen vergemakkelijken de registratie al aanzienlijk. Verdere mogelijkheden zijn het bieden van een keuzemenu waarna

alleen die vragen verschijnen die voor de betreffende cliënt en indicator relevant zijn, of het uitsluitend tonen van logisch mogelijke combinaties van antwoorden.

'Bij de jaarlijkse screening van diabetespatiënten moet de huisarts veertig regels doorklikken. De praktijkondersteuner bereidt de registratie voor, maar de huisarts moet nog een groot deel zelf registreren, zich ondertussen verontschuldigen bij de patiënt. Dit voegt erg weinig toe aan het zorgconcept, patiënten krijgen steeds dezelfde vragen voorgelegd' (bron: interview).

De performance van ICT wordt onder meer bepaald door de kwaliteit van het ontwerp, maar ook het *testen* van het ontwerp en het testen van de werking is van cruciaal belang. Ook de gebruiksvriendelijkheid dient tijdens acceptatietests te worden meegenomen. Dit pleit ervoor om niet alleen landelijke criteria voor het ontwikkelen van software, maar ook criteria voor het effectief testen (waaronder het inruimen van voldoende tijd) en in gebruik nemen van software te hanteren. Wij adviseren om bij de aanschaf van software sterk te letten op de mate waarin het programma de administratieve lasten vermindert en voor de eindgebruiker, dus de zorgverlener, eenvoudig en snel te bedienen is.

Als voorbeeld van een landelijk initiatief in dit kader noemen wij het landelijk referentiemodel van het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat eisen bevat waaraan software van huisartsen moet voldoen.

5.2 Automatische controles voorkomen vergissingen

Handmatige controles op de juistheid, volledigheid en tijdigheid van registraties nemen vaak veel tijd in beslag. In veel gevallen zijn deze controles echter te automatiseren. Geautomatiseerde controles omvatten verplichte invoervelden (controle op volledigheid), signaleringen van onwaarschijnlijke antwoorden (juistheid) of tijdsignaleringen bij het volgen van een verplichte workflow (tijdigheid). Als verplichte velden niet worden ingevuld, onwaarschijnlijke antwoorden worden ingevoerd of tijdige invoer uitblijft, wordt de gebruiker gewaarschuwd. Er zijn verschillende gradaties mogelijk: een waarschuwing zonder invloed op het verdere gebruik van het programma, een waarschuwing waarbij de gebruiker moet aangeven dat hij ondanks de waarschuwing verder wil gaan, een waarschuwing waarbij de gebruiker verplicht wordt een toelichting te geven als hij de waarschuwing wil negeren tot een waarschuwing die verder volgen van het programma onmogelijk maakt totdat het verplichte veld is ingevoerd of een antwoord binnen de gedefinieerde waarschijnlijkheidsmarges is ingevuld.

Geautomatiseerde controles zijn in de meeste gevallen effectiever dan handmatige controles en leggen geen extra werkdruk op de registratiemedewerker. Met automatische controles wordt de gebruiker geattendeerd op mogelijke vergissingen en in staat gesteld om deze zelf te herstellen dan wel aan te geven waarom er geen vergissing is gemaakt.

In de publicaties ZekeREZorg (<http://www.norea.nl>) is aan softwareleveranciers en zorgaanbieders een aantal handvatten gegeven voor het automatiseren van verplicht uit te voeren controles voor zorgaanbieders. Certificering van verschillende softwarepakketten op basis van deze standaarden heeft geleid tot een toegenomen controlepotentieel. Hierdoor zijn veel zorgaanbieders in staat

gebleken om de efficiëntie en effectiviteit van noodzakelijke controlemaatregelen te vergroten.

In het begin kunnen automatische controles op onwaarschijnlijke antwoorden wellicht nog niet zo specifiek zijn omdat nog niet duidelijk is wat onwaarschijnlijke waarden zijn. In die gevallen is het goed zijn om deze validaties periodiek te herijken, zodat een steeds verfijnder systeem ontstaat.

5.3 Inzet van technische hulpmiddelen voorkomt dubbel registreren

Gegevens die moeten worden opgenomen in de kwaliteitsregistratie, worden soms eerst handmatig genoteerd. Bijvoorbeeld in een dossier of op een kladbriefje, op verrichtingenformulieren, op weekstaten of in andersoortige hardcopy documenten. Daarna wordt de informatie overgetypt in het digitale systeem. Dubbel registreren is tijdrovend en bijzonder foutgevoelig. Die foutgevoeligheid treedt vooral op als invuller en 'overtyper' niet dezelfde persoon zijn.

In die gevallen is een handheldcomputer een oplossing. Eenvoudig te bedienen handhelds waarmee ter plekke en real time digitaal kan worden geregistreerd, voorkomt dit dubbel registreren. Een handheld is ook een oplossing voor situaties waarin informatie eerst 'in het hoofd' wordt opgeslagen en pas veel later wordt vastgelegd.

In de thuiszorg, waar handhelds worden gebruikt voor het vastleggen van de productie, is inmiddels uitgebreide ervaring opgedaan met het ontwikkelen van gebruiksvriendelijke handhelds en bijpassende software. Daar wordt het ook steeds normaler gevonden om een handheld te gebruiken naast andere materialen die voor een goede zorg en behandeling nodig zijn. In andere sectoren kan dat moeilijker liggen.

'Sommige psychiaters bij ons weigeren met zo'n ding te lopen. Ze vinden het niet bij hun professionele status passen' (bron: interview).

'Een huisarts achter een computer vonden sommige oudere patiënten in het begin maar niets. Nu zijn de meesten er wel aan gewend' (bron: interview).

5.4 Eenmalige vastlegging brongegevens maakt een eind aan dubbele registraties

Gegevens moeten niet zelden meerdere malen worden vastgelegd. Soms met precies dezelfde doelstelling (dan is alleen de omschrijving of codering net iets anders), soms met verschillende doelen. Als het echter om volstrekt identieke gegevens gaat, is een dubbele registratie belastend. Bovendien nodigt een dergelijk systeem uit tot 'strategisch invullen': het gegeven wordt afgestemd op het doel dat men ermee wil bereiken. Dat kan zelfs onbewust het geval zijn.

'Verloskundigen/gynaecologen en kinderartsen geven eenzelfde kind soms een verschillende Apgarscore. De verloskundigen en gynaecologen laten hun score beïnvloeden door de blijdschap over de kansen van het kind na hun inspanningen, terwijl de kinderartsen vooral letten op de problemen die nog zullen komen' (bron: lid begeleidingscommissie).

Hoe dan ook, het zou de administratieve belasting sterk verminderen en de kans op eenduidigheid aanzienlijk vergroten als gegevens slechts éénmaal behoeven te worden vastgelegd en vervolgens automatisch in elke registratie waar ze nodig zijn, worden getoond. Een deel van de in te vullen gegevens is dan dus bij opening van het softwareprogramma al ingevuld. Zorgvuldigheid is van groot belang, want een fout in de brongegevens werkt door in alle afleidingen.

Een systeem van eenmalig vastleggen kan uiteraard alleen als het gaat om werkelijk identieke gegevens. Vooralsnog denken wij dan aan brongegevens als aantallen cliënten, achtergrondgegevens van de cliënt of instellingsgegevens. In de volgende paragraaf gaan wij nader in op de voorwaarden die nodig zijn om hierin nog een stap verder te gaan.

In de kwaliteitsgegevens in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg moet per organisatorische eenheid het aantal cliënten worden ingevuld. Dat aantal is echter elders allang vastgelegd. Het zou professionals tijd schelen als vanuit het andere systeem het gegeven automatisch al in de kwaliteitsregistratie is ingevuld.
Bron: analyse kwaliteitsinformatie VVT door onderzoekers.

Het eenmalig vastleggen heeft voor een deel te maken met eenduidige definiëring; daarover hebben wij eerder in dit rapport al gesproken. Het is daarbij aan te bevelen om zoveel mogelijk te vragen naar feitelijke en nominale gegevens, in plaats van naar complexere uitkomsten van berekeningen of beoordelingen.

'Eerst vroegen we naar percentages cliënten op wie een bepaalde indicator van toepassing was. Maar de uitkomsten waren moeilijk te verifiëren, omdat een eventuele fout zowel in de teller als in de noemer kon zitten. Bovendien bleek dat de respondenten de neiging hadden om in afgeronde percentages te rapporteren. Dus 10% of 20%, maar niets daartussenin. Nu vragen we teller en noemer apart op en dat gaat veel beter. We kunnen door verbandscontroles snel zien of de noemer, dus het totaal aantal cliënten, klopt; en daarnaast merken we dat de cijfers veel preciezer zijn.' (bron: interview).

Naast eenduidige terminologie (semantiek) is een geautomatiseerde doorlevering van de gegevens van de bron naar de andere systemen binnen de instelling noodzakelijk. Dat betekent: een naadloze afstemming tussen de systemen binnen de instelling. Wij bepleiten het opnemen van deze eis in de landelijke softwarespecificaties die wij eerder al noemden.

Een randvoorwaarde voor doorlevering van brongegevens is dat de primaire bronregistratie betrouwbaar is. Deze betrouwbaarheid krijgt naar onze ervaring soms minder aandacht dan gewenst. Ingebouwde automatische verbandscontroles kunnen soms een extra check bieden. Een voorbeeld: het aantal cliënten dat een vragenlijst heeft ingevuld, wordt in verband gebracht met het totale aantal cliënten van de betreffende zorgaanbieder. Als dit laatste aantal lager is, volgt een waarschuwing.

Het effect kan nog worden versterkt door het automatisch voorinvullen uit te breiden naar andere functies, zoals standaardbrieven en verslagen.

‘Ik kan mij voorstellen dat voor de betreffende ingrepen de elektronische registratie zodanig wordt opgezet dat uit het registratieformulier bijvoorbeeld automatisch een huisartsenbrief wordt gegenereerd waardoor de behandelend arts ook weer tijd uitspaart’ (bron: schriftelijke reactie respondent).

5.5 Geautomatiseerde afleiding van kwaliteitsinformatie biedt belangrijk perspectief mits aan voorwaarden wordt voldaan

De gedachte aan automatische afleiding van bestaande registraties naar de kwaliteitsregistratie (of andersom) kan verder gaan dan alleen de brongegevens. Allereerst een voorbeeld uit het Duitse Bundesqualitätssystem.

Voor het aanleveren van de gevraagde kwaliteitsinformatie wordt in het BQS gebruik gemaakt van onder meer het QS-filter. Het filter geeft automatisch aan welke informatie uit de reguliere ziekenhuisregistratie moet worden doorgeleverd naar de kwaliteitsregistratie. Het gaat om de selectie van aandoeningen waarover gerapporteerd moet worden en om een aantal gegevens op cliëntniveau over deze aandoeningen. Verder zorgt het filter voor automatische somming op jaarbasis. Het QS-filter wordt op basis van een landelijke BQS-specificatie in alle ziekenhuissoftware ingebouwd.

Het QS-filter wordt gezien als een beheersmaatregel. Omdat de informatie rechtstreeks uit de ziekenhuisinformatie wordt gefilterd, wordt voorkomen dat bij het overschrijven fouten worden gemaakt. Bovendien is het aanleverproces reproduceerbaar. In de derde plaats is de informatie dezelfde als die gebruikt wordt bij de behandeling van de patiënt. De kans op manipulatie van die data wordt als klein beschouwd.

(Bron: documentatie BQS)

Ook in Nederland zijn al voorbeelden van dergelijke ‘filters’ te vinden: ICT-toepassingen die kwaliteitsinformatie afleiden uit andere registraties. Zo werkt een aantal ziekenhuizen op dit moment al aan een functionaliteit voor het geautomatiseerd afleiden van de kwaliteitsinformatie. Dit gebeurt aan de hand van landelijke registratiegidsen, waarin een goed bruikbare uitwerking van gegevensextractie uit bronsystemen is beschreven. De gidsen zijn opgesteld in samenwerking met professionals uit de praktijk, zodat verwacht mag worden dat zij aansluiten bij de terminologie die in ziekenhuizen hanteerbaar is. Wij beschouwen deze ontwikkeling als een belangrijke stap in de richting van een model van geautomatiseerde afleiding. Echter: hoewel het project landelijk is, ontwikkelen de ziekenhuizen vaak ieder afzonderlijk een aanpassing aan hun softwaresystemen. Wat nog ontbreekt is een landelijke aanpak daarin. De onderhoudbaarheid per afzonderlijke zorgaanbieder is immers nog onvoldoende geborgd. Daarnaast lopen de kosten voor het ontwerpen en onderhouden van de bijbehorende software op. Bovendien kan door versnippering de landelijke vergelijkbaarheid in gevaar komen of kunnen afstemmingsproblemen met de gegevensontvanger buiten het ziekenhuis ontstaan. Voorwaarde voor een landelijke aanpak is echter wel dat de filtering van data transparant is; anders ontstaat het gevaar dat professionals de data niet meer als de hunne herkennen.

Een voorbeeld vanuit de productieregistratie is het nieuwe herontwerp van de DBC-systematiek. Er blijkt namelijk sprake te zijn van een overlap tussen de registratie

van medische activiteiten en de registratie van DBC's: DBC's blijken automatisch te kunnen worden afgeleid van al vastgelegde medische activiteiten. In het nieuwe herontwerp wordt daarin voorzien.

Een dergelijk concept achten wij ook voor kwaliteitsregistratie mogelijk.

Wij zien in een verdere maar dan wel landelijke ontwikkeling van dergelijke geautomatiseerde afleidingen een perspectiefrijke mogelijkheid om de betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie te vergroten. Als het systeem goed wordt opgezet, wordt de foutenkans aanzienlijk verminderd, zowel direct als indirect. Het ontwikkelen van een systeem van geautomatiseerd afgeleide informatie is dan ook een centrale aanbeveling in onze rapportage.

Niet alle kwaliteitsinformatie zal uit routinematige vastgelegde registraties kunnen worden afgeleid. Er zullen altijd gegevens gevraagd worden die uitsluitend voor dit doel zijn bestemd. Maar het aandeel afgeleide gegevens kan in de loop van de tijd wel toenemen.

5.5.1 Afleiden kwaliteitsinformatie van gegevens voor primaire proces verdient de voorkeur

Afgezien van de brongegevens waar we in de vorige paragraaf over spraken, zal het bij het afleiden van kwaliteitsinformatie vooral gaan om afleiding uit informatie die routinematig wordt geregistreerd ten behoeve van het primaire proces, de directe zorg voor de cliënt dus. In deze registratie worden parameters als het optreden van complicaties, het optreden van decubitus, medicijnincidenten of de verblijfsduur in een instelling tóch al geregistreerd. Weliswaar met een ander doel dan de kwaliteitsregistratie, namelijk het kunnen verlenen van adequate zorg, maar juist daarom waarschijnlijk zodanig dat ze juist ook voor het genereren van betrouwbare kwaliteitsinformatie bruikbaar zijn. Ook hier dus weer de aansluiting bij de intrinsieke motivatie van professionals: informatie voor het primair proces moet correct zijn, om de cliënt geen schade te berokkenen. Bovendien is de informatie die nodig is voor het primair proces ook vaak de informatie die andere professionals gebruiken voor de zorg. Zij kunnen vergissingen opmerken of elkaar aanspreken op strategisch invullen. Ook het feit dat een cliënt die zijn dossier kan inzien en onjuistheden kan opmerken, bevordert het juist invullen.

De eenduidige afleiding wordt gebouwd op basis van vooraf voorgedefinieerde logische verbanden tussen de bestaande registraties en kwaliteitsindicatoren, en een eenduidige semantiek van kwaliteitsbegrippen. Omdat de logica van afleiding al vooraf is vastgesteld is deze zoveel mogelijk vrij van interpretatieverschillen per professional. Indien de afleidingssystematiek eenduidig (landelijk) wordt uitgewerkt, wordt ook de kans op verschillen tussen zorgaanbieders aanzienlijk beperkt. Zorgaanbieders kunnen op geautomatiseerde wijze slechts op één en dezelfde wijze tot hun kwaliteitsgegevens komen.

Dat een dergelijke systematiek van afleiding uit bestaande registraties dichterbij is dan het misschien lijkt, tonen recente ervaringen aan. Zo zijn ziekenhuizen in het project 'Zichtbare Zorg' op dit moment al actief in het geautomatiseerd afleiden van een aantal kwaliteitsindicatoren. Vooral de registratie van medische verrichtingen wordt als bron beschouwd. Dat geldt ook voor de DBC-registratie, hoewel daar de vraag speelt in hoeverre de DBC-registratie wordt gekleurd door

het feit dat aan een DBC-registratie ook financiële consequenties zijn verbonden. Bovendien kent het gebruik van DBC-registraties als bron voor kwaliteitsinformatie nog enkele meer inhoudelijke vraagpunten, zoals het omgaan met DBC's die zijn komen te vervallen door bijvoorbeeld het toekennen van een nieuwe DBC, terwijl de 'oude' nog wel de grondslag is voor de kwaliteitsindicator.

5.5.2 Aansluiting bij ontwikkeling ECD/EPD is koninklijke weg maar vereist verdere voorbereiding

Als het gaat om het afleiden van kwaliteitsinformatie uit registraties die toch al worden gevoerd voor het primaire proces, lijkt het voor de hand te liggen om te denken aan de ontwikkeling van ECD's en EPD's². Immers, conceptueel heeft deze ontwikkeling het in zich om als integraal dossier te dienen als neutrale bron voor onder meer de kwaliteitsinformatie.

Ook in de praktijk wordt die aansluiting al gezocht. Het project Zichtbare Zorg is daar opnieuw een voorbeeld van als het gaat om de curesector. In de curesector zijn er eveneens concrete voorbeelden van instellingen die vanuit een ECD kwaliteitsindicatoren willen genereren.

Een pleidooi voor het aansluiten van kwaliteitsinformatie bij ECD's/EPD's stuit echter nog op de huidige ontwikkelingen op dit vlak. De discussie over het al of niet realiseren van landelijke modellen overheerst, vooral in de ziekenhuizen. Met een pleidooi voor het onttrekken van kwaliteitsinformatie aan ECD's/EPD's beogen wij allerm minst deze discussie te beïnvloeden. Wij menen echter dat het ontwikkelen van gestandaardiseerde *registratiewijze* van de benodigde gegevens (want dat is wat er voor ons doel nodig is) los van de discussie over standaardisatie van de inhoud van ECD's/EPD's kan staan. Wij adviseren daarom ook nu al een dergelijke standaard te ontwikkelen en deze vervolgens als randvoorwaardelijke specificatie voor de ontwikkeling van software te hanteren. Voor de standaardisatie in de ziekenhuizen kan mogelijk gebruik worden gemaakt van al ontwikkelde definities, bijvoorbeeld in het kader van de "International Health Terminology Standards Development Organisation".

