



## Zichtbare Zorg in Zicht!

Evaluatierapportage Inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen



# Inhoudsopgave

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>5</b>
<b>INLEIDING</b> .....	<b>11</b>
<b>AANLEIDING</b> .....	<b>11</b>
<b>LEESWIJZER</b> .....	<b>12</b>
<b>1. PROJECTBESCHRIJVING</b> .....	<b>13</b>
1.1 AFBAKENING VAN DE INLOOPPERIODE .....	13
1.2 OPDRACHT UITVOERBAARHEIDONDERZOEK .....	13
1.2 AFBAKENING UITVOERBAARHEIDONDERZOEK .....	14
1.3 UITGANGSPUNTEN INLOOPPERIODE .....	14
<b>2. ONDERZOEKSOPZET</b> .....	<b>17</b>
2.1 INHOUD .....	17
2.2 PROCES .....	17
2.3 PROJECTCOMMUNICATIE .....	18
2.4 METHODE.....	19
<b>3. RESULTATEN</b> .....	<b>23</b>
3.1 INHOUD .....	23
3.2 PROCES .....	26
3.3 PROJECTCOMMUNICATIE .....	31
<b>4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b> .....	<b>35</b>
4.1 INHOUD .....	35
4.2 PROCES .....	38
4.3 PROJECTCOMMUNICATIE .....	42
4.4 (PROJECT)RISICO'S.....	44



## Voorwoord

Met gepaste trots presenteer ik u de evaluatierapportage van de inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Trots, omdat het een rapportage is over een belangrijke stap in het traject naar betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsgegevens. Gepast, omdat we van start zijn en er zowel bij de ziekenhuizen als de landelijke projectorganisatie veel moet worden geïnvesteerd om aan de doelstellingen van de stuurgroep te voldoen.

Wat is er zo belangrijk aan Zichtbare Zorg Ziekenhuizen?

Het gezamenlijk, openbaar beschikbaar maken van betrouwbare, vergelijkbare en valide kwaliteitsinformatie is een noodzakelijke voorwaarde om de werking in het zorgstelsel te stimuleren. Om deze reden hebben acht partijen zich verenigd in de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Zij vertegenwoordigen patiënten en consumenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid. De partijen werken aan het beschikbaar krijgen van informatie die gebruikt kan worden voor het maken van keuzen door consumenten en patiënten, de zorginkoop door zorgverzekeraars, het houden van toezicht en interne sturing door ziekenhuizen.

In 2006 zijn voor tien aandoeeningen indicatorensets en leeswijzers ontwikkeld en gepubliceerd. Als onderdeel van de ontwikkeling van deze indicatoren is in 2007 onder verantwoordelijkheid van de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen een onderzoek gedaan naar de registreerbaarheid van de indicatoren en de bijbehorende registratielast. Dit onderzoek heeft geleid tot de registratiegidsen waarin de meetspecificaties zijn opgenomen. In de eerste helft van 2008 zijn vervolgens de eerste stappen gezet naar implementatie. Dit is gebeurd tijdens de 'Inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen'. Over deze inlooperperiode gaat deze evaluatierapportage.

Het eerste succes van de inlooperperiode is het grote aantal deelnemende ziekenhuizen. Waar gerekend werd op tien á twaalf deelnemers, hebben uiteindelijk drieëndertig ziekenhuizen mee gedaan. Voor mij spreekt hieruit de grote betrokkenheid van de sector.

Het tweede succes van deze periode is de zeer waardevolle feedback die ontvangen werd van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Uit deze feedback trekt de projectorganisatie lering voor de structurele implementatie. Dankzij de actieve rol van de deelnemende ziekenhuizen kan het meetmodel en de implementatie van indicatoren nu gericht doorontwikkeld worden.

Het derde en misschien wel belangrijkste succes is dat de aanpak van de inlooperperiode heeft gewerkt: ziekenhuizen nemen zelf hun verantwoordelijkheid voor het aanleveren van gegevens. De landelijke partijen ondersteunen en stimuleren de ziekenhuizen. De sleutel tot succes ligt echter bij de sector. Zij zijn verantwoordelijk voor de tijdige aanlevering van gegevens. Van de drieëndertig

deelnemende ziekenhuizen hebben negenentwintig ziekenhuizen ook daadwerkelijk gegevens aangeleverd. Vanaf 2009 verwacht ik overigens dat nagenoeg alle ziekenhuizen een start maken met de implementatie van de Zichtbare Zorg-indicatoren.

Door de inlooperperiode is duidelijk geworden dat het implementeren van de indicatorensets zeer veel tijd en inspanning vergt. Maar ook realiteitszin en doorzettingsvermogen. Er zijn meerdere jaren nodig voordat alle indicatorensets ontwikkeld en getest zijn en door alle ziekenhuizen op betrouwbare wijze geregistreerd en aangeleverd worden. Dat zien we ook bij vergelijkbare initiatieven in het buitenland. Vanaf januari 2009 worden de 10 sets indicatoren die getest zijn in de inlooperperiode structureel uitgevraagd in zoveel mogelijk ziekenhuizen. Vanaf 2009 wordt deze uitvraag uitgebreid met indicatorensets voor nog eens 18 aandoeningen. In 2009 worden ook indicatorensets ontwikkeld en getest voor 24 nieuwe aandoeningen. Om de doelstelling van het project te realiseren is een grote inspanning nodig van zowel het veld, van de vertegenwoordigende organisaties en van de projectorganisatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen die deze activiteiten coördineert en begeleidt.

De ontwikkeling van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen staat niet op zichzelf. Het project moet onder andere worden gezien tegen de achtergrond van het VWS- beleid, het wijzigende DBC- stelsel, het veiligheidsprogramma van de NVZ en de ontwikkelingen met betrekking tot het EPD. Samenwerking met al deze verschillende ontwikkelingen is noodzakelijk om de situatie voor ziekenhuizen werkbaar te houden. Het is de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen om te werken aan het op orde krijgen van de basisregistraties en het stimuleren van de professionals. Twee belangrijke voorwaarden om het proces van registreren en aanleveren van kwaliteitsinformatie in de organisatie integraal te bevorderen en in te bedden.

We zijn zover gekomen en hebben veel geleerd door de inzet van vele mensen. In de eerste plaats door de medewerkers uit de ziekenhuizen die een rol hebben gespeeld bij het registreren en aanleveren van de gegevens. Daarnaast ook door alle betrokkenen in de Stuurgroep en Projectgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen en het Ondersteuningsteam. De komende tijd moet er door alle betrokkenen veel geïnvesteerd worden om Zichtbare Zorg Ziekenhuizen tot een succes te maken. Op deze plaats wil ik jullie bedanken voor en complimenteren met jullie inzet!