Een feit is dat 'intelligente' afleidingsprogrammatuur in de meeste gevallen al wordt ingebouwd in EPD's/ECD's (zij het dat daarvoor veel inzet van de zorgaanbieders zelf nodig is). Daarmee is een aanzienlijke stap voorwaarts al binnen handbereik. Zo kennen sommige EPD's/ECD's nu al contextspecifieke vragen die bij de intake of diagnosestelling worden gesteld. Op basis van eerder ingevoerde gegevens worden dan door de professional alleen de relevante vragen gesteld. Een ander voorbeeld is de in sommige EPD's ingebouwde tweecomponententabel die diagnoses en behandelingen met elkaar confronteert en niet-bestaande combinaties uitsluit.

Wij realiseren ons dat daadwerkelijke realisering van deze aanbeveling zeker in de ziekenhuizen nog de nodige voeten in de aarde zal hebben. Een sectorspecifieke aanpak zal nodig zijn, waarbij het tempo in de curesector mogelijk hoger kan liggen.

² Als wij spreken over ECD's en EPD's doelen wij ook op de dossiers in het Huisartsen Informatie Systeem.

Overigens kan vanuit het ECD/EPD niet alleen kwaliteitsinformatie maar ook bijvoorbeeld productie-informatie worden afgeleid. Op die manier ontstaat bij een zorgaanbieder een op elkaar afgestemd stelsel van systemen, met één gezamenlijke bron.

EPD/ECD's zullen op onderdelen ook technisch moeten worden verfijnd om de afleidingssystematiek mogelijk te maken. Vrije tekstvelden dienen zoveel mogelijk te worden vervangen door voorgestructureerde aanvinkmogelijkheden, met daarnaast vrije ruimte voor toelichting en toespitsing op de cliënt. Bijvoorbeeld: in een ECD voor de VVT is nu alleen nog een vrij tekstveld beschikbaar om te vermelden dat de cliënt is gevallen of een katheter heeft gekregen. Een definiëring conform de normen voor verantwoorde zorg, in combinatie met een aanvinkmogelijkheid, zou automatische doorlevering naar de kwaliteitsregistratie mogelijk maken. Dat het de nodige doorlooptijd kost om dit te realiseren, doet niets af aan de tijdwinst die geboekt kan worden als geen dubbele registratie nodig is. Een voorbeeld in de ziekenhuissfeer: op formulieren voor operatieverslagen is een indicator die aan de IGZ moet worden doorgeleverd, wel opgenomen maar gecombineerd met andere gegevens. Dat betekent dat doorlevering niet mogelijk is.

Het afleiden van kwaliteitsinformatie uit ECD's/EPD's maakt overigens de andere maatregelen die in dit rapport worden beschreven, niet overbodig. Maatregelen als voorkómen van dubbel registreren, gebruiksvriendelijker maken van software en inbouwen van geautomatiseerde controles blijven van even groot belang en hetzelfde geldt voor de nog te beschrijven maatregelen op het gebied van de inbedding van kwaliteitsinformatie in de werkcyclus.

Bij het ontwerpen en onderhouden van een landelijke afleidingssystematiek kan mogelijk gebruik worden gemaakt van een zogenoemde Grouperfunctionaliteit. Hierin is uitgewerkt op welke wijze, in welk verband en in welke mate registraties leiden tot scores van kwaliteitsindicatoren. Voor het ontwerpen van een dergelijke functionaliteit is kennis van zorgprocessen noodzakelijk. Het is bovendien van essentieel belang dat de uit te werken systematiek dicht bij de huidige registratiepraktijk staat. In het bijzonder de meetbaarheid van kwaliteitsgegevens is hierbij een belangrijk vraagstuk. Grouperfunctionaliteiten worden in andere dan registraties in de zorg al gebruikt, zodat geprofiteerd kan worden van de ervaringen die daar zijn opgedaan.

In feite haakt de kwaliteitsregistratie met een dergelijke afleidingssystematiek in op de wereldwijde ontwikkeling van eXtended Business Reporting Language (XBRL) of vergelijkbare principes. Gegevens die volgens een vaste systematiek en definiëring worden ingevuld op een vaste plaats in het systeem kunnen niet alleen intern automatisch worden doorgeleverd aan andere systemen, maar ook kunnen externe instanties in binnen- en buitenland de informatie automatisch in hun eigen systemen binnenhalen. Het ministerie van VWS heeft zich onlangs aangesloten bij het landelijke project dat hiervoor is opgezet. Op dit moment richt de XBRL-ontwikkeling zich nog vooral op financiële gegevens. In Nederland is het bijvoorbeeld mogelijk dat in bepaalde bedrijfstakken gegevens uit de jaarrekening automatisch worden doorgeleverd aan de Belastingdienst. Een uitbreiding naar niet-financiële gegevens is echter iets waarmee het ministerie van VWS wel rekening houdt, in aansluiting op het jaardocument zorgorganisaties. Een succesvolle uitbreiding naar kwaliteitsgegevens – die wij qua inspanning niet willen

onderschatten - zou de Nederlandse gezondheidszorg in een koplopperspositie brengen als het gaat om ICT-toepassingen voor kwaliteitsinformatie.

5.6 Interne beheerprocedure voorkomt onbedoelde fouten

Bij het optimaliseren van ICT-ondersteuning hoort ook het optimaliseren van het beheer van het ICT-systeem. Bijvoorbeeld afspraken over beveiliging van gegevens. Het moet onmogelijk zijn dat twee personen tegelijkertijd in dezelfde gegevensset aan het werk zijn of dat personen die daartoe niet bevoegd zijn, gegevens wijzigen. Het proces van back ups moet adequaat zijn. De privacy van cliënten moet gegarandeerd zijn. Onze ervaring leert dat vooral als het gaat om het regelen van toegang tot systemen (username en wachtwoord) en om het regelen van bevoegdheden binnen systemen (autorisaties), op dit moment verbeteringen mogelijk zijn.

Er bestaat op dit gebied al uitgebreide en uitgewerkte kennis op het gebied van systeembeheer. Meestal wordt die kennis echter ingezet als *controle* middel. Vergelijk de situatie waarin de productieregistratie door een accountant moet worden vastgesteld. De accountant zal daarbij in hoge mate steunen op de mate waarin het registratieproces op orde is, en om dat te controleren zijn uitgewerkte voorschriften ontwikkeld. Dit alles vanuit de ervaring dat als het systeem op orde is, de kans groter is dat dit ook geldt voor de inhoud. Dat geldt ook voor kwaliteitsinformatie (zorginhoudelijke indicatoren en etalage + -informatie). Wij pleiten ervoor om dit gedachtegoed meer te zien in het licht van borging vooraf. Dus minder in de sfeer van controle maar met het doel dat professionals erop kunnen vertrouwen dat zij hun gegevens invoeren in een goed beheerd systeem. Maatregelen op het gebied van toegangsbeveiliging voor kwaliteitsregistraties kunnen vaak rechtstreeks worden afgeleid uit vergelijkbare maatregelen voor andere systemen. Zorgaanbieders hebben in het kader van de AO/IC-procedures op dit moment vaak al de nodige maatregelen getroffen of in voorbereiding.

De Regeling AO/IC AWBZ-Zorgaanbieders is in januari 2005 in werking getreden en dient ter waarborging van de betrouwbaarheid van de AWBZ productregistratie. Voor de cure is er een vergelijkbare regeling. Deze Regeling sluit aan bij het uitgangspunt van vermindering van de administratieve lasten én het principe van 'verdiend vertrouwen'. Indien het interne toezicht geregeld is, wordt hierop ingespeeld bij het externe toezicht.

In dat kader wordt de stand van zaken met betrekking tot de werking van de AO/IC, zoals vastgelegd in de eisen van de Regeling, door de instelling gerapporteerd. Daarbij wordt door de instelling toegelicht op welke punten nog niet wordt voldaan aan de in de Regeling gestelde eisen en waarom dat het geval is. Een externe auditor – in dit geval de controlerend accountant - geeft vervolgens een verklaring af bij de door de instellingen opgestelde verantwoording waarin antwoord is gegeven op de vragen inzake de AO/IC. De accountant steunt daarbij in hoge mate op de bevindingen van specifiek opgeleide EDP-auditors die de kwaliteit van systemen en processen beoordelen.

5.7 Interne audit onderdeel van beheerprocedure

Bij AO/IC-richtlijnen behoort ook een interne audit, waarin onder meer wordt nagegaan hoe betrouwbaar de op dat moment gegenereerde kwaliteitsinformatie is. Het gaat dus om een toets op een moment dat de gegevens nog niet zijn

doorgeleverd door de zorgaanbieder, uit te voeren door een medewerker die de betreffende gegevens niet zelf heeft geregistreerd. De interne audit steunt op de kwaliteit van de beheerprocedure. De uitkomsten van dergelijke interne controles zijn desgewenst in een later stadium ook beschikbaar voor externe toetsing en kunnen een belangrijke indicatie zijn voor de mate van inbedding binnen bestaande processen en systemen. De interne audit heeft betrekking op de IGZ-indicatoren en de etalage +-informatie, en daarnaast op enkele onderdelen van het proces van de cliëntenraadpleging, zoals het trekken van de steekproef of – als de zorgaanbieder dit zelf doet – het verzamelen en verwerken van de data.

Wij stellen voor om voor de uitvoering van deze audits landelijke protocollen te ontwikkelen zodat alle audits op eenzelfde niveau kunnen worden uitgevoerd. Deze protocollen bestaan uit aanwijzingen voor de controle van het registratiesysteem en van de betrouwbaarheid van de uitkomsten. Denk aan checklists of aan hulpmiddelen om te kunnen beoordelen wanneer actie nodig. Het is hier dat de indicator 'kwaliteit van de registratie' een plaats kan krijgen. De audits worden ingepast in het interne auditsysteem zoals dat ook voor bijvoorbeeld HKZ of NIAZ wordt gehanteerd. Voor situaties waarin het gaat om individuele beroepsbeoefenaren, dient een op maat gesneden oplossing te worden ontwikkeld.

Naast de protocollen denken wij aan geautomatiseerde controles, die het werk van de auditors kan verlichten. Het kwaliteitsregistratiesysteem van de zorgaanbieder genereert dan op aangeven van de auditors overzichten met signalen waaruit blijkt op welke onderdelen de registratie goed verloopt en op welke onderdelen verbeteringen mogelijk zijn. Dit doet het systeem door bijvoorbeeld geautomatiseerde vergelijking met bronbestanden of het vergelijken van kwaliteitsuitkomsten onderling, bijvoorbeeld de inhoudelijke indicatoren met de resultaten van de cliëntenraadpleging en de etalage-informatie.

De resultaten van de interne audits kunnen binnen de zorgaanbieder blijven en worden gebruikt voor verbetermaatregelen, zoals in een certificeringsproces. Er kan ook worden gedacht aan een werkwijze waarin de auditresultaten worden voorgelegd aan externe auditors, als input. Juist hiervoor is uitvoering volgens een vastgesteld protocol van belang. Door een optimale interne controle wordt invulling gegeven aan het proces van verschuiving van extern toezicht naar interne audit en dus naar preventieve betrouwbaarheidsborging in het registratieproces.

De AO/IC-procedure voor de kwaliteitsgegevens kan worden afgesloten met een 'in control statement', waarin de Raad van Bestuur verklaart dat de gegevens (zorginhoudelijk en etalage +) de werkelijkheid voldoende en herleidbaar weerspiegelen. Een dergelijke stap bestaat al ten aanzien van financiële informatie, en bevestigt nog eens de cruciale rol van het topmanagement. Daarmee wordt beoogd dat het management zich daadwerkelijk verantwoordelijk gaat voelen en de benodigde interne maatregelen zal uitvoeren.

5.8 Landelijke richtlijnen voor schoning en aggregatie in zorgaanbieders voorkomen onbedoelde verschillen bij oplevering

Het afleiden van kwaliteitsinformatie uit bestaande registraties heeft vooral betrekking op het initieel registreren van informatie. Maar voordat de zorgaanbieder de gegevens aanlevert aan de databeheerorganisatie, zal de zorgaanbieder de geregistreerde gegevensset schonen en structureren. Met schonen wordt bedoeld

dat de dataset wordt ontdaan van gegevens die er niet in thuishoren, bijvoorbeeld omdat cliënten geen toestemming hebben gegeven de data in de gegevensset op te nemen. Met structureren wordt bedoeld dat gegevens worden geclusterd en geaggregeerd.

Het is van belang dat dit voor alle zorgaanbieders op dezelfde manier gebeurt. Wij bepleiten, voor zover nog niet beschikbaar, een landelijk protocol gekoppeld aan de indicatoren en interpretatiedocument. Binnen de zorgaanbieder moet vervolgens transparant worden gemaakt hoe dat protocol is toegepast en wat daarvan de resultaten zijn, zodat de kwaliteitsfunctionaris dit weer kan communiceren met de eigen organisatie en met de databeheerorganisatie waaraan de gegevens worden opgeleverd.

5.9 Beheer en bewerking bij databeheerorganisatie vereist helder protocol

Tot nog toe hebben wij in dit hoofdstuk gesproken over de automatisering bij de zorgaanbieders. Echter, risico's zijn ook in het proces daarna – het verzamelen en bewerken door een databeheerorganisatie – te onderkennen. Onder een databeheerorganisatie verstaan wij organisaties buiten de zorgaanbieder die kwaliteitsgegevens van de zorgaanbieders aangeleverd krijgen, deze bewerken en vervolgens terugkoppelen aan de zorgaanbieder en publiceren of doorleveren aan gebruikers.

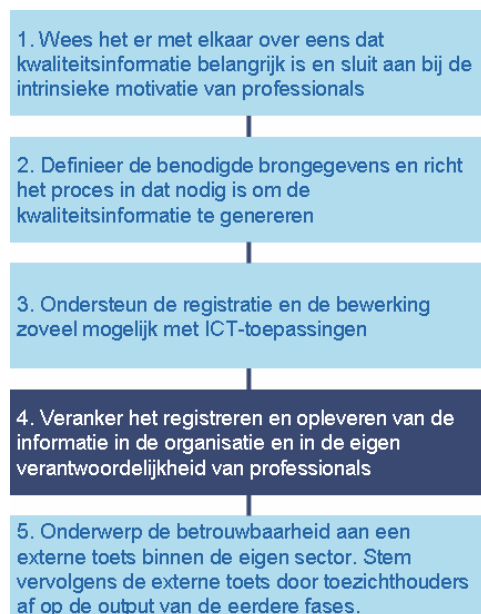
Uit de interviews blijkt dat de betrouwbaarheidsrisico's op dit moment vooral liggen op het gebied van een gebrek aan transparantie bij de bewerkingen, zodat onvolkomenheden te laat worden opgemerkt. Wij adviseren daarom een –door een onafhankelijke instantie vastgesteld- helder protocol voor deze databeheerorganisatie dat inhoudelijk en procesmatig elke stap van beheer en bewerking beschrijft. Het protocol is zoveel mogelijk zorgbreed, om onnodige verschillen te voorkomen. Het protocol maakt het mogelijk om bewerkingen te reconstrueren en op transparante wijze de uitkomsten te kunnen koppelen aan geleverde informatie. Het protocol dient ook standaarden voor het uitwisselen van gegevens te omvatten, in afstemming op de standaarden van het NICTIZ/VWS.

Soms treden gebruikers zelf tijdelijk op als databeheerorganisatie (IGZ) of bewerken zij gegevens ten behoeve van publicatie (media). Het kan dan voorkomen dat dezelfde gegevens op verschillende manieren naar buiten komen. Wij raden aan om het proces zo in te richten dat bewerking door gebruikers zo min mogelijk noodzakelijk is (vergelijk het voornemen van de IGZ om de gegevensbewerking uit te besteden) en zoveel mogelijk wordt uitgevoerd door instanties die zich aan het landelijk bewerkingsprotocol houden. Tot op zekere hoogte kan ook het opstellen van een 'publicatiecode' in overleg met gebruikers zinvol zijn; vergelijk het initiatief in de verpleging, verzorging en thuiszorg om te komen tot bewerkingsregels voor bijvoorbeeld het sommeren van scores op individuele indicatoren tot een totaalscore.

Het opstellen en hanteren van een landelijk protocol zou niet alleen moeten gelden voor databeheerorganisaties maar ook voor de meetbureaus in het geval van cliëntenraadplegingen. In de verpleging, verzorging en thuiszorg is hiervoor al een accreditatieprocedure in gebruik, ontwikkeld en getoetst door het Centrum Klantervaring Zorg

6 Inbedden kwaliteitsregistratie in werkcyclus vergroot toepassingsmogelijkheden

Met het bieden van maximale ICT-ondersteuning is het arsenaal van mogelijke oplossingen die betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie borgen, nog niet uitgeput. Een volgende groep maatregelen ligt in de sfeer van het organisatorisch inbedden van kwaliteitsinformatie in de werkcyclus van professionals en instellingen; juist omdat het registreren van kwaliteitsinformatie een logische zaak is. Daarover gaat dit hoofdstuk.



Als algemeen uitgangspunt geldt: wanneer professionals gegevens vastleggen waar zij zelf direct baat bij hebben, wordt dat minder of niet als last ervaren. 'Baat hebben bij' kan op verschillende manieren worden opgevat: belangrijk voor het primair proces, belangrijk voor onderzoeksdoelinden, belangrijk voor processturing, belangrijk voor financiële consequenties.

Het inbedden in de werkcyclus betekent daarom in de eerste plaats de werkcyclus van de professionals zelf. Hoe meer zij de gegevens kunnen gebruiken, hoe meer dat motiveert.

'Uit een onderzoek dat wij hebben uitgevoerd bleek dat na automatisering van het poliklinisch dossier de specialist zijn spreekuur al kon voorbereiden de dag voorafgaand aan het spreekuur. Dit in plaats van het ter plekke inzien van de 'overal vandaan geschraapte dossiers'. Hierdoor ontstond een omslag: men wist van te voren al voor een groot deel hoe de volgende dag zou verlopen qua benodigde capaciteit en intensiteit. Een situatie van meer grip, controle en sturing ontstond' (bron: schriftelijke reactie respondent).