Drs. D.M.J.J. Monissen  
Directeur- Generaal Curatieve Zorg,  
Voorzitter Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.

## Samenvatting en aanbevelingen

### Ondersteuning ziekenhuizen behoeft slechts kleine aanpassingen

*Voor tien aandoeningen zijn indicatorensets en bijbehorende registratiegidsen ontwikkeld. Tijdens de Praktijktest is onderzoek gedaan naar de registreerbaarheid van indicatoren en de bijbehorende registratielasten. Het doel van de inlooperperiode is om, op basis hiervan de haalbaarheid van landelijke implementatie inzichtelijk te maken. Tijdens de inlooperperiode werd kennis over de verzameling van gegevens centraal verzameld en verspreid. Ook is veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van adequate ondersteunende instrumenten in de toolkit. Des te beter de instrumenten, des te minder personeel inzet er wordt gevraagd van de ziekenhuizen bij de landelijke invoering van prestatie indicatoren. Het weergeven van de resultaten van de individuele ziekenhuizen op de diverse indicatoren behoort niet tot de onderzoeksopdracht.*

Het gedane onderzoek valt in drie onderwerpen uiteen: inhoud (testen en optimaliseren van de meetmethode), proces (opbouw implementatieproces) en projectcommunicatie.

#### Inhoud

Gebruikers geven aan dat de registratiegidsen een goede houvast bieden bij het opstellen van queries voor het uitvragen van data. Vanuit de stuurgroep is aan een werkgroep opdracht gegeven het ontwikkeltraject van de indicatorensets en registratiegidsen te onderzoeken en waar nodig aan te passen. Geadviseerd wordt om de werkgroep ook de verbeterpunten uit de inlooperperiode te laten beoordelen en waar nodig mee te nemen.

Uit onderzoek tijdens de Praktijktest blijkt dat gebruik van CTG-codes onvoldoende onderscheidend vermogen heeft voor de beschouwende specialismen. Advies is dan ook CTG codes niet te gebruiken voor de afbakening van een patiëntengroep.

De mate waarin variabelen meetbaar en uitvraagbaar zijn door ziekenhuizen loopt sterk uiteen. Waar het informatiesysteem is gekoppeld aan een datawarehouse kunnen relatief veel variabelen eenvoudig worden achterhaald. Zeven ziekenhuizen beschikken echter niet over een datawarehouse. Daarnaast blijkt dat ziekenhuizen waar (een deel van) het elektronisch patiëntendossier (EPD) is ingevoerd, makkelijker informatie aan de bron kunnen registreren. Of dat ook gebeurt hangt mede af van andere factoren zoals registratiecultuur. Het advies luidt om in eerste instantie de zeer moeilijk meetbare variabelen niet uit te vragen en de implementatie vooral te richten op de niet zeer moeilijk meetbare variabelen. Ondertussen zou per indicatorenset inzichtelijk moeten worden gemaakt welke variabelen moeilijk te meten zijn. Na analyse kan men overwegen deze variabele en indicator te herzien.

De inschatting die implementatiemanagers maken van de registratielasten loopt flink uiteen. Die verschillen in (ervaren) registratielast hangen ook samen met de interne

projectorganisatie. Een nulmeting in 2009 (en een periodieke herhaling) kan goed en objectief inzicht geven in de registratielast ten opzichte van de bruikbaarheid. Advies is ook om vanuit de landelijke projectorganisatie concrete instrumenten te ontwikkelen die ziekenhuizen helpen bij het verzamelen van data en uitwisselen van kennis en te onderzoeken of er ook beleidsmatige ingrepen mogelijk zijn om de registraties te verbeteren.

Er is ook gekeken naar de verschillen tussen de indicatoren van Zichtbare Zorg, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de IGZ. De sets van Zichtbare Zorg en ZN hebben ongeveer hetzelfde doel en er zijn er afspraken gemaakt om de (beperkt) aanwezige verschillen op te lossen. De sets van IGZ en Zichtbare Zorg hebben een andere functie (toezicht versus transparantie/inkoop). Beide indicatorenontwikkelaars en –eigenaars zouden onderling wel tot eensluidende definities moeten zien te komen in de indicatorensets.

### **Proces**

In de toolkit zijn diverse instrumenten opgenomen ter ondersteuning van deelnemende ziekenhuizen. De intentieverklaring met afspraken tussen de deelnemende ziekenhuizen en het projectbureau Zichtbare zorg zien ziekenhuizen daarbij als zeer belangrijk.

De wegwijzer, flowchart en factsheet met informatie over de inlooperperiode, alsmede een presentatie Implementatie en Inlooperperiode voor intern gebruik, voldoen aan een bij ziekenhuizen bestaande vraag. Uit gesprekken met verschillende ict-leveranciers die aan de inlooperperiode deelnamen, blijkt dat het lastig is een standaardproduct voor het uitvragen van variabelen te maken, omdat de omstandigheden bij ziekenhuizen ver uit elkaar liggen. Oplossing daarvoor is om de indicatoren in te passen in de primaire processen en de registratiesystemen.

### *Bijeenkomsten*

Bij de start van de inlooperperiode is samen met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO een training gegeven. Deze bijeenkomst werd door menigeen ervaren als een gedeeltelijke herhaling van de informatiebijeenkomsten. De aanbeveling is dan ook om de training niet in de huidige vorm voort te zetten. Voorlichtings- en intervisiebijeenkomsten geven wel voldoende toegevoegde waarde om bij de implementatie te worden voortgezet. Advies is om de intervisiebijeenkomsten tot 2011 te handhaven met een frequentie van vier keer per jaar.

### *Ondersteuningsteam*

Het opgerichte ondersteuningsteam is bij veel ziekenhuizen in goede aarde gevallen. De behoefte aan ondersteuning verschilt, wat leidde tot ondersteuning op maat. De bereikbaarheid van de telefonische helpdesk was bijna altijd goed, de beantwoording snel en accuraat. Het blijkt dat er geen specifieke lacunes zijn in de kennis van ziekenhuizen. Voorgesteld wordt zowel de ondersteuningsteams als de

helpdesk te laten voortbestaan. Laatstgenoemde zou bovendien een rol kunnen spelen bij het beheer van het informatiemateriaal in de toolkit.

Het interne proces blijkt bij de ziekenhuizen zeer divers georganiseerd. Er zijn grofweg drie modellen: een centrale stuurgroep onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur, verantwoordelijkheid bij het middenmanagement en verantwoordelijkheid bij een specifieke afdeling. Welk model het beste werkt is vooral afhankelijk van de interne organisatie.

#### *Landelijke en regionale registraties*

Er werd ook bekeken of het mogelijk is gegevens die al worden verzameld in landelijke registraties te gebruiken voor Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De Kanker Registratie bleek hierbij aan alle voorwaarden te voldoen. Andere landelijke registraties moeten nog worden onderzocht. Ook is beschreven op welke manieren inventarisatie plaatsvindt en wat de benodigde criteria zijn om goede voorbeelden te selecteren voor de gids 'Goede registratievoorbeelden en communicatie'. Advies is om deze gids nog voor de registratie- en implementatieperiode te laten samenstellen, opdat deze kan worden gebruikt als voorbeeld en leidraad.

#### **Projectcommunicatie**

Zevenentwintig van de drieëndertig deelnemende ziekenhuizen geven aan deel te blijven nemen aan het project Zichtbare Zorg. De overige zes hebben nog geen keuze gemaakt. Negentien van de drieëndertig ziekenhuizen geven aan ook de indicatorensets die in 2009 beschikbaar komen te gaan meten. Eén ziekenhuis gaat dit niet doen. Het kennisniveau bij de deelnemende ziekenhuizen is hoog en de opzet van de communicatie daarmee geslaagd. Geadviseerd wordt de strategie te handhaven en zowel inhoudelijk als naar verschillende doelgroepen uit te breiden.

Bij ziekenhuizen die niet deelnamen, is men niet of minder goed op de hoogte. Aanvullende communicatieactiviteiten, zoals inmiddels is beschreven in een door de stuurgroep goedgekeurd communicatieplan voor 2009, zijn hier dan ook noodzakelijk.

Zowel deelnemende als niet deelnemende ziekenhuizen zien de website als een belangrijke bron van informatie. Uit de webenquête bleek dat vooral de validatieregels positief worden ervaren. Op- en aanmerkingen betroffen met name extra toelichting in de vorm van 'pop-ups', werken met meerdere locaties en afdrukmogelijkheden.

Wat nog wel eens ontbreekt aan de schriftelijke communicatie richting Raden van Bestuur is een afschrift aan de interne projectleiders wat tot kennisachterstand kan leiden. Geadviseerd wordt projectleiders in ziekenhuizen ook van (het versturen van) deze informatie op de hoogte te stellen.

## **Projectrisico's**

Er zijn diverse risico's inzichtelijk gemaakt die een succesvolle structurele implementatie in de weg kunnen staan. Advies aan de stuurgroep is deze risicoanalyse verder uit te werken. De risico's zijn:

- Om het gewenste aantal van 80 indicatorensets te bereiken moeten ziekenhuizen veel aanpassingen aan de registratie en processen doorvoeren, wat de nodige tijd zal kosten.
- Het tempo van het project ligt te laag om de doelstelling van 2011 te halen. Maar ook dermate hoog dat dit ten koste kan gaan van de zorgvuldigheid bij de ontwikkeling en invoering van de indicatorensets.
- Zonder gegevens kan geen uitspraak worden gedaan over validiteit en betrouwbaarheid, en zonder te weten of gegevens betrouwbaar en valide zijn is zinvolle gegevensverzameling onmogelijk.  
Daarnaast wordt het openbaar maken van de kwaliteitsgegevens gekoppeld aan de volledigheid, betrouwbaarheid, vergelijkbaarheid en validiteit. Om hieraan te voldoen vergt de nodige tijd, terwijl de druk op openbaar maken van de gegevens groot is. Gevaar is dat men in deze (cirkel)redenering blijft hangen.
- Om in 2011 informatie te kunnen geven over 80% van de planbare zorg, moeten vrijwel alle ziekenhuizen meedoen. Het is de vraag of dat gaat lukken.
- Wanneer het aantal deelnemende ziekenhuizen en indicatorensets wordt uitgebreid, dient ook de (project)organisatie van Zichtbare Zorg te worden opgeschaald.

## **Conclusie**

Er ligt een goede basis voor een vervolg; tijdens de inlooperperiode is veel bereikt. Er is goed inzicht gekregen in de mogelijkheden en onmogelijkheden van de registratie, de intervisiebijeenkomsten hebben hun waarde ook voor de toekomst bewezen, er is invulling gegeven aan randvoorwaarden bij de implementatie en het is duidelijk geworden dat door de onderlinge verschillen de inrichting van Zichtbare Zorg maatwerk is. Dat de ziekenhuizen gemotiveerd zijn om mee te gaan in het project Zichtbare Zorg bewijst het aantal aanmeldingen voor de inloopregistratie, dat veel groter was dan verwacht. Bovendien heeft de inlooperperiode gezorgd voor een verschuiving in het denken. Niet de aanlevering van gegevens staat nu voorop, maar inzicht in hoe de registraties moeten worden aangepast ter vergroting van de hoeveelheid en betrouwbaarheid van de gegevens. Daarmee is echter ook duidelijk geworden dat een forse investering nodig is om aan de doelstelling (kwaliteitsinformatie over 80% van de planbare zorg) in 2011 te voldoen. Bovendien moeten dan alle ziekenhuizen meedoen en het is nog maar de vraag of dat met de huidige implementatiestrategie haalbaar is. Het is aan de stuurgroep Zichtbare Zorg om deze risico's zo klein mogelijk te maken. Gezien de bestuurlijke en maatschappelijke ontwikkelingen is niet meedoen met Zichtbare Zorg nauwelijks nog een optie. Ziekenhuizen kunnen beter op de trein springen voordat deze echt op snelheid is.

# Inleiding

## Aanleiding

### *Achtergrond*

De behoefte aan transparantie in de gezondheidszorg door betrouwbare, vergelijkbare en valide informatie over kwaliteit neemt toe. Indicatoren, als meetbare elementen van de zorg die een aanwijzing geven over de kwaliteit, kunnen de benodigde informatie opleveren.

Deze kwaliteitsinformatie kan worden gebruikt voor zowel sturingsinformatie, verantwoordingsinformatie, keuze-informatie, verwijsinformatie als inkoopinformatie.

Om ervoor te zorgen dat deze informatie landelijk beschikbaar komt is de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen in 2007 opgericht.

In 2006 zijn de eerste sets van aandoeningspecifieke indicatoren (aanvankelijk zes, later tien) ontwikkeld en gepubliceerd. Dit gebeurde in het project Kwaliteit van Zorg in de Etalage. Als onderdeel van de ontwikkeling van deze indicatoren is onder verantwoordelijkheid van de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen een onderzoek gedaan naar de registreerbaarheid van de indicatoren en de bijbehorende registratielast (de Praktijkttest). Dit onderzoek heeft geleid tot registratiegidsen waar de meetspecificaties in zijn opgenomen en is van grote waarde geweest bij het opzetten en uitvoeren van de inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De inlooperperiode is een voortzetting van de lijn die tijdens de Praktijkttest is ingezet. Vanuit de Praktijkttest is de wijze waarop de inlooperperiode is uitgevoerd een logisch vervolg en bij de implementatie en de evaluatie is gebruik gemaakt van de ervaringen en de bevindingen die tijdens de Praktijkttest zijn opgedaan.