'Registreren van indicatoren zou niet meer of minder moeten zijn dan noteren wat je doet – of niet doet - in de patiëntenzorg, afgezet tegen een standaard' (bron: schriftelijke reactie respondent).

6.1 Terugkoppelen gegevens biedt professionals stuurinformatie

Een van de oplossingsrichtingen die wij in veel interviews aangereikt hebben gekregen, is het terugkoppelen van gegevens aan professionals. Nu is het vaak zo dat professionals wel kwaliteitsgegevens invullen, maar daar niets van terugzien of alleen in een veel later stadium. Dat werkt demotiverend en stimuleert niet tot het maximaal betrouwbaar aanleveren. Ons advies is dan ook om terugkoppeling van gegevens tot standaard te maken.

Terugkoppelen van gegevens als oplossing kan het beste geautomatiseerd gebeuren, om te voorkomen dat het terugkoppelen zelf een belasting wordt. Er bestaan verscheidene datawarehouse- en rapportagetools.

Terugkoppeling begint al tijdens het registratieproces bij de zorgaanbieder. Bijvoorbeeld door in de software de mogelijkheid in te bouwen dat de professional op elk gewenst moment een overzicht opvraagt waarin hij de aangeleverde gegevens terugziet, naar keuze ook op geaggregeerd niveau en gecombineerd met een vergelijking met eerdere gegevens of met gegevens van andere afdelingen.

Nadat de zorgaanbieder de geaggregeerde informatie aan de databeheerorganisatie heeft aangeleverd, kan ook van daaruit terugkoppeling plaatsvinden. Niet alleen via een controledocument naar de kwaliteitsfunctionaris, maar online beschikbaar voor elke professional. Die kan desgewenst zelf nagaan hoe hij of zijn afdeling/zorgaanbieder 'scoort' ten opzichte van andere zorgaanbieders. Geavanceerde terugkoppeling stelt de professionals in staat om eenvoudig zelf overzichten samen te stellen die exact zijn toegesneden op de onderwerpen waarop hij of zijn unit wil sturen.

Denkbaar is een systeem waarin professionals met een hoge frequentie, bijvoorbeeld wekelijks³, de gegevens kunnen vergelijken met scores van eerdere weken van de eigen afdeling of andere afdelingen binnen dezelfde instelling. En met een lagere frequentie, bijvoorbeeld per kwartaal met landelijke cijfers. Hierbij zij opgemerkt dat het –visueel- aantrekkelijk en overzichtelijk presenteren van informatie van groot belang wordt geacht door professionals.

Terugkoppelen van gegevens biedt de professionals inzicht in de kwaliteit van hun registratie zodat zij onvolkomenheden leren onderkennen en verbeteren, maar ook kennis kunnen nemen van de inhoudelijke gegevens over de kwaliteit van zorg. Op deze wijze wordt kwaliteitsinformatie ingebouwd in de werkcyclus van professionals.

Een variant op actieve terugkoppeling van gegevens is de mogelijkheid om als professional relevante informatie op elk moment online in te zien. Dat blijkt nu nog niet altijd mogelijk.

In een care-instelling heeft men moeten besluiten om de productieregistratie niet langer toegankelijk te houden voor managers en medewerkers op de zorgafdelingen. De reden is dat het systeem geen autorisaties kent; toegang betekent ook wijzigingsbevoegdheid. De medewerkers gingen goedbedoeld wijzigingen aanbrengen, waardoor de registratie volstrekt onbetrouwbaar werd. Nu

³ Als de data dit toelaten uiteraard (data waarin bijvoorbeeld cliënten over een jaar worden gevolgd, hebben een lagere frequentie).

is de registratie niet meer zichtbaar, waardoor belangrijke stuurinformatie verloren gaat. Een constructie waarin medewerkers alleen leesrecht hebben, zou het probleem hebben opgelost.

(Bron: interview)

6.2 Gebruik kwaliteitsinformatie als managementinstrument verhoogt transparantie

Uit de interviews bleek dat kwaliteitsregistratie door professionals vaak een jaarlijks terugkerende maar verder eenmalige activiteit is en los staat van de managementcyclus. Met 'managementcyclus' bedoelen wij de aansturing van zorginstellingen door het management via een systeem van afspraken en prestatieverantwoording. Dit speelt vooral daar waar de professional is ingebed in een zorginstelling, bijvoorbeeld omdat hij in loondienst is of omdat in het samenwerkingscontract met de instelling een kwaliteitsparagraaf is opgenomen. In de eerstelijns, waar het vaak gaat om individuele beroepsbeoefenaren of een klein aantal professionals, zal het anders liggen.

Kwaliteitsregistratie als eenmalige activiteit verhoogt de motivatie van professionals niet. Het wordt anders als de kwaliteitsregistratie rechtstreeks input vormt voor periodieke, bijvoorbeeld maandelijkse managementrapportage. Kwaliteitsinformatie wordt dan onderwerp van gesprek tussen de professional en het management en daarmee input voor sturing. De managementrapportage wordt een echte 'balanced scorecard' en kan door professionals en management worden gebruikt om tussentijds maatregelen te nemen als daartoe aanleiding is. Betrouwbare kwaliteitsinformatie kan zodoende de kwaliteit van zorg verbeteren en langs die weg de motivatie van professionals verhogen. Voor zover nodig is er tegelijkertijd sprake van een zekere druk op het leveren van betrouwbare informatie, omdat door het bespreken van kwaliteitsprestaties de informatie transparant en controleerbaar wordt. Het wordt een verantwoordingsinstrument, dat zelfs gebruikt kan worden in de beoordelings- en beloningscyclus. Wat dit laatste betreft, is het nog wel de vraag wat precies een effectieve interventie is.

'Is de inzet 'belonen als de kwaliteitsdoelstellingen worden gehaald' of 'verbeteren als ze niet worden gehaald'? In de praktijk blijkt dat niet echt kan worden gezegd wat het meest effectief werkt, dat is per specialist verschillend' (bron: schriftelijke reactie respondent).

Voor zover bij professionals gedragsbeïnvloeding < door openbaarmaking van kwaliteitsinformatie > is geconstateerd, lijkt het niet om kwaliteitsverbetering te gaan, maar juist om strategisch gedrag zoals het weren van hoogrisicopatiënten of het manipuleren van data. De introductie van beloningssystemen lijkt wel enig positief effect te kunnen hebben op het gedrag van zorgverleners, al is meer onderzoek nodig naar de precieze vorm die aan dat instrument kan worden gegeven. Uit: Vertrouwen in verantwoorde zorg, Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren, Signalering ethiek en gezondheid 2006, Centrum voor ethiek en gezondheid.

Wij verwachten dat inbedding in de managementcyclus strategisch registratiegedrag kan helpen voorkomen. Of dergelijk gedrag en dus bewust

creëren van onbetrouwbare informatie veel voorkomt, hebben wij niet onderzocht. Het is wel een punt dat door een aantal respondenten en deelnemers aan de Delphisessie is genoemd. Daarbij is opgemerkt dat de prikkel tot strategisch gedrag ook van het management kan uitgaan. Ook in dat geval verwachten wij dat inbedding in de managementcyclus een zuiverende werking heeft. Aan de ene kant kan de wetenschap dat de informatie wordt gebruikt in de managementcyclus de neiging om de informatie te kleuren in de hand werken, maar de periodieke en expliciete bespreking vormt het tegenwicht.

'Niets menselijks is de professional immers vreemd: ze vullen hun formulieren zo in als gewenst is, ze richten zich vooral op makkelijk meetbare output of ze dragen welgemoed bij aan wat wel 'outputverkrumming' wordt genoemd: er wordt zoveel gemeten dat niemand er nog een touw aan vast kan knopen. Zo krijgen we meer cijfers, maar weten we de facto eigenlijk minder. In de literatuur staat dat bekend als de 'performance paradox' (Jos van der Lans, april 2008, 'Ontregelen- de herovering van de werkvloer').

'Het strategisch en calculerend invulgedrag wordt groter naarmate het belang van de informatie toeneemt'. Uit discussie met begeleidingscommissie.

'Om bepaalde operaties te mogen uitvoeren, moeten in het afgelopen jaar minimaal tien operaties zijn uitgevoerd. Toen de IGZ vroeg om als bewijs voor het opgegeven aantal de operatieverslagen in te zenden, kon een aantal ziekenhuizen die niet leveren' (bron: interview).

Cruciaal voor inbedding van kwaliteitsregistratie is een actieve betrokkenheid van het topmanagement. Dat gaat veel verder dan de uitspraak 'dat kwaliteitsregistratie belangrijk is'. Het topmanagement zal in de praktijk moeten laten zien dat het de kwaliteitsregistratie zelf gebruikt bij de besturing van kwaliteit. Kwaliteitsinformatie dient een onderdeel van de governance te worden.

6.3 Blamefree registreren basisvoorwaarde voor betrouwbaarheid

Het moeten registreren van kwaliteitsinformatie terwijl de professional weet dat de kwaliteit onder de maat is, kan een pijnlijke zaak zijn. Dat geldt zeker als er fouten in de zorgverlening aan ten grondslag liggen.

De verleiding om dergelijke kwaliteitsgegevens mooier voor te stellen dan ze zijn, vormt dan een risico. Zeker wanneer de uitkomst van een registratie naar 'O' dient te tenderen is onvolledige of gemanipuleerde registratie verleidelijk. Daarom is de wijze waarop professionals en het management daarmee omgaan, cruciaal. Zowel een sanctiebeleid als een beleid dat fouten verdoezelt, leidt tot onbetrouwbaarheid van de registratie. In de Delphisessie werd het risico van onbetrouwbaarheid door verkeerde stimulans van het management expliciet onderkend.

Wij bepleiten daarom een cultuur van blamefree registreren. Openheid over minder goede prestaties betekent dat er aanleiding tot verbetering is, maar dat de professionals en de instelling in ieder geval wel betrouwbaar zijn in hun informatie en over concrete stuurinformatie beschikken.

'We moeten wel rekening houden met een niet op meten gerichte cultuur van de huisarts, die in zijn korte gesprek de cliënt ziet, maar wat hij diagnosticeert ook in het grotere plaatje wil en zou moeten plaatsen. De praktijkondersteuners doen dit met iets minder productiedruk. En in de korte tijd die zij hebben moet soms een veelheid aan gegevens worden ingevoerd' (bron: interview).

BQS – Bundesqualitätssystem

De Bundesgeschäftsstelle – het agentschap van het ministerie dat in de Bondsrepubliek de kwaliteit van de ziekenhuiszorg bewaakt - heeft onderzocht in hoeverre de kwaliteitsinformatie een betrouwbare afspiegeling van de werkelijkheid is. Er bleken zowel afwijkingen ten gunste van de ziekenhuizen als afwijkingen ten nadele van de ziekenhuizen voor te komen. De Bundesgeschäftsstelle stelt op basis van het antwoordpatroon dat er geen aanleiding was om te veronderstellen dat ziekenhuizen 'op grotere schaal' strategisch registratiegedrag vertonen.

Bron: documentatie BQS

Blamefree registreren heeft vooral een cultuuraspect in zich. Tegelijkertijd dient er ook aan organisatorische en functionele randvoorwaarden te worden gedacht. Bijvoorbeeld het introduceren van een gedragscode of het aanstellen van een vertrouwenspersoon.

'Als we weinig incidenten meldden, was dat verdacht'
(bron: achtergrondmateriaal).

6.4 Verantwoordelijkheid voor externe aanlevering zoveel mogelijk beleggen bij professional

In een cultuur van blamefree registreren en van kwaliteitsinformatie die is ingebed in de werk- en managementcyclus ligt het voor de hand dat de professional zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk blijft voor de interne en misschien ook wel de externe aanlevering van de informatie. Dat geldt zeker in de cure en de eerstelijns, waar individuele professionals in de kwaliteitsinformatie ook voor het topmanagement en voor externe partijen herkenbaar blijven. Een systeem waarin de professional nadat hij eenmaal gegevens heeft ingevoerd, verder geen zicht heeft op de verwerking en externe aanlevering, is niet bevorderlijk voor een sfeer van vertrouwen en verantwoordelijkheidsgevoel. Afhankelijk van de situatie kan gekozen worden voor een systeem waarin de individuele professional zelf de kwaliteitsinformatie aanlevert aan het management of aan een externe toetsingsinstantie binnen de eigen sector (zie volgende hoofdstuk) of voor een systeem waarin de professional in elk geval nauw betrokken is bij de verdere verwerking en aanlevering. Welk systeem ook wordt gekozen, de transparantie voor externe partijen mag in elk geval niet in gevaar komen.

6.5 Gezaghebbende positie kwaliteitsfunctionarissen doet recht aan belang kwaliteitsinformatie

De meeste grotere zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid voor de verzameling van de kwaliteitsinformatie binnen hun organisatie bij een specifieke functionaris belegd. Deze heeft de taak om ervoor te zorgen dat professionals gegevens juist en tijdig leveren en vooral dat de informatie wordt gebruikt voor

vergelijking en verbetering. Een ontbrekende motivatie bij professionals is voor de kwaliteitsfunctionaris een probleem. Natuurlijk is het verhogen van de motivatie met behulp van eerder beschreven instrumenten dan de meest aangewezen weg. Aanvullend raden wij aan om ervoor te zorgen dat de kwaliteitsfunctionaris of degene die de informatie verzamelt ook in de positie is om met enig gezag te spreken.

Dat kan bijvoorbeeld door te zorgen voor goed gekwalificeerde functionarissen, die de professionals ook kunnen helpen met analyses en verbetertips. Zowel inhoudelijke deskundigheid als analysesdeskundigheid maken deel uit van de kwalificatie-eisen. Het softwaresysteem zou de kwaliteitsfunctionaris in staat moeten stellen om een aantal validaties uit te voeren en deze terug te koppelen aan de professionals. De kwaliteitsfunctionaris is ook de aangewezen persoon om de interne audit op de beheerprocedure uit te voeren waarvan in het vorige hoofdstuk sprake was.

Een andere suggestie, ons gedaan in meerdere interviews, is om feedback over de kwaliteit van de registratie per professional in beperkte kring in de organisatie bekend te maken, om zo ook in die zin een –interne- benchmark te kunnen uitvoeren. Het Engelse Primissysteem kan mogelijk als voorbeeld dienen.

In een instelling was een project gestart om de registratie te verbeteren. Er waren concrete doelen gesteld, die via het registratiesysteem per behandelaar te monitoren waren. In een maandelijkse nieuwsbrief werden de namen gepubliceerd van de behandelaars die het best hadden geregistreerd en er was nu sprake van dat ook de namen van de laagst scorende behandelaars bekend zouden worden gemaakt (bron: achtergrondinformatie).

Een actieve houding van het topmanagement ten aanzien van het belang van de kwaliteitsfunctie is cruciaal. Wellicht moet in sommige organisaties de organisatorische inbedding van de kwaliteitsfunctionaris worden herijkt en is een functie als rechtstreeks rapporteur van de Raad van Bestuur passender ('kwaliteitscontroller').

6.6 Good governance ook van toepassing op kwaliteitsinformatie

Een logisch gevolg van inbedding in de managementcyclus is inbedding in de governancestructuur van de organisatie. Denk in dit verband ook aan de recente brief die de IGZ gestuurd heeft naar alle ziekenhuizen naar aanleiding van de brand in Almelo; de IGZ vraagt om binnen de Raad van Bestuur een persoon aan te wijzen en bekend te maken die verantwoordelijk wordt voor de kwaliteit van de zorg. Expliciet verantwoording aan de Raad van Toezicht is dan de volgende stap. Voor situaties waarin sprake is van individuele beroepsbeoefenaren, zal dit niet mogelijk en nodig zijn.

Een systeem van sturing op kwaliteit gaat verder dan alleen de relatie tussen intern management en professional. Nu kwaliteit steeds explicieter tot zorginkoopcriterium wordt verklaard door cliënten, zorgverzekeraars en ministerie, wordt het genereren van goede kwaliteitsinformatie een kwestie van overleven voor de zorgaanbieder. Kwaliteitsinformatie wordt net als financiële informatie de kern van de interne sturing én de communicatie met de buitenwereld.

Het feit dat kwaliteitsinformatie vroeger of later openbaar gemaakt wordt, houdt aan de ene kant een risico voor de betrouwbaarheid in. Openbaarmaking kan leiden tot de neiging om de informatie te kleuren of niet dan wel beperkt beschikbaar te stellen. Aan de andere kant dient de externe blik van zorgverzekeraars, cliënten en media ook weer als tegenwicht.

Dit gevoelige vraagstuk onderstreept de noodzaak van passende managementaandacht. Met daarnaast aandacht voor marketing en communicatie en het omgaan met de media.

6.7 Landelijke ondersteuning instructie bevordert uniforme toepassing indicatoren

De oplossingsrichtingen die wij tot nog toe bespraken, hadden vooral betrekking op de gedragsrisico's. Verankering in de organisatie betekent echter ook: adequaat verspreiden van kennis onder professionals. Deze maatregel gaat vooral in op de interpretatierisico's: worden de indicatoren voldoende uniform toegepast door professionals en bewerkers?

In de inleiding op dit rapport noemden we het feit dat veel respondenten de kwaliteit van de indicatoren en meetinstrumenten als aandachtspunten voor een betrouwbare registratie benoemden. Op dit moment zouden sommige indicatoren nog te veel ruimte voor interpretatieverschillen laten. Wij hebben toegelicht dat wij adviseren om dit aandachtspunt te honoreren via een cyclische benadering, een gezamenlijke kalender met voldoende tijd voor het exact definiëren van indicatoren en doelgroepen waarop de indicator van toepassing is. En met voldoende tijd voor het testen van meetinstrumenten.

'Het werken met de indicatoren heeft al tot een enorme kwaliteitsverbetering geleid. Het decubituspercentage is al flink naar beneden. Toch is het een risico dat de aangeleverde gegevens self-reported data zijn, dit kan er ook toe leiden dat gerapporteerde data verkeerde interpretaties bevatten, denk bijvoorbeeld aan de vraag of vochtletsels ook tot decubitus horen of niet'' (bron: interview).

Een gegeven kan op verschillende plaatsen in het HIS worden geregistreerd. Hiermee hangt ook samen het gebruikte detailniveau bij het coderen. Lyme kan ook als huidinfectie worden ingegeven, polsletsel als Letsel andere traumata. De ene huisarts zal dat anders opvatten dan de andere. En registreert iedereen hetzelfde in de keten? De huisarts codeert depressie anders dan een psychiater' (bron: interview).

Maar ook al zijn indicatoren voldoende scherp gedefinieerd, als de instructie aan de professional niet helder is, doen zich alsnog interpretatieverschillen voor. Daarom is een van de betrouwbaarheidsmaatregelen het opzetten van een goede instructie dan wel het herijken of verder verbeteren van bestaande instructies. Niet alleen voor nieuwe indicatoren, maar ook periodiek om de kennis op te frissen en nieuwe registreerders in te werken. Uit de interviews bleek dat dit aspect soms wat onderbelicht is. De indicatoren worden weliswaar ontwikkeld en getest met inbreng van projectgroepen vanuit de praktijk, maar als ze eenmaal zijn vastgesteld worden ze – met een handleiding, gids of introductiebijeenkomst verspreid en is

het vervolgens afwachten of invullers de indicatoren interpreteren zoals ze zijn bedoeld.

Een geautomatiseerde toepassing kan een hulpmiddel bieden. Te denken valt aan korte e-learning-instructies, waarin de gebruiker op locatie, binnen korte tijd en op een aantrekkelijke manier een aantal instructies krijgt. Door het aanvinken van antwoorden op testvragen of van een bevestiging dat instructieonderdelen begrepen zijn, wordt de instructie afgerond. Het verkrijgen van toegang tot de registratie kan desgewenst (geautomatiseerd) afhankelijk worden gesteld van het doorlopen van de instructie. Wij realiseren ons overigens dat ook dit systeem niet waterdicht is; aanvinken garandeert nog niet dat de gebruiker werkelijk kennis heeft genomen van de inhoud.

De instructies dienen landelijk te worden ontwikkeld, om uiteenlopende interpretaties per zorgaanbieder voorkomen. Uiteraard is het een voorwaarde dat de indicatoren zelf dan zo scherp zijn dat ze geen interpretatieruimte meer toelaten. In het laatste hoofdstuk gaan we nader in op de verdere uitwerking van deze en andere oplossingsrichtingen.

De instructie houdt niet op als met het invoeren is gestart. In enkele interviews hoorden wij dat de bestaande helpfunctie bij de registratieprogramma's verbetering behoeft.

Een goede instructie is overigens niet alleen van belang voor professionals en kwaliteitsfunctionarissen bij zorgaanbieders, maar ook voor degenen die later als databeheerorganisatie gegevens bewerken of als gebruiker de gegevens interpreteren. Een integrale instructieaanpak is dus noodzakelijk.

6.8 Self assessment geeft zorgaanbieder inzicht in stand van zaken

Tot slot van dit hoofdstuk over inbedding van kwaliteitsinformatie in de werkcyclus van zorgaanbieders gaan wij in op de wijze waarop de zorgaanbieder kan nagaan hoe ver hij al is gevorderd op weg naar betrouwbare kwaliteitsinformatie. Een grootscheepse en periodieke landelijke monitoring lijkt ons hier minder gewenst. Een dergelijk onderzoek kan het proces vertragen, gaat voorbij aan de primaire verantwoordelijkheid van professionals en zorgaanbieders en vergt een behoorlijke administratieve organisatie. Wij denken daarom eerder aan een *self assessment*: een beknopt instrument dat kan worden ingezet bij de interne audit. Het self assessment zien wij als een standaardvragenlijst (sectorspecifiek waar nodig) met een bijbehorende invoertool. Een instrument als de EPD-scan voor huisartsen kan daarbij als nadere inspiratiebron dienen.

Het self assessment wordt in onze opinie vastgelegd in de AO/IC en geeft aan in hoeverre de activiteiten die in het voorgaande zijn benoemd, daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Het assessment is in eerste instantie bedoeld voor de zorgaanbieder zelf. Het kan worden uitgevoerd door de kwaliteitsfunctionaris, maar het is ook te overwegen om dit in handen te geven van de 'kwaliteitsaccountant'.

Het zou te ver voeren om in dit rapport al een concreet assessment te presenteren, zodat wij in deze paragraaf volstaan met enkele uitgangspunten en twee voorbeelden.

6.8.1 Beheersniveaus geven stand van zaken zorgaanbieders aan

Wij stellen voor om vier beheersniveaus te benoemen. Voor elke maatregel stelt de zorgaanbieder vast op welk niveau hij zich bevindt. Vervolgens wordt een 'totaalscore' berekend; of daarbij een weging van activiteiten nodig is of dat alle activiteiten even zwaar wegen, zal nader bezien moeten worden.

Analoog aan de indeling van de actoren stellen wij voor een onderscheid te maken tussen:

- maatregelen waarvoor een landelijke specificatie is opgesteld. De zorgaanbieder heeft hier minder vrijheid; het beheersniveau geeft aan of de betreffende maatregel is ingevoerd of niet;
- maatregelen die door de zorginstelling zelf zijn ontwikkeld. De zorgaanbieder heeft hier meer vrijheid; het beheersniveau geeft aan welke acties er zijn ondernomen (er kan niet worden gesteld dat 'de' maatregel wel of niet is ingevoerd, omdat elke zorgaanbieder weer andere maatregelen zal nemen).

Tabel 6-1: Beheersniveaus betrouwbaarheid kwaliteitsinformatie

Beheersniveau	Maatregelen met een eenduidige (landelijke) specificatie	Maatregelen met een instellingsspecifieke invulling
A	Maatregel ingevoerd en werking geborgd	Continue procesverbetering
B	Maatregel ingevoerd maar werking (nog) niet geregeld	Periodieke monitoring
C	Maatregel nog niet volledig ingevoerd of in voorbereiding	Basisstructuur uitgewerkt
D	Maatregel (nog) niet ingevoerd en voorbereiding nog niet gestart	Nog geen activiteit ontwikkeld

Aan de standaardvragenlijst zou er per maatregel per niveau een aantal suggesties kunnen worden toegevoegd die de zorgaanbieder ondersteunen bij het op een hoger niveau brengen van de betreffende maatregel: op die wijze wordt automatisch een verbeterplan samengesteld, dat de zorgaanbieder kan aanvullen en aanscherpen.

6.8.2 Self assessment voor twee maatregelen uitgewerkt

We hebben nu hierna twee voorbeelden uitgewerkt die als indicatie gebruikt kunnen worden voor het verder ontwikkelen van de self assesment-tool. In tabel 6-2 is de beheersmaatregel 'implementeren softwareaanpassing en registratieprotocol' en in tabel 6-3 is de maatregel 'blamefree registreren'. De eerste is een voorbeeld van een maatregel waar het gaat om landelijke aanpak, de tweede van een maatregel met een instellingsspecifieke invulling.

Tabel 6-2: Voorbeeld toetsingscriteria per beheersniveau van de maatregel 'implementeren softwareaanpassingen'

Beheersniveau	Toetsingscriteria
A	<ul style="list-style-type: none"> – Softwareaanpassingen zijn dusdanig doorgevoerd, dat juistheid en eenduidigheid van bronregistratie preventief is geborgd – Toetsing aan de eisen van het registratieprotocol toont aan dat volledigheid en tijdigheid van bronregistratie maximaal is geborgd.
B	<ul style="list-style-type: none"> – Softwareaanpassingen in productie genomen, maar praktijk vertoont nog enkele gebreken of functionaliteit wordt nog niet volledig gebruikt – Registratieprotocol geëffectueerd, maar nog niet alle registratiemedewerkers volgen deze
C	<ul style="list-style-type: none"> – Softwareaanpassingen zijn (deels) ingevoerd, maar worden nog getest voordat deze in productie worden genomen – Er heeft instructie op het gebruik van het registratieprotocol plaatsgevonden, maar deze heeft nog geen formele status
D	<ul style="list-style-type: none"> – Er bestaat een planning voor het doorvoeren van de softwareaanpassingen – Er bestaat een planning voor het effectueren van het registratieprotocol

Tabel 6-3: Voorbeeld toetsingscriteria per beheersniveau van de maatregel 'Blamefree registreren'

Beheersniveau	Toetsingscriteria
A	<ul style="list-style-type: none"> – Periodieke evaluatie bestuur of management van monitoringresultaten aanwezig – Continue verbetering van werkprocessen op basis van systematische incidenten ingevoerd – Externe verantwoording van verbeterprogramma gerealiseerd
B	<ul style="list-style-type: none"> – 'Near-miss-management-systeem' (NMMS) voor anonieme en gestructureerde vastlegging incidenten werkzaam – Periodieke monitoring van geregistreerde incidenten uit NMMS gerealiseerd – Toezicht op juiste, tijdige en volledige vastlegging ingevoerd
C	<ul style="list-style-type: none"> – Procedure voor melding incidenten aanwezig – Bewustzijn belang vastlegging incidenten aanwezig – Interne procedure bij alle medewerkers bekend
D	<ul style="list-style-type: none"> – Visie op blamefree registreren uitgewerkt – Gedragscode voor omgang met incidenten aanwezig

Daar waar nodig, zal per sector differentiatie moeten worden aangebracht. In de eerstelijns bijvoorbeeld kan niet worden gesproken van een periodieke evaluatie door bestuur of management. Daar zal een equivalent gevonden moeten worden. Een zorgaanbieder kan het self assessment per dienst, afdeling of maatschap afnemen, om na te kunnen gaan waar verbeteracties exact nodig zijn.

6.9 Registratiekwaliteit als kwaliteitsindicator af te leiden uit self assessment

De resultaten van het self assessment kunnen op zeker moment niet alleen dienen voor het inzicht van zorgaanbieders zelf, maar ook voor informeren van de externe toezichthouders. Dit kan het extern toezicht aanzienlijk verlichten, omdat de resultaten van het self assessment dienen als input voor de controles van de toezichthouder. In feite is daarmee sprake van een indicator voor de kwaliteit van de registratie. In de eerstelijnszorg is een dergelijke indicator via de zogenoemde

EPD-scan al – op vrijwillige basis - geïntroduceerd. Met deze scan worden geanonimiseerde gegevens uit het computersysteem van de huisarts geëxtraheerd om er zo de betrouwbaarheid van vast te stellen.

Ons voorstel is dat op een nader vast te stellen moment, na een proefjaar⁴ voor het testen van het instrument en voor het bepalen van verbetermaatregelen, alle zorgaanbieders hun scores op de kwaliteit van de registratie aanleveren aan de IGZ. De resultaten worden daarmee openbaar. Zorgaanbieders met lage scores zijn het minst ver in de invoering van het beheerssysteem en komen sneller in aanmerking voor een gegevensgerichte controle en extra extern toezicht (dat wil zeggen een vergelijking van de kwaliteitsinformatie met de daadwerkelijke kwaliteit) dan de andere zorgaanbieders. Zorgaanbieders met hoge scores zijn best practices en kunnen veel zicht geven op de wijze waarop maatregelen op effectieve wijze kunnen worden ingevoerd.

Om te kunnen komen tot uitspraken over het beheersniveau van een zorgaanbieder, zal er een systematiek moeten komen om de beheersniveaus per maatregel en/of per organisatieonderdeel om te rekenen naar een niveau per zorgaanbieder. Binnen het bestek van dit rapport hebben wij een dergelijke systematiek niet kunnen uitwerken. Wel stellen wij voor om bij de omrekening uit te gaan van de gedachte dat een zorgaanbieder op A-niveau ook werkelijk op alle onderdelen dit niveau moet hebben bereikt. Anders zou deze kwalificatie te hoge verwachtingen kunnen wekken. De IGZ kan bepalen bij welke 'score' incentives aan de orde kunnen zijn.

Als instellingen binnen de gestelde invoeringstermijn op alle beheersmaatregelen een A-niveau scoren is naar onze mening zeer aannemelijk dat ook de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie op een acceptabel niveau is. Daarbij is uiteraard wel de voorwaarde dat de indicatoren en meetinstrumenten adequaat zijn en geen interpretatieruimte meer toelaten. Naarmate meer instellingen zich op A-niveau bevinden, zal blijken of de ingevoerde set aan beheersmaatregelen daadwerkelijk leidt tot betrouwbaarder kwaliteitsinformatie. Op onderdelen waar deze relatie onvoldoende blijkt, is het mogelijk om het beheerssysteem bij te stellen via de dan opgezette governancestructuur. Op deze wijze ontstaat een omgeving van continue verbetering, waarbij de normen voor betrouwbare kwaliteitsinformatie steeds kunnen worden aangescherpt.

Om al in een vroeg stadium de effectiviteit van de voorgestelde maatregelen vast te stellen, stellen wij voor om direct na het self assessment bij een (beperkt) aantal instellingen uit te nodigen om op vrijwillige basis inzicht te geven in hun scores. Op deze wijze wordt voor deze 'koplopers' duidelijk of invoering van vereiste maatregelen daadwerkelijk heeft geleid tot betrouwbaarder kwaliteitsinformatie. Wij benadrukken dat het welslagen van het invoeren van het voorgestelde beheerssysteem niet slechts afhankelijk is van de kwaliteit van invoering door *zorgaanbieders*. Het verdient overweging om ook bij andere actoren, een assessment uit te voeren. De rol van softwareleverancier bijvoorbeeld kan bij de invoering van complexe beheerssystemen een bottleneck zijn. Toch zijn er ook voorbeelden van projecten waar op dit gebied vorderingen zijn gemaakt, zoals de XIS-typegoedkeuringen door het NICTIZ.

⁴ In het proefjaar zijn resultaten in elk geval niet openbaar.

7 Externe toetsing completeert borging betrouwbaarheid

Tot nog toe hebben wij vooral aandacht besteed aan het proces van registratie en interne inbedding en toetsing. Maar op een gegeven moment is het zover dat de kwaliteitsgegevens worden aangeleverd aan instanties buiten de eigen instelling of eigen praktijk. In dit hoofdstuk bespreken wij deze externe toetsing.



Omdat wij hebben gekozen voor een model waarin proactief borgen van betrouwbaarheid centraal staat, is het aantal maatregelen dat wij ten aanzien van externe controle voorstellen, relatief gering. Dat past in het systeem waarin het aanleveren van goede informatie voor de professional vanzelfsprekend is.

‘Geen verantwoordelijkheid zonder verantwoording’
(bron: lid van de begeleidingscommissie)

Wij bepleiten een doelmatige en kosteneffectieve externe toetsing, die aan de volgende eisen voldoet:

- externe toetsing maakt gebruik van resultaten van interne procedures en audits;
- externe toetsing vindt zoveel mogelijk geautomatiseerd plaats;
- externe toetsing fungeert als incentive: goede kwaliteit van registratie wordt beloond.

Allereerst ter vergelijking drie passages over extern toezicht in andere sectoren dan de zorg.

Een groot onderzoek in het onderwijs heeft uitgewezen dat bij 30% van de Nederlandse basisscholen kwaliteitszorg in een vergevorderd stadium is. In 7 % van de basisscholen wordt niets aan kwaliteitszorg gedaan. De kwaliteit van zelfevaluatie (intern toezicht) is niet echt onderzocht. In veel gevallen is het zo, dat de zelfevaluatie sterk op de inspectie gericht is en niet op de klanten/stakeholders van de school zelf. De kritische blik van een buitenstaander (extern toezicht) is noodzakelijk, ook om strategisch gedrag van scholen te voorkomen. Toezicht is

effectief als het onafhankelijk is (qua positie en operationele werkwijze) en professioneel wordt uitgevoerd.
Toezicht, intern of extern, blijkt in het onderwijs een gematigd positieve invloed te hebben op de kwaliteitsverbetering binnen scholen. Of dit ook positief uitwerkt op het leerproces is nog niet aangetoond.
Publicatie van verantwoordingsinformatie blijkt slechts een geringe rol te spelen bij het oordeel dat ouders over scholen hebben. Er is meer nodig (bron: Inspectie voor het Onderwijs).

De energiemarkt is een vrije markt en in dat opzicht hebben bedrijven er belang bij om juiste gegevens aan te leveren. Men houdt elkaar namelijk nauwlettend in de gaten.

Een belangrijk verschil met de zorgsector is dat DTe (voor een deel) wordt gefinancierd uit de sector. Daarmee heeft de sector als het ware uitgesproken dat men zich zelf wil laten toetsen. (bron: Energiekamer NMa, voorheen DTe).

De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) steunt bij haar controles van de inhoudelijke kwaliteit in hoge mate op de interne beheersing, dus op de kwaliteit van de registratie. (bron: Voedsel en Waren Autoriteit).

7.1 Externe toetsing kan ook binnen eigen sector worden uitgevoerd

Externe toetsing kan binnen en buiten de eigen sector worden uitgevoerd. Met toetsing binnen de eigen sector (vaak in de vorm van visitatie) doelen wij op toetsing door wetenschappelijke verenigingen of door organisaties die vanuit de eigen sector zijn opgezet, zoals het NHG Praktijk Accreditering (NPA). Voor de care is een dergelijk systeem waarschijnlijk minder opportuun omdat er nauwelijks organisaties zijn die deze toetsing zouden kunnen uitvoeren. Op dit moment wordt bij een visitatie vooral de kwaliteit van de zorg getoetst, maar de basis daarvoor is de betrouwbare informatie. Wij kunnen ons daarom voorstellen dat deze organisaties naast de zorgkwaliteit nu ook de betrouwbaarheid van de informatie expliciet – zij het marginaal - toetsen.

Toetsing binnen de eigen sector zal toetsing door formele toezichthouders niet kunnen vervangen en het is de vraag of dat gewenst zou zijn, maar wij beschouwen het wel als een krachtig instrument dat past bij een cultuur van professionele verantwoordelijkheid. Om te voorkomen dat externe toetsing binnen de eigen sector en toetsing door formele toezichthouders tot dubbele belasting leiden, is het noodzakelijk dat de resultaten van deze eerste toetsing bekend worden gemaakt aan de Raad van Bestuur van de zorgaanbieder en via hem ook aan de toezichthouders.

Een betrouwbaarheidstoetsing binnen de eigen sector dient uiteraard wel goed te worden ontwikkeld. Wij adviseren eerst een haalbaarheidsonderzoek uit te voeren, waarin draagvlak, randvoorwaarden, ondersteuning en kosten in beeld worden gebracht.