Voordat het beschikbare meetmodel (indicatoren en registratiegidsen) breed (landelijk) kan worden geïmplementeerd is het noodzakelijk eerst de haalbaarheid van de implementatie inzichtelijk te maken. Als vervolgstap op de ontwikkeling van het meetmodel is daarom de 'inlooperperiode' uitgevoerd. In de inlooperperiode is gekeken naar de haalbaarheid van de gegevensverzameling (uitvraagbaarheid), geïnventariseerd welke ondersteuning hiervoor nodig is en wordt een indicatie gegeven van welke kwaliteitsinformatie kan worden opgeleverd (zie verder hoofdstuk 1 Projectbeschrijving).

Aan de inlooperperiode deden drieëndertig ziekenhuizen mee.

### **Wat is Zichtbare Zorg Ziekenhuizen?**

Het project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen richt zich op het beschikbaar komen van keuze-informatie en inkoopinformatie.

De doelstellingen voor Zichtbare Zorg Ziekenhuizen voor 2011 zijn:

- Voor 80% van de planbare (niet-acute) medisch-specialistische zorg bestaat een continue kwaliteitsmeting door middel van zorginhoudelijke indicatoren, CQ- vragenlijst (patiëntervaringen) en feitelijke aanbods-informatie (etalage + - informatie). Hiermee wordt kwaliteitsinformatie in de zorg verzameld.
- In 2011 bestaat een infrastructuur die het meetinstrumentarium onderhoudt, het meetproces waarmerkt en de meetresultaten beheert en openbaar maakt. De infrastructuur is afgestemd op een integrale visie op de eenheid van taal en methodologie.

Zichtbare Zorg Ziekenhuizen is een initiatief van de Consumentenbond, IGZ, NFU, NPCF, NVZ, OMS, V&VN en ZN. Deze partijen zijn verenigd in een Stuurgroep en een Projectgroep. In juni 2007 hebben de acht partijen

### **Leeswijzer**

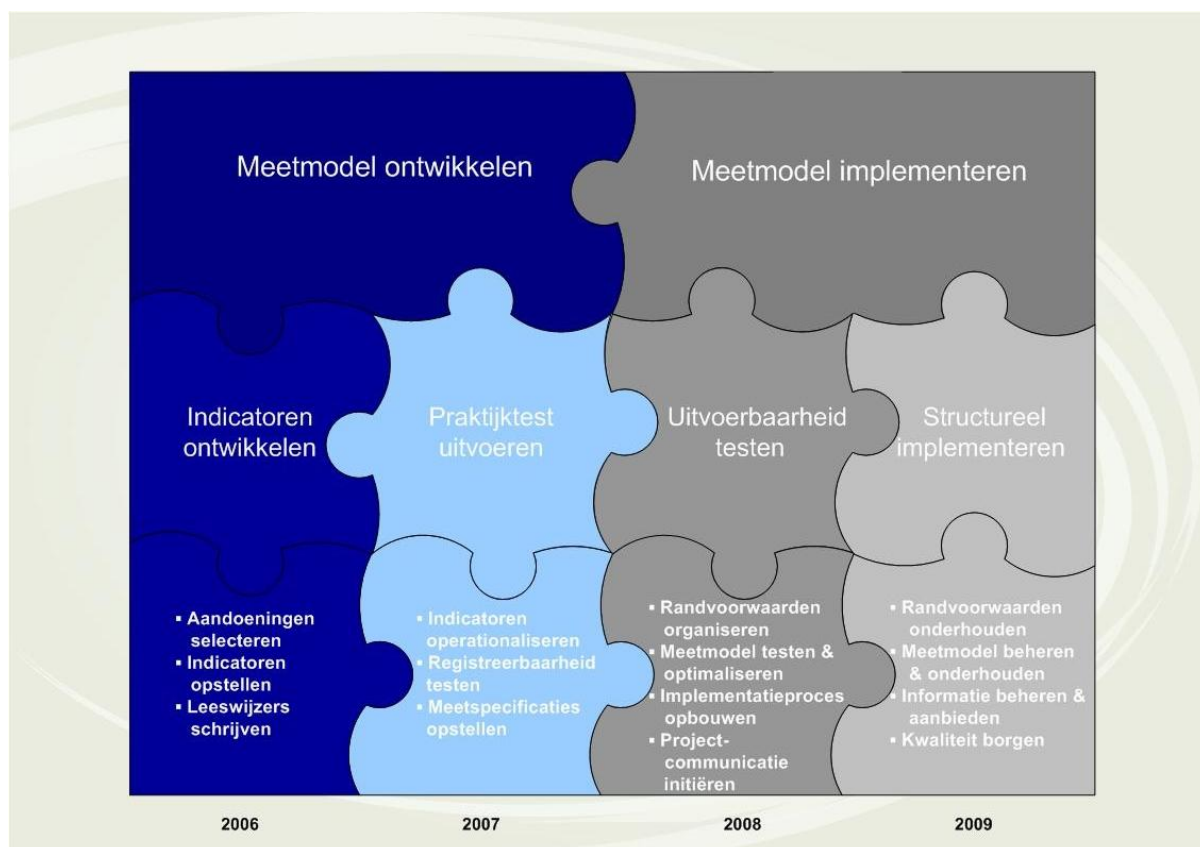
In het eerste hoofdstuk wordt een uitgebreide projectbeschrijving gegeven waarin wordt ingegaan op de afbakening van de inlooperperiode, de opdracht en op de gehanteerde aanpak. In hoofdstuk 2 is de uitvoering van het project opgenomen en worden de vraagstelling en methode beschreven. In het derde hoofdstuk worden de resultaten van de inlooperperiode weergegeven. Deze zijn uitgesplitst in; inhoud (meetmodel), implementatieproces en communicatie. In het vierde hoofdstuk zijn de conclusies en aanbevelingen aangegeven.

In de technische rapportage is uitgebreide inhoudelijke informatie opgenomen. Deze informatie wordt onder andere gebruikt voor het aanpassen van de indicatorensets en de registratiegidsen. De technische rapportage is als bijlage bij deze rapportage opgenomen.

# 1. Projectbeschrijving

## 1.1 Afbakening van de inlooperperiode

Zoals beschreven in de inleiding kunnen indicatoren kwaliteitsinformatie opleveren, die voor verschillende doelen kan worden gebruikt. Om de vergelijkbaarheid te vergroten en uitvraagbaarheid te vergemakkelijken, zijn uitgewerkte specificaties bij de indicatoren nodig. Deze worden ontwikkeld in een praktijktest. Vervolgens wordt de haalbaarheid van het uitvragen van de informatie in kaart gebracht door middel van een uitvoerbaarheidsonderzoek. De laatste stap in de cyclus is het structureel implementeren. Hiermee ontstaat een vier fasen model, zoals weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: ontwikkelen en implementeren van meetmodel Zichtbare Zorg Ziekenhuizen

## 1.2 Opdracht uitvoerbaarheidsonderzoek

De opdracht voor het uitvoerbaarheidsonderzoek, zoals geformuleerd door de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen luidde:

Zo veel mogelijk leren uit de inlooperperiode om aanloopproblemen, fouten en onduidelijkheden met betrekking tot het proces rondom de registratie te voorkomen en de indicatoren daar waar nodig aan te scherpen.

Het uitvoerbaarheidsonderzoek richt zich op de *inhoud* (het meetmodel: indicatoren en registratiegidsen), het *implementatieproces* en de *projectcommunicatie*. Deze punten worden hieronder toegelicht.

1. Het doel van het onderzoek naar de inhoud is het meetmodel (indicatoren en registratiegidsen) te testen en te optimaliseren. Concreet gaat het hierbij om de kwaliteit van de beschrijvingen zoals gehanteerd bij de indicatoren en de registratiegidsen. De resultaten hiervan leiden tot voorstellen voor het inhoudelijk aanpassen van de indicatoren en de registratiegidsen. Tevens is gekeken naar de meetbaarheid en uitvraagbaarheid en de registratielasten.
2. Het onderzoek naar het implementatieproces van deze indicatoren is het tweede onderwerp van onderzoek. Het implementatieproces betreft de uitwisseling van kennis en ervaring tussen de deelnemende ziekenhuizen, de ondersteuning van de ziekenhuizen en het proces van daadwerkelijk uitvragen en aanleveren van de gegevens. De resultaten van dit deel van het onderzoek worden gebruikt voor het ontwikkelen van de infrastructuur en het beheer voor de vervolgfases. Hierdoor wordt het mogelijk om het meetmodel structureel te implementeren.
3. Het onderzoek naar de projectcommunicatie heeft als doel in kaart te brengen welke communicatieactiviteiten de implementatie ondersteunen. Het onderzoek richt zich op zowel de deelnemende als de niet-deelnemende ziekenhuizen. Per doelgroep wordt geëvalueerd of aan de doelstellingen is voldaan. De resultaten van deze evaluatie worden gebruikt om de communicatie in de vervolgfases aan te scherpen.

## **1.2 Afbakening uitvoerbaarheidsonderzoek**

De volgende onderzoeksthema's behoren niet tot de opdracht van de inlooperperiode:

- Onderzoeken van de validiteit van de indicatoren.
- Het weergeven van de resultaten van de individuele ziekenhuizen op de verschillende indicatoren. Hiervoor is een inhoudelijke beschouwing van de binnengekomen data nodig, waarbij de werkgroepen die de indicatoren hebben opgesteld betrokken moeten zijn.

## **1.3 Uitgangspunten inlooperperiode**

De inlooperperiode die is uitgevoerd, is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

1. Haalbaarheid van gegevensverzameling;
2. Samenbrengen van kennis over de wijze van gegevens verzamelen en het verspreiden van de opgedane kennis;
3. Randvoorwaarden scheppen (ondersteunen, stimuleren en faciliteren) door de projectorganisatie;
4. Intrinsieke motivatie van de ziekenhuizen door vrijwillige deelname aan de inlooperperiode.

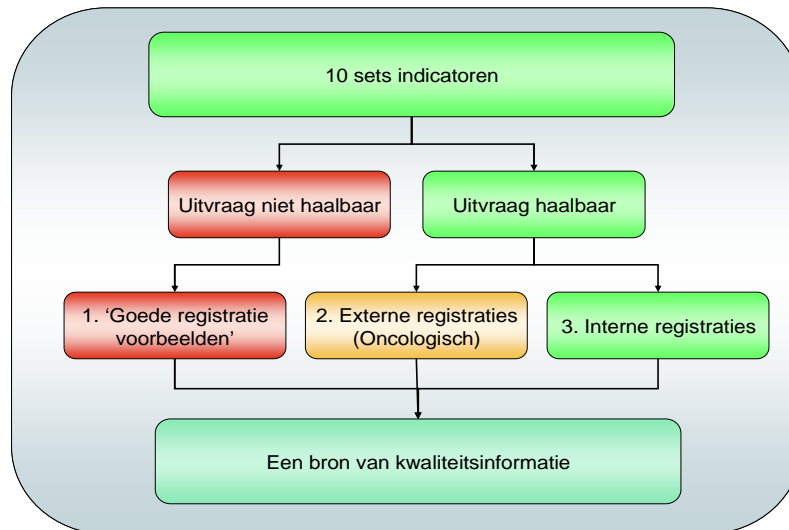
De uitgangspunten 1 en 3 worden hier nader toegelicht.

Uitgangspunt 1: Bij de haalbaarheid van de gegevensverzameling speelt de registreer- en meetbaarheid (uitvraagbaarheid) van de indicatoren een cruciale rol. Op basis van de Praktijktest van de indicatorensets werd duidelijk dat de variabelen die nodig zijn om de indicatoren te berekenen in verschillende mate uitvraagbaar zijn. Dit vormt de basis voor de 'stoplicht' codering die in de registratiegidsen is opgenomen. De implementatiestrategie van de inlooperperiode was gebaseerd op deze ervaring uit de Praktijktest. In figuur 2 wordt dit weergegeven.

Uitgangspunt 3. Hierbij is in de aanpak de nadruk gelegd bij de ondersteuning en begeleiding van de ziekenhuizen. Hiertoe is een Ondersteuningsteam en een helpdesk ingericht, maken trainingen onderdeel uit van de aanpak en wordt kennis en ervaring tussen ziekenhuizen uitgewisseld in intervisiebijeenkomsten. Intensieve begeleiding in deze relatief afgebakende inlooperperiode levert voor de projectorganisatie veel feedback uit de ziekenhuizen op voor het uitvoerbaarheidsonderzoek. Deze feedback is nodig om instrumenten, zoals registratiegidsen, indicatorensets en een toolkit ter ondersteuning van de zorgaanbieders te ontwikkelen die ziekenhuizen kunnen helpen bij de implementatie van de indicatoren. Goede instrumenten die centraal beschikbaar zijn kunnen ervoor zorgen dat personele ondersteuning bij de structurele inbedding beperkt kan blijven.