7.2 Externe handhaving maximaal afgestemd op eerdere resultaten

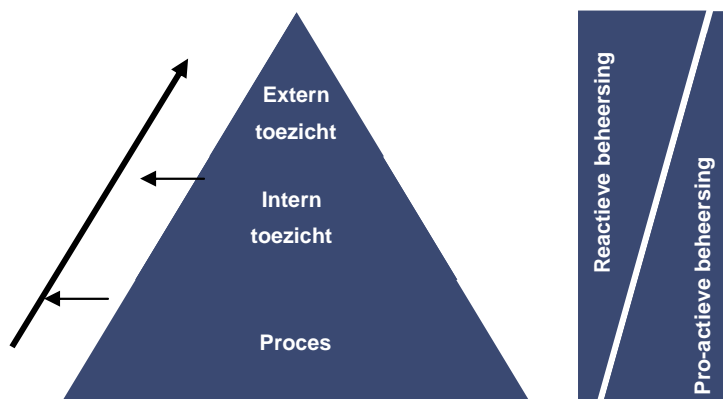
Als sluitstuk van de borging van betrouwbare kwaliteitsinformatie zien wij de externe handhaving door IGZ en NZa. Wij zien deze externe handhaving als onlosmakelijk verbonden met het toezicht op de kwaliteit van zorg. Daarom zijn in

onze visie de formele toezichthouders op de kwaliteit ook de toezichthouders op de betrouwbaarheid van de informatie. Er moet geen afzonderlijke autoriteit voor het handhaven van de betrouwbaarheid worden opgericht.

7.2.1 Externe handhaving maximaal afgestemd op eerdere resultaten

De externe toetsing van de betrouwbaarheid dient zoveel mogelijk gebaseerd te zijn op voorliggende resultaten, dus onder meer de verslagen van de interne audits en van de visitaties. Een efficiencyslag kan worden gemaakt in de situatie waarin kwaliteitsgegevens geheel of gedeeltelijk worden afgeleid uit bestaande registraties. Dan kan worden gesteund op externe audits die voor deze bronbestanden al worden uitgevoerd.

Figuur 7-1: Extern toezicht steunt op resultaten proces en interne audit



Bron: *Onderzoek betrouwbaarheid kwaliteitsinformatie 2008*

Een voorbeeld vanuit het Duitse systeem:

BQS – Bundesqualitätssystem

De Bundesgeschäftsstelle heeft een valideringssysteem van beheersmaatregelen ontwikkeld, dat de komende jaren gecompleteerd moet worden. Over het verslagjaar 2005 is het getest voor drie aandoeningen, in de jaren erna is het steeds voor drie andere aandoeningen ingezet. Deelname is verplicht.

Het systeem omvat:

- statistische analyse van de gegevens met aandacht voor uitbijters en bijzonderheden; ziekenhuizen worden zo nodig benaderd voor uitleg; data kunnen nog worden aangepast.
- steekproefsgewijze controle waarbij externe deskundigen voor een aantal ziekenhuizen, evenredig verdeeld over het land, de registratiegegevens met de patiëntendossiers vergelijken.

7.2.2 Activiteiten IGZ en NZa nauw op elkaar af te stemmen

Wij pleiten ervoor om de regelgeving die van toepassing is op het kwaliteitstoezicht te screenen op de mate waarin zij geschikt is voor het toezicht op betrouwbaarheid van informatie. Ook afstemming op wetgeving voor andere zorgtoezichthouders (NZa bijvoorbeeld) zou in de screening een plaats kunnen krijgen.

Het toezicht dat de NZa kan uitoefenen via de controle op keuze-informatie voor cliënten (op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, zie bijlage G) en

het toezicht dat de IGZ uitoefent (toezicht op kwaliteit van zorg en op de uitvoering van de WTZi, gebaseerd op de Kwaliteitswet), dienen nauw op elkaar te zijn afgestemd. Het mag in geen geval voorkomen dat zorgaanbieders voor deze twee toezichthouders verschillende informatie over dezelfde onderwerpen moeten aanleveren.

7.2.3 Inzet externe auditors nog in discussie

Voor een samenhangend systeem van extern toezicht bestaan meerdere modellen. Een van die modellen omvat de inzet van 'kwaliteitsaccountants' als onafhankelijke externe auditors, die vaststellen of de kwaliteitsinformatie een getrouw beeld van de werkelijkheid geeft. De te beantwoorden vragen zijn of inzet van deze auditors analoog aan die van de financiële accountants gewenst is en zo ja, wie die functie moet vervullen. Wij hebben de term 'kwaliteitsaccountants' tussen aanhalingstekens geplaatst, omdat wij niet willen suggereren dat deze functie per definitie door financiële accountants moet worden vervuld. Er wordt ook gesuggereerd om externe auditing in te bedden in de cyclus van de HKZ- of NIAZ-accreditatie, als uitbreiding van de certificering. Daarbij wordt dan wel opgemerkt dat de nadruk niet onbedoeld moet komen te liggen op procesindicatoren in plaats van op outputindicatoren. Een derde mogelijkheid is om zoals gesteld in 7.1 de visitatiecommissies deze functie vervullen. Ook wordt wel voorgesteld om de taken te splitsen: de financiële accountant en met name de EDP-auditors in het accountantsteam zouden een oordeel kunnen geven over de betrouwbaarheid van de registratiesystemen, terwijl inhoudelijk deskundigen een oordeel kunnen geven over de plausibiliteit van de inhoudelijke uitkomsten. Deze laatste taak kan door onafhankelijke experts worden uitgevoerd, maar het is ook mogelijk dat de IGZ deze taak op zich neemt.

De komende maanden zullen de verschillende modellen op hun merites moeten worden getoetst. Uitgangspunt is de *single audit*: een auditsysteem zonder doublures.

In de opinie van de onderzoekers is de discussie op dit moment nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Alle voorgestelde oplossingen hebben voor- en nadelen. De financieel accountant bijvoorbeeld heeft – zeker op dit moment – onvoldoende inhoudelijke kennis om een volledig oordeel te kunnen geven. Omdat niet alle organisaties een kwaliteitsmodel (HKZ, NIAZ) hebben ingevoerd is de certificeerder nog niet bij alle instellingen betrokken en is de beoordeling van de betrouwbaarheid niet eenvoudig mee te nemen in een lopende opdracht. De visitatiecommissies aarzelen wellicht om dergelijke openbare uitspraken te doen; daar komt bij dat in de caresector niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt van visitatiecommissies. Een gemengd systeem is wellicht weer te complex.

Wij als onderzoekers achten de inzet van een kwaliteitsaccountant, wie dit ook moge zijn, wenselijk. Dit onder de voorwaarde dat de controlebelasting voor de zorgaanbieder niet toeneemt, en zo mogelijk juist afneemt. Als externe auditors alleen maar een extra laag vormen in de controletoren, biedt dat geen meerwaarde. Extra belasting moet dus worden voorkomen. Dat kan alleen maar als enerzijds de externe auditor in hoge mate steunt op de uitkomsten van de interne audit en indien aanwezig de resultaten van het visitatieonderzoek, en als anderzijds de formele toetsende instantie – de IGZ – weer in hoge mate steunt op het oordeel van de externe auditor. Verder kan worden overwogen de inzet van een

kwaliteitsaccountant te zien als een project voor een afgebakende periode; als de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie naar het oordeel van de overheid een voldoende hoog niveau heeft bereikt, kan het systeem weer worden aangepast. Een vergelijkbare ontwikkeling lijkt zich nu voor te doen als het gaat om de inzet van de financiële accountant bij de toetsing van de kaderregeling AO/IC.

Uiteraard dient voor een dergelijke externe audit een controleaanpak te zijn uitgewerkt om uniformiteit en randvoorwaarden te borgen. Strikte onafhankelijkheid van de auditors en transparantie/openbaarheid zijn voorwaarden. Vergelijk de Verordening Gedragscode voor registeraccountants van het NIVRA. De VGC eist de aanwezigheid van vijf basiskwaliteiten: integriteit, objectiviteit, deskundigheid en zorgvuldigheid, geheimhouding en professioneel gedrag. Vergelijk ook de Controlestandaard voor het beoordelen van andere informatie dan historische financiële informatie (COS 3000), waarin variabelen worden besproken die de mate van zekerheid van de beoordeling beïnvloeden. In zowel financiële als niet-financiële assurance is het gebruik van systeemgerichte controles waarbij de informatiesystemen en interne beheersmaatregelen worden getoetst, volledig ingeburgerd (Bron: NIVRA).

'De kwaliteitsindicatoren zijn in het jaarverslag opgenomen als bijlage ná de accountantsverklaring. De accountant is daarom niet verplicht er aandacht aan te schenken. Maar in het VUmc gebeurt dit wel. Het bestuur is van oordeel dat de prestatie-indicatoren in relatie staan tot de gegevens in de jaarrekening, zoals productie en kosten. <..> Of de gegevens correct zijn, wordt vervolgens gecontroleerd door deskundigen op basis van medisch dossier; de accountant kan deze vertaalslag niet maken'. Bron: Medisch Contact, juli 2007, C.J. Kooijman e.a.

7.3 Externe toetsing kan deels worden geautomatiseerd

Hoe meer de totale registratie wordt gedigitaliseerd, hoe gemakkelijker het zal zijn om ook voor de externe audits gebruik te maken van geautomatiseerde betrouwbaarheidscontroles. Controles op locatie kunnen dan ook op afstand worden voorbereid.

7.4 Externe handhaving bevat incentives voor betrouwbaarheid

De Voedsel en Waren Autoriteit kent een systeem, op dit moment gebruikt voor ketenbedrijven met meerdere vestigingen, waarin per keten een aantal bedrijven wordt bezocht en beoordeeld. Op basis van de uitkomsten krijgt het ketenbedrijf de kleur groen, oranje of rood toebedeeld. Als het bedrijf de groene kleur heeft behaald, vindt daarna geen structurele controle meer plaats. Wel worden uiteraard klachten nog onderzocht. Ketens die kunnen aantonen intensieve zelfcontrole uit te oefenen, worden minder intensief gecontroleerd dan ketens die dat niet kunnen aantonen (bron: interview en schriftelijke informatie).

Toezichtarrangement Onderwijsinspectie

In alle gevallen waarin er geen risico geconstateerd is, wordt voor het bestuur of de instelling het basistoezichtarrangement vastgesteld. Dit houdt in dat er geen nadere toezichtactiviteiten plaatsvinden.

Lijkt er wel risico te zijn, dan vindt meer diepgaande analyse plaats van de beschikbare gegevens, zoals jaarstukken, uitgebreide informatie uit bronbestanden

en overige informatie, onder andere afkomstig uit het geheugen van de inspectie. Er vindt in dit stadium nog geen actieve bevraging plaats van het bestuur of de instelling. Ook in deze fase kan blijken dat er geen risico is, waarvoor het basisarrangement wordt vastgesteld. Pas indien ook in deze fase risico's blijken, vindt verdere verdieping plaats in de fase van de probleemdetectie. Daarbij kan aanvullende informatie worden opgevraagd en kan het bestuur worden benaderd. Uiteindelijk leidt ook dit tot een toezichtarrangement.

Het toezichtarrangement is het centrale product van de toezichthouder. Daarin ligt vast op welke wijze het toezicht op het bestuur of de instelling op afzienbare termijn gestalte krijgt. Elk arrangement wordt minstens een keer per jaar vernieuwd. Als er sprake is van een basisarrangement, houdt dat in dat er op afzienbare termijn geen toezichtactiviteiten worden uitgevoerd. In alle andere gevallen is er sprake van een interventie die in het arrangement vastligt. Alle scholen worden ten minste één maal in de vier jaar bezocht (bron: interview en schriftelijke informatie).

De Belastingdienst hanteert sinds enige tijd het systeem dat bedrijven die de betrouwbaarheid van hun informatie kunnen borgen, in aanmerking komen voor een lichtere controlevariant. Om aan de vereisten voor dit lichtere regime te voldoen, leveren de bedrijven een aantal overzichten aan, zoals een overzicht van de interne beheersmaatregelen (wie mag gegevens invoeren en wijzigen, wie mag welke interne controles uitoefenen enzovoorts) en een planning van het aanleverproces (bron: schriftelijke informatie)

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat het hanteren van incentives in diverse sectoren al ingang heeft gevonden. Wij stellen ons voor dat een dergelijk systeem ook gaat gelden voor de beoordeling van betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie. De IGZ kan een willekeurige steekproef combineren met een systeem waarin een selectie wordt gemaakt van zorgaanbieders waar de betrouwbaarheid op basis van de ingediende gegevens bijzondere aandacht lijkt te vragen. Op die manier maakt dus een zorgaanbieder die de registratie niet op orde heeft, meer kans op extra toezicht dan een zorgaanbieder die dat wel heeft. Ook andere incentives zijn denkbaar, zoals het toekennen van punten in een accreditatietraject. Overigens gaan wij ervan uit dat incentives vooral aan de orde zijn als niet alleen de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie maar ook de kwaliteit zelf op niveau is.

7.5 Eventuele sancties vooral te richten op verbetering betrouwbaarheid

Uiteindelijk zal er, zoals bij elke overtreding van regelgeving, een sanctiemogelijkheid moeten zijn als de betrouwbaarheid van de registraties onvoldoende blijft. Om tot kwaliteitsverbetering aan te zetten pleiten wij ervoor om deze sancties, als ze al nodig zijn en worden toegepast, te laten aansluiten op verbetering van de registratie. Dus bijvoorbeeld een begeleide doorlichting en verbetering van het registratieproces.

Een systeem van boetes zoals in Duitsland wordt gehanteerd, heeft dit effect minder en lijkt ons om die reden minder zinvol.

Eventueel kan als uiterste maatregel ervoor worden gekozen om de kwaliteitsinformatie van de zorgaanbieder niet openbaar te maken maar in plaats

daarvan te vermelden dat de zorgaanbieder niet voldoet aan de minimumeisen van informatiebetrouwbaarheid. Het openbaar maken van de mate van interne beheersing (mits onafhankelijk getoetst) is een hieraan gekoppelde optie.

Bovenstaande gaat uit van sancties bij niet-betrouwbare informatie. Te overwegen valt echter om zoveel mogelijk uit te gaan van een systeem van belonen van informatie die wel betrouwbaar is.

De Deense collega-autoriteit legt haar bevindingen vast in korte documenten met een smiley erop. Deze komen zichtbaar in de winkels te hangen (bron: Voedsel en Waren Autoriteit).

8 De implementatie

Dit afsluitende hoofdstuk geeft een eerste uitwerking aan de beschreven maatregelen, ten behoeve van de implementatie in de komende periode. Het is binnen het bestek van dit onderzoek niet mogelijk om een volledig implementatieplan te presenteren en dat is ook niet wenselijk, omdat daarbij de inbreng van alle betrokkenen nodig is. Daarom volstaan wij met een aanzet.

Het hoofdstuk bestaat uit vijf onderdelen. In de eerste paragraaf gaan wij in op de verwachte effectiviteit van de maatregelen. In de tweede paragraaf vatten wij de maatregelen samen en geven wij een eerste concretisering. Daarop voortbouwend volgt in de derde paragraaf een bespreking van de onderlinge relatie tussen maatregelen en de daaruit voortvloeiende volgorde van invoering. In de vierde paragraaf komt de taakverdeling tussen de betrokken partijen aan de orde. Het hoofdstuk eindigt met een aantal spelregels, de governance.

8.1 Voorgestelde oplossingsrichtingen dekken grootste risico's af

Na de inventarisatie van oplossingsrichtingen was de te beantwoorden vraag of de voorgestelde maatregelen nu ook werkelijk leiden tot betrouwbare kwaliteitsinformatie. Een absolute garantie is niet te geven, maar wij zijn van mening dat de oplossingen een goed perspectief bieden. In bijlage F hebben wij een tabel opgenomen waarin de belangrijkste maatregelen en oplossingen zijn opgenomen en is nagegaan welke maatregelen op welke risico's aangrijpen. Wij hebben ons oordeel getoetst aan dat van de deelnemers aan de Delphisessie. Hiermee lijkt het investeren in het verder uitwerken van deze oplossingsrichtingen gerechtvaardigd.

8.2 Maatregelen verder geconcretiseerd

De maatregelen die in de vorige hoofdstukken naar voren zijn gekomen, zijn samengevat in de navolgende tabellen. Voor de overzichtelijkheid hebben wij de maatregelen gegroepeerd in drie categorieën: ICT, organisatie (inbedden in de werkcyclus) en proces (intern en externe toezicht). Verder zijn de maatregelen zoveel mogelijk voorzien van een eerste nadere concretisering en een op te leveren product. Met het product 'Aantoonbaar in gebruik' wordt bedoeld dat de zorgaanbieder kan aantonen dat de maatregel is geïmplementeerd. Bijvoorbeeld: het verankeren van kwaliteitsinformatie in managementrapportages kan worden aangetoond via het inzien van deze rapportages. De paragraafverwijzing in de linkerkolom geeft aan in welke paragraaf van het rapport de maatregel wordt beschreven.

De tabellen zijn toegespitst op zorgaanbieders in een organisatieverband. Voor individuele professionals zal bij de nadere uitwerking van de maatregelen uit dit rapport een aantal concretisering moeten worden toegespitst op deze doelgroep.

Tabel 8-1: ICT-maatregelen ten behoeve van betrouwbaarheid kwaliteitsinformatie

Nr	Maatregel	Par	Mogelijke concretisering en fasering	Op te leveren product
1	Implementeren optimaal gebruiksvriendelijke software	5.1	1. Vaststellen behoefte per sector	Landelijke behoefte-overzichten
			2. Operationaliseren landelijke eisen aan hard- en software	Landelijk programma van eisen
			3. Ontwikkelen procedure voor versiebeheer indicatorenset en beheerssystemen	Beheersprocedure conform governance structuur met bijzondere aandacht aan: <ul style="list-style-type: none"> a documentatie van wijzigingen; b relevantie data; c opleveringskalender versies; d geldigheidstermijn data
			4. Ontwikkelen aanpassingen software	(Software)pakket-onafhankelijk ontwerp met voorgeschreven functionele eisen
			5. Implementeren nieuwe software	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder (desgewenst ondersteund door certificeringsschema NOREA)
2	Inbouwen automatische controles in registratie	5.2	1. Vaststellen inhoud controles per sector	Landelijk overzichten controles
			2. Inbouwen controles	Aantoonbare werking automatische controle (desgewenst ondersteund door certificeringsschema NOREA)
			3. Implementeren nieuwe software	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
3	Beschikbaar stellen technische hulpmiddelen	5.3	Vergroten toegankelijkheid pc's binnen de organisatie, realiseren draadloze communicatie, beschikbaar stellen handhelds en andere hulpmiddelen	'Implementation guide' voor softwareleveranciers en zorginstellingen met road map voor invoering.
4	Eenmalig vastleggen brongegevens voor meervoudig gebruik	5.4	1. Vaststellen en definiëren brongegevens per sector	Datamodel met een eenduidige semantiek voor brongegevens voor kwaliteitsinformatie
			2. Definiëren normen voor informatie-uitwisseling tussen brongegevens en kwaliteitsinformatie	Landelijk overzicht normen
			3. Aanpassen registratiesystemen en software	(Software)pakket-onafhankelijke specificaties voor compliance aan datamodel
			4. Implementeren nieuwe systeem	Specificaties verwerkt in software en aantoonbaar in gebruik bij instellingen
5	Automatisch afleiden	5.5	1. Vaststellen basis	Landelijke inventarisatie met

Nr	Maatregel	Par	Mogelijke concretisering en fasering	Op te leveren product
	kwaliteitsinformatie uit registraties primair proces		indicatorenset per sector	indicatoren die in aanmerking komen voor geautomatiseerde afleiding uit bestaande registraties
			2. Vaststellen relatie basisset en huidige registratiesystematiek	Zie 5-1.
			3. Opstellen softwarespecificaties voor extractie data binnen afleidingsmodel	Softwarespecificaties voor geautomatiseerde afleiding (conform eerder genoemd datamodel)
			4. Ontwikkelen software	Aangepaste software
			5. Certificeren software	a Certificeringsschema (NOREA) b Certificaat per softwarepakket
			6. Implementeren afleidingsmodel	c Aantoonbare implementatie zorgaanbieder d Landelijke testset voor zorgaanbieders e Uitkomsten acceptatietest als basis voor ingebruikname afleidingsmodel
6	Optimaliseren intern systeembeheer (5.6)	5.6	Onder meer: AO/IC toepassen op kwaliteitsinformatie, vaststellen eisen aan gebruikersbeheer, functiescheiding, normenkader toegangsbeveiliging	Normen voor goed beheer kwaliteitsinformatie, afgestemd op bestaande vergelijkbare normen (NEN7510/GBZ)
7	Invoeren landelijke richtlijnen voor gegevensverzameling en -bewerking door zorgaanbieders en beheerorganisaties	5.8	1. Opstellen landelijke richtlijnen zoals uniforme schoningsregels, uniforme aggregatie en presentatie. Ook richtlijnen voor onderhoud software, beheer interfaces, back-up enzovoorts, inclusief prioriteitenplan	Landelijk programma van eisen
			2. Beleggen taken bij onafhankelijke instantie(s)	Landelijke regelgeving, taakomschrijvingen
			3. Implementeren richtlijnen	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder

Tabel 8-2: Organisatiemaatregelen ten behoeve van betrouwbaarheid kwaliteitsinformatie: inbedden kwaliteitsinformatie in werkcyclus

Nr	Maatregel	Par	Mogelijke concretisering en fasering	Op te leveren product
8	Terugkoppelen gegevens aan professional	6.1	1. Ontwikkelen specificaties voor terugkoppeling door zorgaanbieder	Programma van eisen (per zorgaanbieder)
			2. Ontwikkelen specificaties voor terugkoppeling door beheerorganisatie, per sector	Landelijke programma's van eisen
			3. Geautomatiseerd terugkoppelen	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
9	Gebruiken van kwaliteitsinformatie als managementinstrument	6.2	1. Verankeren informatie in balanced scorecard, gebruik in managementrapportages, opnemen in prestatieafspraken	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
10	Blamefree registreren	6.3	2. Ontwikkelen adequate tool(s), bijvoorbeeld Near Miss Management Systeem (NMMS)	Landelijke tool(s)
			3. Toepassen tool(s)	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
11	Neerleggen verantwoordelijkheid bij professional	6.4	1. Procedure waarin wordt aangegeven op welke wijze de professional wordt betrokken bij de interne verwerking en aanlevering van gegevens	Procedure (per zorgaanbieder)
			2. Toepassen procedure	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
12	Creëren gezaghebbende positie kwaliteitsfunctionaris	6.5	1. Herijken taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden	Aangepaste omschrijving (per zorgaanbieder)
			Toepassen nieuwe positie	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
13	Invoeren governance voor kwaliteitsinformatie	6.6	1. Verankeren kwaliteit in portefeuille bestuurders en in verantwoording aan RvT	Aangepaste taakomschrijving en bestuursreglement (per zorgaanbieder)
			2. Toepassen nieuwe regelingen	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
14	Opzetten instructiesysteem	6.7	1. Ontwikkelen gebruiksvriendelijke instructies per sector	Landelijke set instructies
			2. Borgen voortdurende actualisering	Landelijk protocol
			3. Implementeren instructie en toezien op gebruik	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
15	Operationaliseren self assessment en indicator	6.8 en	1. Ontwikkelen self assessment implementatie	Landelijke self assessments

Nr	Maatregel	Par	Mogelijke concretisering en fasering	Op te leveren product
	kwaliteit registratie	6.9	beheersmaat-regelen per sector	inclusief invoertool
			2. Ontwikkelen omrekening naar score voor kwaliteit registratie	Landelijke omrekensystematiek
			3. Invullen assessment als onderdeel van interne audit en doorvoeren verbetermaatregelen	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
			4. Gebruik assessment als peiler voor externe toetsing	Landelijk protocol

Tabel 8-3: Procesmaatregelen ten behoeve van betrouwbaarheid kwaliteitsinformatie: audit en toetsing

Nr	Maatregel	Par	Mogelijke concretisering en fasering	Op te leveren product
16	Instellen interne audit op betrouwbaarheid	5.7	1. Ontwikkelen procedure vergelijkbaar met interne audit financiële informatie	Landelijke procedure vastgelegd in protol
			2. Uitvoeren en vastleggen audits	Auditresultaten (per zorgaanbieder)
17	Externe toetsing binnen eigen sector	7.1	1. Uitbreiding scope van visitaties en accreditatietrajecten, per sector (niet of minder van toepassing voor de care)	Landelijke taakomschrijvingen
			2. Toepassen toetsing	Aantoonbaar in gebruik bij zorgaanbieder
18	Uitvoeren externe toetsing op basis van eerdere proces	7.2	1. Ontwikkelen 'certificerings'systeem voor externe toetsing binnen of buiten de eigen sector (rol 'kwaliteits-accountants')	Landelijk systeem
			2. Intensiteit van het formele toezicht afstemmen op resultaten self assessment, interne audit en onafhankelijke externe toetsing	Landelijk protocol
19	Gedeeltelijke automatisering externe toetsing	7.3	1. Ontwikkelen geautomatiseerde rapportages op basis van aangeleverde kwaliteitsinformatie, ontwikkelen waarschuwingssysteem	Landelijke specificaties en protocol
			2. Toepassen systeem	Aantoonbaar in gebruik bij toetsende instanties
20	Instellen incentives voor betrouwbaarheid	7.4	1. Ontwikkelen incentives, zoals lichter toezicht	Landelijk overzicht incentives
			2. Toepassen incentives	Aantoonbaar in gebruik bij toetsende instanties
21	Sancties richten op verbeteren betrouwbaarheid (7.5)	21	1. Ontwikkelen adequate sancties	Landelijk overzicht sancties
			2. Toepassen indien nodig	Aantoonbaar in gebruik bij toetsende instanties

8.3 Maatregelen deels onderling afhankelijk

De voorgestelde maatregelen vormen in onze opinie het volledige palet dat nodig is om betrouwbare informatie te bereiken. ICT-ondersteuning, inbedding in de werkcyclus en een adequaat toetsings/toezichtstelsel zijn in combinatie met elkaar nodig om tot optimale betrouwbaarheid te komen. Vergelijk een statief, dat niet kan staan als één van de drie poten ontbreekt. Maximale ICT-ondersteuning bijvoorbeeld is nodig om inbedding in de werkcyclus en adequate toetsing in de praktijk mogelijk te maken; zonder dat komen er onvoldoende gegevens beschikbaar om management- en toetsingsinformatie op te baseren. Het is in onze visie dus niet mogelijk om te volstaan met een selectie uit de maatregelen, zij het dat zorgaanbieders die al op dit moment een of meer maatregelen hebben ingevoerd, hiervoor uiteraard geen verdere actie behoeven te ondernemen.

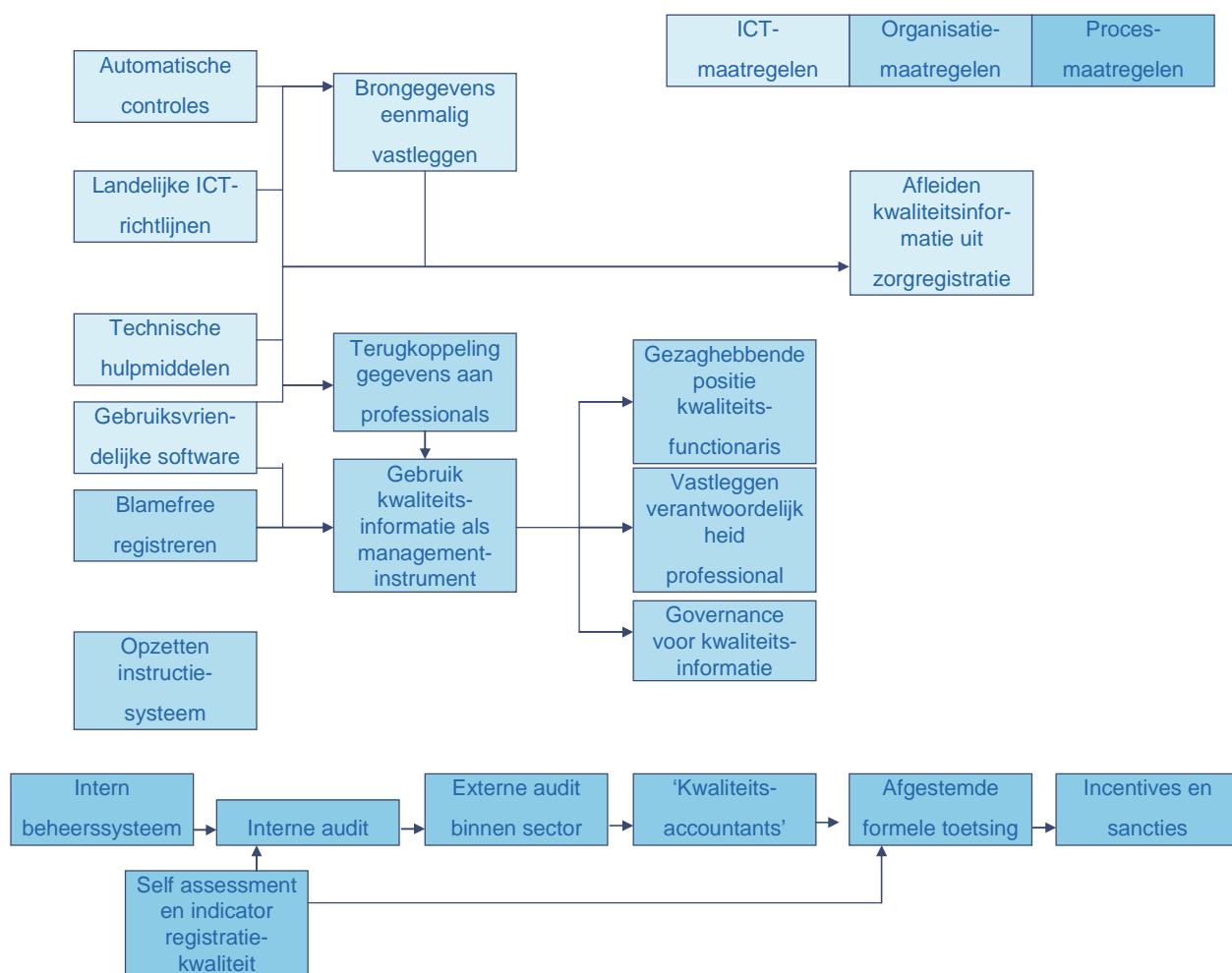
De maatregelen die in het voorgaande zijn benoemd, zijn dan ook vaak afhankelijk van of komen beter tot hun recht bij de eerdere invoering van andere maatregelen. Een aantal voorbeelden:

- Het eenmalig vastleggen van brongegevens voor meervoudig gebruik (maatregel 4) is vooral zinvol in een situatie waarin de zorgaanbieder beschikt over een systeem van automatische controles (nr. 2) omdat anders het risico van fouten te groot is. Ook de aanwezigheid van landelijke richtlijnen voor gegevensverzameling (nr. 7) is een voorwaarde.
- Het automatisch afleiden van kwaliteitsinformatie uit zorgregistraties (nr. 5) is alleen mogelijk als deze zorgregistraties goed en (per sector) uniform functioneren. Daarvoor is borging via landelijke richtlijnen nodig (nr. 7). Verder beschouwen wij het automatisch afleiden van de kwaliteitsinformatie als een eindsituatie, die ook zaken als gebruiksvriendelijke software, automatische controles en gebruik van brongegevens veronderstelt. Het is de maatregel die de meeste inspanning vergt, maar op termijn de beste garantie voor betrouwbaarheid geeft.
- De terugkoppeling van gegevens aan professionals is alleen mogelijk bij een gebruiksvriendelijke software (nr. 1) en het beschikbaar stellen van technische hulpmiddelen (nr. 3).
- Het instellen van interne audits op de betrouwbaarheid van informatie (nr. 16) veronderstelt de aanwezigheid van een intern beheerssysteem (nr. 6).
- Het gebruik van kwaliteitsinformatie als managementinstrument (nr. 9) wordt gefaciliteerd door de aanwezigheid van gebruiksvriendelijke software (nr. 1). Daarmee willen wij overigens niet adviseren om te wachten met deze maatregel totdat de software daarvoor geschikt is. Verder is het blamefree registreren (nr. 10) een stimulans voor het gebruik van kwaliteitsinformatie als managementinstrument.
- Het creëren van een gezaghebbende positie van kwaliteitsfunctionarissen (nr. 12) kan niet zonder het – gelijktijdig - vastleggen van de verantwoordelijkheid van de professionals (nr. 11). Beide maatregelen zijn gebaat bij een goede terugkoppeling van gegevens (nr. 8).
- Het invoeren van governance voor kwaliteitsinformatie (nr. 13) is alleen goed mogelijk als deze informatie wordt gebruikt als managementinstrument (nr. 9).
- Interne audits (nr. 16) worden gefaciliteerd door het self assessment (nr. 15). De interne auditor kan het assessment gebruiken als een belangrijke checklist. Ook hiervoor geldt echter: wij adviseren niet om te wachten met een audit tot het self assessment operationeel is.

- Externe toetsing binnen de eigen sector (nr. 17) en de toetsing door 'kwaliteitsaccountants' (nr. 18.1) is niet goed uitvoerbaar als niet gesteund kan worden op de resultaten van het self assessment (nr. 15) die invulling geven aan de interne audits (nr. 16). Wat in de interne audit aan de orde is gekomen, dient in principe niet opnieuw te worden gevraagd.
- Afstemming van de formele externe toetsing (nr. 18.2) op de resultaten van interne en externe audits (nrs. 17 en 18.1) veronderstelt per definitie de aanwezigheid van deze laatste twee.
- Het invoeren van incentives voor betrouwbare informatie (nr. 20) en het formuleren van gerichte sancties (nr. 21) zijn beter mogelijk als de formele toetsing is afgestemd op resultaten van eerdere fases in het proces (nr. 18.2).

Een en ander leidt tot het invoerschema dat hierna is weergegeven. Maar wij benadrukken dat het gaat om een *mogelijk* invoerschema. De meest gewenste volgorde kan per sector of per zorgaanbieder wellicht verschillen en voorbereidingen voor stappen later in het proces kunnen vaak al in een eerdere fase worden getroffen.

Figuur 8-1: Mogelijk invoerschema maatregelen



Het uitvoeringsschema is opgesteld op het niveau van de 21 maatregelen. Binnen elke maatregel zijn ook weer de nodige stappen onderscheiden, zoals in de overzichten ook is gedaan.

Het zou een illusie zijn om te verwachten dat dit alles in enkele jaren volledig kan zijn ingevoerd. Aan de andere kant willen wij ook niet onvermeld laten dat in alle sectoren voorbeelden te vinden zijn van zorgaanbieders die op een of meer onderdelen ook nu al ver zijn gevorderd. De pilotregistratie ziekenhuisindicatoren is zo'n voorbeeld, de ECD-ontwikkeling bij een aantal care-instellingen en de accreditatieontwikkeling voor huisartsen zijn andere voorbeelden. Dit feit, gecombineerd met de overtuiging van alle partijen dat betrouwbare kwaliteitsinformatie iets vanzelfsprekends behoort te zijn, biedt goede perspectieven voor voortvarende invoering.

Betrouwbare kwaliteitsinformatie begint met een goed gedefinieerde en goed geteste set indicatoren, die uitsluitend vraagt naar gegevens die partijen werkelijk nodig hebben. Daarbij behoren adequate en gebruiksvriendelijke meet- en analyse-instrumenten. Het is al vaker gezegd, deze aspecten vallen buiten het bestek van deze opdracht, maar wij benadrukken nogmaals dat het cruciale aspecten zijn om tot betrouwbare informatie te komen. Hoewel er op dit gebied al vele initiatieven zijn genomen, wijzen de signalen uit ons onderzoek erop dat er nog een hele weg te gaan is.

8.4 Meerdere actoren betrokken bij uitvoering maatregelen.

De volgende vraag die beantwoord dient te worden, is welke actoren het initiatief voor welke maatregelen zouden moeten nemen. Voorop staat dat gezamenlijk optrekken zoals ook nu al in de verschillende stuurgroepen gebeurt, voortzetting verdient. Maar het is aan te bevelen dat er voor elke maatregel een 'trekker' wordt benoemd.

Wij onderscheiden drie groepen actoren:

- de overheid;
- de brancheorganisaties en verenigingen van beroepsbeoefenaren;
- de individuele zorgaanbieders.

Met 'de overheid' doelen wij op het ministerie van VWS, maar ook op de toezichthouders IGZ en NZa en ook op de landelijke databeheer- en onderhoudsorganisaties, ervan uitgaande dat deze werken op aangeven van de overheid. Naast de genoemde actoren spelen ook anderen een rol, bijvoorbeeld cliëntenorganisaties en verzekeraars.