## Toelichting

De inlooperperiode concentreert zich op uitvraagbaarheid, zoals in het navolgende figuur is weergegeven.



**Figuur 2: Uitvraagbaarheid van indicatoren**

**Uitvraag niet haalbaar** Bij een deel van de indicatoren is in de Praktijktest gebleken dat ze moeilijk tot zeer moeilijk te registreren zijn. Dit omdat de benodigde informatie nog niet algemeen gemeten wordt. Deze indicatoren worden in de inlooperperiode niet uitgevraagd bij de ziekenhuizen. Er zijn wel ziekenhuizen die zelf een registratiesysteem hebben opgezet voor deze indicatoren. Een onderdeel van de opdracht is daarom het inventariseren van goede registratievoorbeelden en het doen van een voorstel voor verspreiding/bekend maken van deze goede voorbeelden. Dit met als doel om ook voor deze moeilijk te registreren indicatoren de implementatie op termijn mogelijk te maken (zie 2.1.6).

**Uitvraag haalbaar** Van deze sets is in de Praktijktest gebleken dat de uitvraagbaarheid van variabelen die nodig zijn voor de berekening van de indicatoren goed tot zeer goed haalbaar is. Van deze uitvraagbare indicatoren kan voor een deel onderzocht worden of ze uit bestaande externe databases op te vragen zijn. Reden hiervoor is bijvoorbeeld het beperken van de registratielasten in ziekenhuizen. Het overige deel van de indicatoren wordt geïmplementeerd in de ziekenhuizen.

## 2. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk worden de vraagstelling en de gebruikte onderzoeksmethode beschreven.

Op basis van de door de stuurgroep geformuleerde opdracht zijn de volgende drie onderwerpen voor het uitvoerbaarheidsonderzoek bepaald:

1. inhoud
2. proces
3. projectcommunicatie.

Eerst wordt beschreven wat per onderwerp is onderzocht. De verschillende onderwerpen zijn in paragrafen 2.1, 2.2 en 2.3 uitgewerkt. In paragraaf 2.4 wordt weergegeven welke methoden zijn gebruikt.

### 2.1 Inhoud

De inhoud van het uitvoerbaarheidsonderzoek richt zich op het testen en het optimaliseren van het meetmodel (indicatoren en registratiegidsen). Hierbij zijn de onderstaande vragen gesteld:

#### *2.1.1 Kwaliteit van de beschrijvingen*

Zijn de definities en beschrijvingen van de indicatoren helder en eenduidig?

#### *2.1.2 Meetbaarheid/uitvraagbaarheid*

Zijn de benodigde gegevens (variabelen) eenvoudig of moeilijk uitvraagbaar (zie ook 1.3)?

#### *2.1.3 Registratielasten*

Hoe groot zijn de registratielasten voor de ziekenhuizen?

#### *2.1.4 Feitelijke verschillen indicatorenssets*

Wat zijn de verschillen tussen de Zichtbare Zorg Indicatoren, ZN indicatoren en IGZ prestatie indicatoren?

Hoe is het proces van afstemming van en communicatie over de verschillende sets verlopen?

### 2.2 Proces

Het onderzoek naar het proces richt zich op de opbouw van het implementatieproces.

Dit implementatieproces is vormgegeven op basis van de eerder beschreven uitgangspunten in paragraaf 1.3: het samenbrengen en verspreiden van kennis (synergie), randvoorwaarden scheppen (website, helpdesk et cetera), ondersteuning

bieden vanuit de projectorganisatie en de intrinsieke motivatie van de ziekenhuizen voor deelname aan de inlooperperiode gebruiken.

Behalve onderzoek naar de ondersteuning (informatief, interactief en ondersteunend) zijn ook de interne projectorganisatie en het proces van aanlevering meegenomen. Hierbij zijn de volgende vragen gesteld:

#### *2.2.1 Toolkit*

Wat is de meerwaarde van de verschillende instrumenten in de toolkit?

#### *2.2.2 Trainingen en intervisiebijeenkomsten*

Wat is de waarde van deze bijeenkomsten voor de toekomst?

#### *2.2.3 Ondersteuningsteam/helpdesk*

Hoe is de ondersteuning ervaren en wat is de waarde ervan voor de toekomst?

#### *2.2.4 Dataverzameling en aanlevering, interne projectorganisatie*

Hoe is het proces intern georganiseerd en wie is daarbij betrokken?

#### *2.2.5 Webenquête*

Hoe functioneert de website voor het aanleveren van de gegevens?

#### *2.2.6 Landelijke registraties*

In hoeverre kunnen landelijke registraties worden gebruikt om de benodigde gegevens aan te leveren?

#### *2.2.7 Goede registratievoorbeelden*

Hoe kunnen goede registratievoorbeelden worden aangewezen en gedeeld?

### **2.3 Projectcommunicatie**

Deze paragraaf richt zich op de communicatieactiviteiten die de implementatie ondersteunen. De communicatie richt zich in de inlooperperiode vooral op het gebruikersperspectief van de ziekenhuizen. Hierbij zijn de volgende onderzoeksvragen gesteld:

#### *2.3.1 Kennisniveau deelnemende ziekenhuizen Zichtbare Zorg*

Gaan ziekenhuizen verder met het aanleveren van gegevens na de inlooperperiode? Hebben de deelnemers kennis van nieuwe ontwikkelingen? Wat volgt er na de inlooperperiode?

#### *2.3.2 Kennisniveau niet-deelnemende ziekenhuizen Zichtbare Zorg*

Wat hebben niet-deelnemende ziekenhuizen over Zichtbare Zorg Ziekenhuizen gehoord en via welke weg? Welke indruk maakt het project?

### *2.3.3 Website en schriftelijke communicatie*

Hoe verloopt de communicatie en informatievoorziening vanuit Zichtbare Zorg Ziekenhuizen naar de deelnemers via website en op schrift?

## **2.4 Methode**

Er zijn verschillende manieren gebruikt om informatie en feedback ten behoeve van het onderzoek te verzamelen. Ook in de keuze voor de methoden zijn de uitgangspunten van kennis delen (training, intervisie), en randvoorwaarden scheppen (logboek, helpdesk), zoals genoemd in paragraaf 1.3, herkenbaar.