Wij stellen voor om de trekkers te benoemen aan de hand van de volgende uitgangspunten:

- De overheid is verantwoordelijk voor de landelijke activiteiten. Het gaat dan om maatregelen die:
 - landelijke uniformiteit vragen uit het oogpunt van publiek belang, bijvoorbeeld dat van vergelijkbare informatie (zoals neergelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg);
 - kosten- of tijdsefficiënter uitgevoerd kunnen worden op landelijk niveau; het creëren van een level playing field beogen.
- Brancheorganisaties zijn verantwoordelijk voor het vertalen van landelijke maatregelen naar hun branche en het doorgeven van signalen van hun leden aan de overheid;
- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor:
 - het aangeven van concrete eisen en behoeften;

het inbedden van kwaliteitsregistratie in de organisatie;
het implementeren van landelijke handreikingen en protocollen.

Voor alle maatregelen geldt dat zij daar waar nodig instellings- of sectorspecifiek zijn. Dat betekent niet 'laat duizend bloemen bloeien'. Dat zou een onevenredige inspanning vragen, omdat iedereen een eigen traject ontwikkelt. Het betekent wel dat instellingen of brancheorganisaties variaties kunnen aanbrengen op basis van instellings- of sectorkenmerken. Dat kunnen variaties in inhoud zijn, maar ook in tempo en wijze van invoering.

Daar waar variaties niet aan de orde hoeven te zijn, zal er sprake zijn van generieke maatregelen. Dat zijn maatregelen die voor alle instellingen en sectoren bindend zijn. Binnen deze maatregelen zijn wel sectorspecifieke regels mogelijk, maar deze worden landelijk vastgesteld. Het zijn deze generieke maatregelen waar de overheid verantwoordelijk voor is.

Aan de hand van deze uitgangspunten komen wij tot een toedelingsvoorstel. Let wel: het gaat uitsluitend om het benoemen van trekkers. Bij de meeste maatregelen zijn ook de andere partijen betrokken.

Tabel 8-4: Trekkers ICT-maatregelen

Nr	Maatregel	Mogelijke concretisering en fasering	Trekker
1	Implementeren optimaal gebruiksvriendelijke software	1. Vaststellen behoefte per sector (op aangegeven brancheorganisaties en beroepsorganisaties)	Overheid, branches
		2. Operationaliseren landelijke eisen aan hard- en software	Overheid
		3. Ontwikkelen procedure voor versiebeheer indicatorenset en beheerssystemen	Overheid
		4. Ontwikkelen aanpassingen software	Zorgaanbieders (als opdrachtgever leveranciers)
		5. Implementeren nieuwe software	Zorgaanbieders
2	Inbouwen automatische controles in registratie	1. Vaststellen inhoud controles per sector (op aangegeven brancheorganisaties en beroepsorganisaties)	Overheid, branches
		2. Inbouwen controles	Zorgaanbieders (als opdrachtgever leveranciers)
		3. Implementeren nieuwe software	Zorgaanbieders
3	Beschikbaar stellen technische hulpmiddelen	Vergroten toegankelijkheid pc's binnen de organisatie, realiseren draadloze communicatie, beschikbaar stellen handhels en andere hulpmiddelen	Zorgaanbieders
4	Eenmalig vastleggen brongegevens voor meervoudig gebruik	1. Vaststellen en definiëren brongegevens per sector	Overheid
		2. Definiëren normen voor informatie-uitwisseling tussen brongegevens en kwaliteitsinformatie	Overheid

Nr	Maatregel	Mogelijke concretisering en fasering	Trekker
		3. Aanpassen registratiesystemen en software	Zorgaanbieders (ook als opdrachtgever leveranciers)
		4. Implementeren nieuwe systeem	Zorgaanbieders
5	Automatisch afleiden kwaliteitsinformatie uit registraties primair proces	1. Vaststellen basis indicatorenset per sector	Overheid
		2. Vaststellen relatie basisset en huidige registratiesystematiek	Overheid
		3. Opstellen softwarespecificaties voor extractie data binnen afleidingsmodel	Overheid
		4. Ontwikkelen software	Zorgaanbieders (als opdrachtgever leveranciers), maar ook overheid (toepassen richtlijnen)
		5. Certificeren software	Overheid
		6. Implementeren afleidingsmodel	Zorgaanbieders
6	Optimaliseren intern systeembeheer (5.6)	Onder meer: AO/IC toepassen op kwaliteitsinformatie, vaststellen eisen aan gebruikersbeheer, functiescheiding, normenkader toegangsbeveiliging	Zorgaanbieders
7	Invoeren landelijke richtlijnen voor gegevensverzameling en -bewerking door zorgaanbieders en beheerorganisaties	1. Opstellen landelijke richtlijnen zoals uniforme schoningsregels, uniforme aggregatie en presentatie. Ook richtlijnen voor onderhoud software, beheer interfaces, back-up enzovoorts, inclusief prioriteitenplan	Overheid
		2. Beleggen taken bij onafhankelijke instantie(s)	Overheid
		3. Implementeren richtlijnen	Zorgaanbieders

Tabel 8-5: Trekkers organisatiemaatregelen

Nr	Maatregel en hoofdstukverwijzing	Mogelijke concretisering en fasering	Trekker
8	Terugkoppelen gegevens aan professional	1. Ontwikkelen specificaties voor terugkoppeling door zorgaanbieder	Overheid
		2. Ontwikkelen specificaties voor terugkoppeling door beheerorganisatie, per sector	Overheid
		3. Geautomatiseerd terugkoppelen	Zorgaanbieder
9	Gebieden van kwaliteitsinformatie als managementinstrument	1. Verankeren informatie in balanced scorecard, gebruik in managementrapportages, opnemen in prestatieafspraken	Zorgaanbieder
10	Blamefree registreren	2. Ontwikkelen adequate tool(s), bijvoorbeeld Near Miss Management Systeem (NMMS)	Overheid
		3. Toepassen tool(s)	Zorgaanbieder
11	Neerleggen verantwoordelijkheid bij professional	1. Procedure waarin wordt aangegeven op welke wijze de professional wordt betrokken bij de	Zorgaanbieder

Nr	Maatregel en hoofdstukverwijzing	Mogelijke concretisering en fasering	Trekker
		interne verwerking en aanlevering van gegevens	
		2. Toepassen procedure	Zorgaanbieder
12	Creëren gezaghebbende positie kwaliteitsfunctionaris	1. Herijken taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden	Zorgaanbieder
		Toepassen nieuwe positie	Zorgaanbieder
13	Invoeren governance voor kwaliteitsinformatie	1. Verankeren kwaliteit in portefeuille bestuurders en in verantwoording aan RvT	Zorgaanbieder
		2. Toepassen van deze nieuwe regelingen	Zorgaanbieder
14	Opzetten instructiesysteem	1. Ontwikkelen gebruiksvriendelijke instructies per sector	Overheid
		2. Borgen voortdurende actualisering	Overheid
		3. Implementeren instructie en toezien op gebruik	Zorgaanbieder
15	Operationaliseren self assessment en indicator kwaliteit registratie	1. Ontwikkelen self assessment per sector, ontwikkelen indicator	Overheid
		2. Ontwikkelen omrekening naar score voor kwaliteit registratie	Overheid
		3. Invullen assessment en doorvoeren verbetermaatregelen	Zorgaanbieder
		4. Gebruik assessment als peiler voor externe toetsing	Overheid

Tabel 8-6: Trekkers maatregelenin- en externe toetsing

Nr	Maatregel en hoofdstukverwijzing	Mogelijke concretisering en fasering	Trekker
16	Instellen interne audit op betrouwbaarheid	1. Ontwikkelen procedure vergelijkbaar met interne audit financiële informatie	Overheid
		2. Uitvoeren en vastleggen audits	Zorgaanbieders
17	Externe toetsing binnen eigen sector	1. Uitbreiding scope van visitaties en accreditatietrajecten, per sector (niet of minder van toepassing voor de care)	Branches
		2. Toepassen toetsing	
18	Uitvoeren externe toetsing op basis van eerdere proces	1. Ontwikkelen 'certificerings'systeem voor externe toetsing binnen of buiten de eigen sector (rol 'kwaliteits-accountants')	Overheid
		2. Intensiteit van het formele toezicht afstemmen op resultaten self assessment, interne audit en onafhankelijke externe toetsing	Overheid
19	Gedeeltelijke automatisering externe toetsing	1. Ontwikkelen geautomatiseerde rapportages op basis van aangeleverde kwaliteitsinformatie, ontwikkelen waarschuwingssysteem	Overheid
		2. Toepassen systeem	Overheid
20	Instellen incentives voor betrouwbaarheid	1. Ontwikkelen incentives, zoals lichter toezicht	Overheid
		2. Toepassen incentives	Overheid
21	Sancties richten op verbeteren betrouwbaarheid (7.5)	1. Ontwikkelen adequate sancties	Overheid
		2. Toepassen indien nodig	Overheid

De activiteiten van zorgaanbieders en brancheorganisaties zijn sectorspecifiek en vereisen een vertaling die verder gaat dan de reikwijdte van dit rapport.

Activiteiten van de overheid zullen voor een deel ook sectorspecifiek kunnen zijn, maar het accent zal liggen op een zo breed mogelijk bereik. Op die manier wordt voorkómen dat sectorspecifieke maatregelen onnodig uiteen gaan lopen (dit is belastend voor de vele zorgaanbieders die in meerdere sectoren werkzaam zijn).

8.5 Invoering maatregelen vereist governanceafspraken

De implementatie van de maatregelen vereist enkele basisafspraken. Ze zijn in dit rapport al wel aan de orde gekomen, maar wij benoemen ze hieronder nog eens expliciet, om te benadrukken hoe belangrijk het is dat overeenstemming over de uitgangspunten bestaat.

Basisprincipes voor de governance zijn:

- Het indicatorenstelsel vraagt om een nauwgezette uniforme definiëring en heeft een dynamisch karakter. De organisatie (momenteel vormgegeven middels de stuurgroepen en projectgroepen) hiervoor heeft daarom een structureel karakter. De invulling van een structurele onderhoudsorganisatie is onderwerp van debat.
- Niet alleen de instelling maar ook de databeheerorganisatie verantwoordt zich in de governancestructuur over hun werkwijze. Een onafhankelijke invulling van deze functie is van belang.
- In de governancestructuur wordt de verantwoordelijkheid in eerste instantie bij de instelling gelegd. Deze vult de self assessment aangaande de beheersmaatregelen in. De (kwaliteits)controller binnen de instelling, die werkt volgens een gedragscode, speelt hierin een voorbereidende rol. De instelling geeft op den duur een 'in control' verklaring af ten aanzien van de *invulling van de beheersmaatregelen*.
- De belasting en kosten van extern toezicht voor de instelling worden tot een minimum beperkt en dienen in eerste instantie horizontaal te zijn. Afhankelijk van het niveau waarop de beheersmaatregelen zijn ingevuld, vindt door het extern toezicht aanvullend onderzoek plaats. Dit extern toezicht richt zich niet of nauwelijks meer op de beheersmaatregelen, het beoogt eerder de *betrouwbaarheid van de gerapporteerde kwaliteitsinformatie* zelf te onderzoeken.
- De manier om belasting en kosten tot een minimum te beperken vraagt om het laten aansluiten van dit extern toezicht bij al bestaande structuren. In het onderzoek zijn als partijen voor deze zogenaamde kwaliteitsaccountancy genoemd: de accountant die het meeneemt in de accountantscontrole, de wetenschappelijke vereniging die het meeneemt in de visitatie of de certificerende instelling die het meeneemt in het certificatieonderzoek. In accountantscontrole, visitatie door peers en certificatieonderzoek is betrouwbare registratie al onderwerp van onderzoek
- Het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg dient maatwerk in plaats van confectie te zijn en dient bovendien proportioneel te zijn. De aandacht moet gericht zijn op de vraag of de kwaliteitsinformatie *een getrouw beeld geeft van de kwaliteit van zorg*.

Een vraagstuk apart is doorvoeren van maatregelen bij individuele beroepsbeoefenaren en kleine zorgaanbieders. Denk aan zorgboerderijen met drie of vier cliënten, privéklinieken met één of twee specialisten of opvanghuizen met

een beperkte AWBZ-subsidie. Deze zorgaanbieders kunnen de voorgestelde maatregelen niet altijd doorvoeren. De aanschaf van de benodigde ICT kan disproportioneel duur zijn, een kwaliteitsfunctionaris zal vaak ontbreken en interne audits hebben weinig zin omdat degene die hem uitvoert, zichzelf controleert. Toch is kwaliteit in deze situaties niet minder belangrijk dan in grote instellingen. Hoe daarmee om te gaan? Een pasklaar antwoord hebben we niet. Misschien moeten we denken in de richting van inzet vanuit een shared service centre zoals de ROS voor huisartsen.

A Samenstelling begeleidingscommissie

Samenstelling begeleidingscommissie	
Naam	Organisatie
Mevrouw M. Kallewaard	Orde van Medisch Specialisten
Mevrouw K. Lieber	Raad van Bestuur Stichting Oranje Nassau's Oord.
De heer H. van Geffen	Bestuurslid Koraal Groep
De heer van N. van Weert	Atrium Medisch Centrum
De heer van M. van Essen	Kennemer Gasthuis Haarlem
De heer R. Verheij	NIVEL (Nederlands Instituut Voor Onderzoek Eerstelijns Gezondheidszorg)
Mevrouw J. Braspenning	UMC St.Radboud
Mevrouw L. den Ouden	Inspectie voor de Gezondheidszorg
De heer R. Haan	Parnassia Bavo Groep
De heer B. Boelema	Nederlandse Zorgautoriteit
Mevrouw C. Bouma	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
De heer H. Bruins Slot	Zorgverzekeraars Nederland
De heer C. De Jong	Zorgverzekeraars Nederland
Mevrouw M. Versluijs	Nederlandse Patienten Consumenten Federatie
Mevrouw M. van Es	GGZ Nederland

B Overzicht interviews

Overzicht interviews	
Naam	
1	Mevrouw D. Delnoij
2	Mevrouw Y. van Gilse
3	De heer M. Džoljic en mevrouw C. Bouma
4	De heer L. Hennink, de heer P. van den Homberg
5	De heer G. Janssen
6	De heer F. Janssens
7	De heer K. de Jong
8	De heer F.A.M. Jonkman
9	De heer V. van Kapel
10	Mevrouw C. Koenders
11	De heer G. Kottier
12	Mevrouw D. van Langerak
13	De heer M. Laterveer
14	Mevrouw E. Loot
15	De heer M.E.W. Melchior
16	De heer U. Nabitz en de heer D. Adriaanse
17	Mevrouw L. den Ouden
18	Mevrouw D.F.J.M. Steenpaal
19	De heer C. van der Veen, mevrouw S. Meijer, de heer T. Kuzu
20	De heer J. Vesseur
21	Mevrouw P. Wesdorp, de heer U. Staathof, de heer J. Slot, mevrouw I. Vuuregge
22	De heer H. Witmer en de heer A. Aan het Rot
23	Mevrouw M. Wijnhoud
24	De heer J. van Wijngaarden
25	De heer C. de Vriendt
26	De heer J.F.M. Beuger
27	Mevrouw A. Cats
28	De heer van Ispelen
29	Mevrouw A. van Poucke
30	De heer J. Warners
31	De heer R. Haan

C Deelnemers Delphibijeenkomst 28 mei

Overzicht deelnemers Delphi-bijeenkomst	
Naam	
1	De heer D. Adriaanse, JellinekMentrum
2	Mevrouw L. den Ouden, IGZ
3	De heer G. de Vries, TNO Quality, TNO Certification
4	Mevrouw A. Poll, Agis
5	De heer D. van Achthoven, Eean
6	De heer M. Meijer Cluwer, Philadelphia
7	Mevrouw E.C. van Lochem, DBC-Onderhoud
8	De heer J. Tromp, GGZ Breburg Groep
9	De heer W. Hazen, De Zorgboog
10	De heer A. aan het Rot, NPA
11	Mevrouw P. van Bakel, Innoforte
12	De heer E. Steenbergen, Zaans Medisch Centrum
13	Mevrouw L. Verhulst, Zaans Medisch Centrum
14	De heer C. de Vriendt, Erasmusmc
15	De heer G. Kottier, CarintReggeland-Groep
16	De heer J. Schaefer, MediQuest
17	De heer W. van der Ploeg, Refaja Ziekenhuis
18	De heer R. ter Mors, Refaja Ziekenhuis
19	De heer A. van der Veen, Depraktijkindex

D Risico's betrouwbaarheid kwaliteitsinformatie

In het navolgende zijn de 69 risico's weergegeven zoals deze zijn geïnventariseerd uit interviews en documentstudie

Processtap in procesmodel	Omschrijving risico
Definiëren	Het risico dat de prestatie-indicatoren niet de werkelijke kwaliteit van de zorg/behandeling weergeven
Definiëren	Het risico dat de indicatoren niet geschikt zijn als stuurinformatie voor instellingen en gebruikers
Definiëren	Het risico dat professionals verschillende twijfelen over toepassing van indicatoren en daarom niet registreren
Definiëren	Het risico dat de indicatoren door verschillende manieren van registreren niet geschikt zijn voor het weergeven van kwaliteitsinformatie over instellingen heen, bij ketenzorg
Definiëren	Het risico dat de indicatoren niet een goed beeld geven van de totale kwaliteit per cliënt (eventuele co-morbiditeit)
Definiëren	Het risico dat de prestatie-indicatoren niet goed passen bij doelgroepen
Definiëren	Het risico dat de prestatie-indicatoren onvoldoende rekening houden met organisaties in bijzondere omstandigheden, zoals fusies of tijdelijke huisvesting in noodvoorziening
Definiëren	Het risico dat de set indicatoren niet voldoende compact (klein van omvang) is
Definiëren	Het risico dat de indicatoren vaag zijn geformuleerd en daardoor niet voldoende meetbaar zijn
Definiëren	Het risico dat de indicatoren onvoldoende aansluiten bij wat de instellingen redelijkerwijze kunnen leveren
Definiëren	Het risico dat definities niet helder aangeven welke doelgroepen wel en niet er onder vallen
Definiëren	Het risico dat definities niet helder aangeven of een indicator voor elke cliënt moet worden geregistreerd of alleen bij specifieke cliënten.
Definiëren	Het risico dat bij het formuleren van vragen in de cliëntenraadplegingen er voldoende rekening is gehouden met de diversiteit en mogelijkheden van de cliëntenpopulatie
Definiëren	Het risico dat indicatoren niet scherp genoeg zijn gedefinieerd
Definiëren	Het risico dat prestatie-indicatoren zich meer richten op uitkomsten in termen van gezondheid- of welzijnswinst dan op structuren en
Definiëren	Het risico dat gegevens niet op een goed moment worden opgevraagd
Definiëren	Het risico dat de gegevens niet voldoende frequent worden opgevraagd
Definiëren	Het risico dat uitkomsten in percentages onvoldoende informatie geven (uitkomsten in absolute getallen zouden meer zeggen)
Definiëren	Het risico dat de prestatie-informatie die niet is gerelateerd aan een diagnosegroep of zorgprogramma verkeerd kan worden geïnterpreteerd
Instrueren- Registreren	Het risico dat professionals onvoldoende leren uit het registreren van kwaliteitsinformatie