### *2.4.1 Logboek*

Door middel van het logboek is op gebruikersniveau inhoudelijke informatie verzameld over de indicatoren en registratiegidsen. Hiermee zijn eventuele onduidelijkheden in bijvoorbeeld definities of coderingen inzichtelijk gemaakt. Op basis van deze informatie kunnen aanpassingen aan het meetmodel worden doorgevoerd. Tevens is hiermee de betrokkenheid van de gebruikers bij de indicatoren vergroot.

In de webenquête is per indicator een logboekveld opgenomen. Hier kunnen deelnemers inhoudelijk reageren op de indicator of op de registratiegids. Reacties kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op:

- de wijze van formuleren;
- de in- en exclusiecriteria;
- de definitie die gebruikt is;
- de informatiewaarde die de indicator heeft;
- de validiteit van de indicator;
- het discriminerend vermogen van de indicator.

Alle opmerkingen zijn verzameld en geanalyseerd. De opmerkingen die betrekking hebben op specifieke indicatoren(sets) of registratiegidsen, zijn in de bijlage opgenomen. Opmerkingen van algemene aard zijn verzameld, gecategoriseerd naar onderwerp uit bovenstaande paragrafen en bij de betreffende onderzoeksvragen als input gebruikt.

### *2.4.2 Inventarisatie goede registratie voorbeelden*

De inventarisatie van goede registratie voorbeelden had tot doel om op effectieve wijze kennis te delen over het opzetten van gedegen en hanteerbare registratie en uitvraag van gegevens. Dit om voor de moeilijk te registreren indicatoren de implementatie op termijn mogelijk te maken.

De aanvankelijke doelstelling was om gedurende de inlooperperiode goede registratievoorbeelden te inventariseren en beschikbaar te stellen aan de deelnemende ziekenhuizen. Tijdens het opzetten van de inventarisatie werd echter

duidelijk dat om te kunnen bepalen wat 'goede' voorbeelden zijn, criteria nodig zijn. Deze criteria waren niet bekend.

Er is vervolgens een bijeenkomst geweest met vertegenwoordigers van de NVZ vereniging voor ziekenhuizen, Orde van Medisch Specialisten, Verpleging & Verzorging Nederland. Het projectbureau Zichtbare Zorg Ziekenhuizen heeft op basis van deze bijeenkomst een voorstel uitgewerkt hoe de inventarisatie plaatsvindt, en welke criteria worden gesteld aan de 'goede registratievoorbeelden'.

#### *2.4.3 Trainingen en intervisiebijeenkomsten*

De trainingen en intervisiebijeenkomsten hadden als doel om kennis te verspreiden en onderlinge uitwisseling van kennis en ervaring tussen de ziekenhuizen mogelijk te maken.

De trainingen en intervisiebijeenkomsten zijn direct na afloop schriftelijk geëvalueerd. Enerzijds om de bijeenkomst aan te scherpen voor de volgende trainingen en bijeenkomsten, anderzijds voor het inschatten van de meerwaarde van deze bijeenkomsten voor de toekomst. Hiervoor zijn evaluatieformulieren ontwikkeld, welke tijdens de bijeenkomsten uitgereikt en verzameld zijn. De kwalitatieve informatie is verzameld, geordend en geanalyseerd.

#### *2.4.4 Vergelijking Zichtbare Zorg Indicatoren met andere sets*

Het doel van deze vergelijking is de feitelijke verschillen tussen de indicatorensets inzichtelijk te maken. Hiertoe zijn spreadsheets gemaakt waarin de indicatoren met elkaar zijn vergeleken.

#### *2.4.5 Evaluatie helpdesk*

Het doel van de helpdesk is om snel en laagdrempelig (goed bereikbaar) de juiste informatie over Zichtbare Zorg Ziekenhuizen aan de vraagstellers te geven. De helpdesk is daarom beoordeeld op bereikbaarheid, snelheid en juistheid.

Ook is een categorisering gemaakt naar type vragen en opmerkingen dat bij de helpdesk binnenkomt. Zodoende wordt inzicht verkregen in de kennislacunes die bij ziekenhuizen aanwezig zijn. De vragen zijn in een spreadsheet opgenomen en gegroepeerd (naar onderwerp en type vraagsteller).

#### *2.4.6 Interviews implementatiemanagers/contactpersonen*

Het doel van de interviews is het verzamelen van informatie voor het uitvoerbaarheidsonderzoek en het leggen van een contactmoment tussen Ondersteuningsteam en ziekenhuis voor het beantwoorden van vragen. Ter afronding van de inlooperperiode is een evaluatiegesprek gevoerd met de contactpersonen uit de ziekenhuizen om extra input ten behoeve van de evaluatie te verzamelen over de inhoud, het proces en de communicatie. Hiervoor is een gesprekslijst ontwikkeld aan de hand waarvan de leden van het Ondersteuningsteam de gesprekken hebben gevoerd. De informatie uit de verslagen is samengevat in een tabel en als input gebruikt voor de beantwoording van verschillende onderzoeksvragen.

Er zijn tweeëndertig verslagen van gesprekken met de deelnemende ziekenhuizen beschikbaar voor de evaluatie. Omdat één van de deelnemende ziekenhuizen uitstel heeft gekregen voor het aanleveren van data, is daar nog geen gesprek gevoerd.

#### *2.4.7 Telefonisch bij niet-deelnemende ziekenhuizen*

Om het effect van de communicatiestrategie naar de niet-deelnemende ziekenhuizen te toetsen, is een telefonische enquête gehouden met de managers van de kwaliteitsafdeling (of een vergelijkbare functionaris). Hiertoe is naar achtenvijftig niet-deelnemende ziekenhuizen een introductiebrief gestuurd en vervolgens heeft een telefonisch interview plaatsgevonden. Het interview heeft plaatsgevonden aan de hand van een vragenlijst. De antwoorden zijn in een spreadsheet verzameld en gebruikt voor de beantwoording van vraag 2.3.4.



### 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het uitvoerbaarheidsonderzoek weergegeven.

De indeling is opnieuw opgedeeld in de drie onderwerpen 'meetmodel testen en optimaliseren' (inhoud), 'implementatieproces opbouwen' (proces) en 'projectcommunicatie initiëren'. Bij een aantal onderdelen geldt dat een meer gedetailleerde en inhoudelijke weergave noodzakelijk is. Deze is als aparte bijlage beschreven. Waar dit van toepassing is, wordt hiernaar verwezen.