Processtap in procesmodel	Omschrijving risico
Instrueren-Registreren	Het risico dat het registreren van kwaliteitsinformatie onvoldoende is ingebed in de cultuur van zorgverlening
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals niet precies weten wat ze moeten registreren in welk systeem
Instrueren-Registreren	Het risico van onnauwkeurige registraties omdat professionals niet weten waarom er geregistreerd moet worden
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals het niet altijd eens zijn over de interpretatie van indicatoren
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals onvoldoende het nut van de indicatoren onderschrijven
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals onvoldoende bereid zijn om de benodigde informatie te registreren
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals onvoldoende tijd hebben om de kwaliteitsregistraties bij te houden
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals onvoldoende vaardigheden hebben om de informatie te kunnen registreren
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals een vergissing maken bij het invullen van de gegevens
Instrueren-Registreren	Het risico dat de professional onvoldoende in staat is om met het registratiesysteem (de ICT) om te gaan
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals niet (volledig) bereid zijn om de gegevens waarheidsgetrouw in te vullen, ook als ze minder gunstig zijn
Instrueren-Registreren	Het risico dat het management te weinig stuurt op waarheidsgetrouw registreren van kwaliteitsinformatie
Instrueren-Registreren	Het risico dat degene die binnen een instelling kwaliteitsinformatie verzamelt onvoldoende bevoegdheden heeft om zijn taak uit te oefenen
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals de normen die bij indicatoren zijn gesteld niet herkennen
Instrueren-Registreren	Het risico dat professionals de normstelling niet realistisch vinden
Instrueren-Registreren	Het risico dat de bronbestanden die voor kwaliteitsinformatie nodig zijn (zoals aantallen cliënten, personeelsformatie) onvoldoende betrouwbaar zijn
Instrueren-Registreren	Het risico dat de ICT-systemen onvoldoende gebruiksvriendelijk zijn voor het opslaan van kwaliteitsinformatie
Instrueren-Registreren	Het risico dat ICT-systemen voor kwaliteitsinformatie niet voldoen aan de technische specificaties om betrouwbaarheid te borgen
Instrueren-Registreren	Het risico dat ICT-systemen voor kwaliteitsinformatie onvoldoende beveiligd zijn om onbevoegd gebruik te voorkomen
Instrueren-Registreren	Het risico dat instellingen zich onvoldoende houden aan de richtlijnen voor het uitvoeren van de cliëntenraadpleging
Instrueren-Registreren	Het risico dat de steekproef bij de cliëntenraadplegingen geen betrouwbaar beeld geeft van de gehele populatie
Instrueren-Registreren	Het risico dat de cliëntenraadplegingen bij kleine organisatorische eenheden niet voor een betrouwbaar beeld zorgen

Processtap in procesmodel	Omschrijving risico
Instrueren-Registreren	Het risico dat de software die wordt gebruikt bij het invullen van kwaliteitsinformatie niet een eenduidige registratie borgt (bijvoorbeeld: een gegevens kan slechts op één plaats en op één manier in het systeem worden ingevuld)
Instrueren-Registreren	Het risico dat de respons bij de cliëntenraadpleging niet voldoende is voor een representatief beeld
Instrueren-Registreren	Het risico dat degenen die de interviews bij cliënten afnemen niet voldoende onafhankelijk zijn
Instrueren-Registreren	Het risico dat het van invloed is op de uitkomsten van de cliëntenraadpleging door welk bureau de raadpleging wordt uitgevoerd.
Instrueren-Registreren	Het risico dat het leveren van kwaliteitsinformatie niet goed is ingebed in reguliere werkprocessen
Instrueren-Registreren	Het risico dat zorgaanbieders in een keten dezelfde feiten niet op dezelfde manier registreren
Instrueren-Registreren	Het risico dat een niet voldoende groot deel van de organisatie is getoetst om een beeld van de gehele organisatie te geven
Instrueren-Registreren	Het risico dat stakeholders verschillende, niet op elkaar afgestemde vragen om kwaliteitsinformatie hebben zodat deze meer dan eenmaal moeten worden geregistreerd
Extraheren-Op slaan	Het risico dat databases niet (van voldoende kwaliteit) beschikbaar zijn om kwaliteitsinformatie te aggregeren
Extraheren-Op slaan	Het risico dat wordt verzuimd om in databases dwarsverbanden te leggen tussen symptomen en ziektebeelden (bijv. bloeddruk en hart-/vatenproblemen)
Extraheren-Op slaan	Het risico dat correcties van registraties, al dan niet via koppeling tussen systemen, niet volgens een vaste procedure plaatsvinden
Extraheren-Op slaan	Het risico dat dezelfde registraties worden gebruikt voor verschillende doeleinden en niet eenduidig in eenzelfde database worden opgeslagen
Extraheren-Op slaan	Het risico dat registraties niet altijd worden gebruikt vanuit dezelfde brongegevens
Extraheren-Op slaan	Het risico dat het extraheren van gegevens niet gebeurt uit ICT systemen die zijn vernieuwd en/of aangepast na reorganisatie/fusie
Consolideren-Aanleveren	Het risico dat er onvoldoende maatregelen worden genomen om manipulatie van gegevens tegen te gaan
Consolideren-Aanleveren	Het risico dat gegevens van instellingen onvoldoende worden gecontroleerd en op een eenduidige manier aangeleverd
Consolideren-Aanleveren	Het risico dat door de dynamiek in de OE-lijst (organisatorische eenhedenlijst) bijv. tengevolge van fusies er geen goede aansluiting is bij de gegevens uit de cliëntenraadplegingen
Consolideren-Aanleveren	Het risico dat het doorvoeren van gegevens in DIGIMV (database t.b.v. Benchmark, KiesBeter en jaardocument) niet foutloos gaat
Consolideren-Aanleveren	Het risico dat de databases van de instelling en van de beheerorganisatie niet voldoende op elkaar zijn afgestemd om een foutloze overdracht van data te borgen
Verzamelen-Ontsluiten	Het risico dat de methodologische uitgangspunten bij de bewerking van de informatie door de beheerorganisatie of de IGZ niet correct zijn
Verzamelen-Ontsluiten	Het risico dat de wijze waarop de beheerorganisatie of de IGZ de informatie bewerkt niet voldoende transparant en reproduceerbaar is

Processtap in procesmodel	Omschrijving risico
Verzamelen- Ontsluiten	Het risico dat de bewerking van de informatie door de beheerorganisatie niet van hoge kwaliteit (technisch foutloos) is
Verzamelen- Ontsluiten	Het risico dat de beheerorganisatie onvoldoende onafhankelijk is
Verzamelen- Ontsluiten	Het risico dat het toepassen van de casemixcorrectie niet leidt tot een goed beeld van de openbaar te maken prestaties van de instellingen
Verzamelen- Ontsluiten	Het risico dat de doorlooptijd van de bewerking door de beheerorganisatie of IGZ zodanig lang is dat de informatie bij openbaarmaking niet meer voldoende actueel is
Gebruiken	Het risico dat als de beheerorganisatie de informatie eenmaal beschikbaar heeft gesteld, die voor eindgebruikers niet zo duidelijk is en toelichting behoeft
Gebruiken	Het risico dat de weergave van de kwaliteitsinformatie op KiesBeter.nl niet zodanig is dat de informatie op geen enkele wijze kan worden vertekend

E Oplossingsrichtingen

In navolgend overzicht zijn de beheersmaatregelen weergegeven zoals voorgesteld door de deelnemers van de Delphibijeenkomst. Per beheersmaatregel is aangegeven op een vijfpuntsschaal het gemiddelde van de perceptie van de effectiviteit enerzijds en gewenstheid anderzijds van de betreffende maatregel. De beheersmaatregelen zijn geordend naar afnemend belang.

Beheersmaatregel	Effectiviteit	Gewenstheid
Alleen gebruik en terugkoppeling van die bronbestanden verbetert de bronbestanden	4,60	4,60
Gegevens uit bronsystemen halen, bv EPD waardoor manipulatie beperkt wordt (kans op onbetrouwbare informatie verkleinen)	4,69	4,38
Indicatoren horen per definitie aan te sluiten op de zorgprocessen en deel uit te maken van de P-D-C-A cyclus en hebben anders geen betekenis	4,56	4,38
Een sluitende syntax/format maken voor definiëring van indicatoren inclusief de principe-afspraken dat deze dan (na het proefjaar) voor minimaal 3 jaar niet veranderd mogen worden. Zonder deze voorwaarden kan een indicator niet vrijgegeven worden.	4,56	4,31
Inhoudelijke prestatie-indicatoren horen net als de financiële, personele en dergelijke zogenaamde 'harde indicatoren', elke maand nauwlettend gevolgd te worden in de instelling via de maandrapportages en management review(s)	4,38	4,31
Structureel beoordelen van de PI's op validiteit, zowel op instellingsniveau als op branche-overheidsniveau.	4,44	4,19
Moeten dus gebruikt worden, waardoor zij 'gaan leven', beter geregistreerd gaan worden en de zorg/resultaat verbetert	4,50	4,13
(Intern) Positief stimuleren (nut van registratie voor eigen procesverbetering, plus aandacht tijdens opleiding, vb. 'blame free' melden incidenten)	4,47	4,13
Geautomatiseerde informatie genereren zoals al gebeurt t.b.v. factureren (kan voor kwaliteitsinformatie nu al voor een deel, daarna uitbreiden)	4,31	4,13
Instellen van een proefjaar voor nieuwe indicatoren ook als test op de helderheid van de definitie. Er zijn al een aantal bronnen om de werkzaamheid van de definitie te checken (interne kwartaalrapportages/management reviews, landelijke helpdesk, interne en externe audits en inspectiebezoeken)	4,25	4,13
Intern positief stimuleren: belang en doelstellingen (proces verbeteren) communiceren, voorbeeld gedrag laten zien (gedragscodes), belonen goede aanlevering	4,38	3,94
Definiëren van de output (in vast formaat) die door de zorginstellingen moeten worden aangeleverd.	4,25	3,94
Laagdrempelig maken van inzet professionals (vb. integratie EPD, beperkte set indicatoren/vragen, toesnijden op daar waar je het (al) kunt meten)	4,00	4,00
Goede gelijklopende landelijke definities van te registreren gegevens. Landelijke definitieset	4,19	3,75

Beheersmaatregel	Effectiviteit	Gewenstheid
Meer investeren (door de overheid, bijvoorbeeld door het instellen van een bevoegd en gemandateerd centraal orgaan) in het definitie 'proof' maken van indicatoren zodat zij niet elk jaar geherformuleerd hoeven te worden. Hierbij dient er ook voor gezorgd te worden dat de sets voor jaar x ruim daarvoor in jaar x-1 vastgesteld en gepubliceerd zijn	3,81	4,06
Niet te veel informatie uit één indicator willen halen	4,06	3,75
Controle (externe en interne toetsing) en (openbare) rapportage hierover	3,88	3,88
Verplichte toelichting op uitkomsten geven en meetwaarde en meetinstrument communiceren	3,81	3,88
Indicator aan één doel koppelen. Er is onderscheid tussen doelstellingen van registratie (keuze info, medische overdrachtsinformatie cq kwaliteitsinformatie voor professional, kwaliteitsinformatie voor inspectie, info voor betaler et cetera). Binnen één doelstelling kan verschillend geregistreerd worden	3,94	3,44
Externe integratie; definiëren wat hoe wordt uitgewisseld	3,81	3,56
Periodiek evalueren en definities aanpassen	3,80	3,47
Instellingen: gezamenlijk aanspreken softwareleveranciers, Overheid: vastleggen normen database en data-uitwisseling (interface) in de zorg	3,81	3,44
Ontwikkel en deel in een community om uitkomstindicatoren bestaande systemen te genereren	3,57	3,64
Mix vinden van belonen versus verplichte elementen (met sancties), ondersteunt door externe controle	3,25	3,06
Onaangekondigde toetsing door IGZ (b.v. mystery guest).	3,13	3,00
Elkaar leren kennen (scholingsmodule)	3,20	2,87
Één "hoofdaannemer" voor de gehele zorg in de keten, die in contact is met één financier	2,94	3,00

F Relatie maatregelen en risico's

In de tabel hieronder zijn de belangrijkste maatregelen geconfronteerd met de belangrijkste risico's. De kruisjes geven aan welke maatregel op welk risico aangrijpt.

Tabel 8-1: Effectiviteit van oplossingsrichtingen

Maatregelen	Risico's				
	Onvoldoende aansluiting bij intrinsieke motivatie: onvoldoende bereidheid tot registreren	Onvoldoende sturing op waarheidsgetrouw registreren	Registratie niet ingebed in werkcyclus	Niet-uniforme registratie door zorgaanbieders	Basisbestanden onvoldoende betrouwbaar
Gebruiksvriendelijke software	x		x		
Automatische controles	x			x	
Technische hulpmiddelen (bv. handheld)	x			x	
Eenmalige vastlegging brongegevens	x				x
Automatische afleiding kwaliteitsinformatie uit registraties primair proces	x		x	x	x
Adequaat intern systeembeheer				x	
Interne audit op betrouwbaarheid		x	x		x
Landelijke richtlijnen voor bewerking door zorgaanbieders		x		x	
Landelijke richtlijnen voor bewerking door beheerorganisatie					
Terugkoppelen gegevens aan invuller	x	x	x		
Gebruik kwaliteitsinformatie als management-instrument	x	x			
Blamefree registreren	x	x	x		
Professional blijft verantwoordelijk	x		x		
Gezaghebbende positie kwaliteitsfunctionaris		x	x		
Governance voor kwaliteitsinformatie		x	x		
Landelijke instructie				x	
Externe toetsing binnen eigen sector	x	x		x	x
Externe toetsing op basis van eerdere proces	x	x		x	
Incentives voor betrouwbaarheid	x	x		x	
Toevoegen indicator kwaliteit registratie		x	x	x	
Self assessment		x		x	x

Bron: Delphisessie

Maatregelen	Risico's		
	Onvoldoende interne controle op eenduidigheid	Onbetrouwbare koppeling tussen systemen	Onvoldoende transparantie bij bewerking gegevens
Gebruiksvriendelijke software	x		
Automatische controles			
Technische hulpmiddelen (bv. handheld)			
Eenmalige vastlegging brongegevens			
Automatische afleiding kwaliteitsinformatie uit registraties primair proces	x	x	
Adequaat intern systeembeheer	x	x	
Interne audit op betrouwbaarheid	x	x	
Landelijke richtlijnen voor bewerking door zorgaanbieders			
Landelijke richtlijnen voor bewerking door beheerorganisatie			x
Terugkoppelen gegevens aan invuller			
Gebruik kwaliteitsinformatie als management-instrument			
Blamefree registreren			
Professional blijft verantwoordelijk			
Gezaghebbende positie kwaliteits-functionaris			
Governance voor kwaliteitsinformatie			
Landelijke instructie	x		
Externe toetsing binnen eigen sector	x		
Externe toetsing op basis van eerdere proces			
Incentives voor betrouwbaarheid			
Toevoegen indicator kwaliteit registratie	x		
Self assessment	x		

G Toezicht NZa

Enkele artikelen uit de Wet marktordening gezondheidszorg

Artikel 36

3. De zorgautoriteit kan, ten behoeve van de vergelijkbaarheid van gegevens, toepassing van uniforme principes bij de toerekening van kosten en opbrengsten en bij het registreren van gegevens over kwaliteit en opbrengsten, nadere regels stellen betreffende de administratie van:

- a. zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars met het oog op de bevordering van concurrentie, het voorkomen van fraude, de inzichtelijkheid en toegankelijkheid van die administratie alsmede het vaststellen van tarieven, en
- b. zorgverzekeraars en AWBZ-verzekeraars met het oog op de bevordering van een goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet onderscheidenlijk de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Artikel 38

1. Zorgaanbieders informeren hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.
2. Zorgaanbieders brengen een tarief in rekening onder vermelding van de daarbijbehorende prestatiebeschrijving.
3. De zorgautoriteit kan nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders:
 - a. bekendmaken van tarieven;
 - b. specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen.
4. Zorgaanbieders maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de tarieven en de kwaliteit van de aangeboden prestaties en diensten.
5. De zorgautoriteit kan, onverminderd de informatieverplichting die op grond van het vierde lid rust op zorgaanbieders, ten behoeve van de inzichtelijkheid van de markt periodiek informatie als bedoeld in het vierde lid openbaar maken.
6. Het vijfde lid geldt niet indien anderen reeds in voldoende mate in openbaarmaking van de daar bedoelde informatie voorzien.
7. De zorgautoriteit kan regels stellen betreffende de informatievoorziening, bedoeld in het vierde lid, met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.

Artikel 39

1. Zorgaanbieders dragen er zorg voor dat de door of namens hen verstrekte of beschikbaar gestelde informatie terzake van een product of dienst, waaronder reclame-uitingen, geen afbreuk doet aan het bepaalde bij of krachtens deze wet, de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en niet misleidend is.
2. De zorgautoriteit kan regels stellen betreffende de informatievoorziening, bedoeld in het eerste lid, met het oog op de doeltreffendheid, juistheid,

inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.

3. De in het tweede lid bedoelde regels worden gesteld in overeenstemming met het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

Artikel 72

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast:
 - a. de bij besluit van Onze Minister aangewezen ambtenaren;
 - b. de bij besluit van de zorgautoriteit aangewezen medewerkers van de zorgautoriteit;
 - c. de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid; en
 - d. de medewerkers van de FIOD-ECD.

De Wmg bevat tevens een aantal bepalingen over de wijze waarop de wet gehandhaafd kan worden en de sancties die kunnen worden toegepast.