#### 3.1 Inhoud

##### *3.1.1 Kwaliteit van de beschrijvingen*

Deelnemers aan de inlooperperiode geven aan dat de registratiegidsen houvast bieden bij het opstellen van de zoekvragen ('queries') voor het uitvragen van de data. De beschrijving van de variabelen, inclusief de vermelding van de bron waar deze geregistreerd zijn, de rekenregels om de indicatoren te berekenen en een hoofdstuk met instructies worden als zeer waardevol benoemd. Ter illustratie word door ziekenhuizen veelvuldig gerefereerd aan andere indicatorensets zoals bijvoorbeeld de Basisset Prestatie- Indicatoren. Hierbij wordt aangegeven dat de Zichtbare Zorg-indicatoren concretere handvatten bieden om de registratie en uitvraag van gegevens in te richten.

Bij de start van de inlooperperiode is door een aantal contactpersonen uit ziekenhuizen geconstateerd dat in sommige registratiegidsen kleine fouten of onvolkomenheden staan.

De aanpassingen en aanscherpingen van de registratiegidsen zijn door het projectbureau verzameld en gecommuniceerd in een erratum.

De specifieke onduidelijkheden per indicator, vragen, opmerkingen en verbeterpunten zijn opgenomen in de bijlage.

##### *3.1.2 Meetbaarheid/uitvraagbaarheid*

De paragrafen 3.1.2 en 3.1.3 worden gerelateerd aan figuur 2 in paragraaf 1.3. In dit figuur wordt het principe van de uitvraagbaarheid uitgelegd.

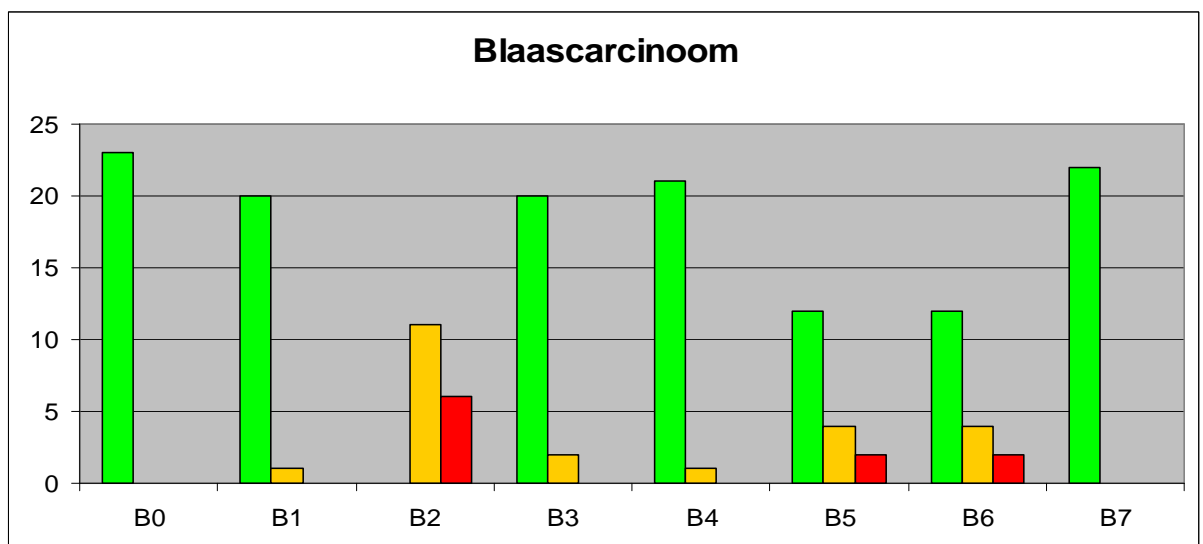
Ter voorbereiding op registratie en aanlevering van de gegevens hebben de deelnemende ziekenhuizen voorafgaand aan de eerste intervisiebijeenkomst een inschatting gemaakt van de meetbaarheid en uitvraagbaarheid van de indicatoren. Hiervoor is van elke variabele die nodig is om de indicatoren te kunnen berekenen aangegeven of benodigde variabelen:

- eenvoudig beschikbaar zijn (meestal digitaal) ('groen');
- niet digitaal beschikbaar zijn, handmatige registratie of koppeling met andere (externe) bronnen noodzakelijk is ('oranje');
- niet beschikbaar zijn ('rood').

De inventarisatie laat diversiteit zien in de uitvraagbaarheid tussen de deelnemende ziekenhuizen. Het ene ziekenhuis is in staat om meer gegevens digitaal te ontsluiten dan het andere. Oorzaken hiervoor liggen onder andere in de mate van 'digitalisering' in het ziekenhuis op verschillende niveaus.

In een aantal situaties is het ziekenhuisinformatiesysteem gekoppeld aan een datawarehouse, waardoor meer informatie kan worden uitgevraagd. Zeven ziekenhuizen beschikken niet over een datawarehouse. Ook de stand van zaken met betrekking tot het elektronisch patiënten dossier (EPD) speelt een rol. Waar een (deel van een) EPD is ingevoerd is het eenvoudiger informatie aan de bron te registreren. Overigens betekent het werken met een EPD niet automatisch dat er meer informatie wordt geregistreerd. Er zijn ook andere factoren die een rol spelen bij het registreren van gegevens zoals de registratiecultuur.

Ter illustratie van de verschillen in uitvraagbaarheid tussen de ziekenhuizen is grafiek 1 opgenomen. Deze laat voor de indicatorenset Blaascarcinoom de diversiteit in uitvraagbaarheid zien. De aandoening Blaascarcinoom en daarmee de betreffende indicatorenset is op drieëntwintig ziekenhuizen van toepassing. Op de x-as staan de benodigde variabelen; op de y-as het aantal ziekenhuizen. De grafiek laat zien dat variabele B0 en B7 door alle drieëntwintig ziekenhuizen digitaal kunnen worden aangeleverd. Voor de andere variabelen wisselt het beeld. Uit de grafiek blijkt dat variabele B2 door geen van de ziekenhuizen eenvoudig aangeleverd kan worden. Dit heeft als consequentie dat de indicator waar deze variabele onderdeel van uit maakt niet kan worden berekend. Soortgelijke grafieken zijn per variabele opgenomen in de bijlage.



Groen: gegevens eenvoudig beschikbaar, meestal digitaal

Oranje: gegevens niet digitaal beschikbaar, handmatige registratie of koppeling met andere bronnen noodzakelijk

Rood: gegevens niet beschikbaar

**Grafiek 1: Inventarisatie uitvraagbaarheid variabelen 'Blaascarcinoom'**

### *3.1.3 Registratielasten*

Bij het ontwikkelen van de strategie voor de inlooperperiode is gebruik gemaakt van de ervaringen uit de Praktijktest. Op basis van deze ervaring is er bij de inlooperperiode voor gekozen de focus te leggen op digitaal beschikbare variabelen (zie figuur 2, paragraaf 1.3), met als insteek de registratielast proportioneel te houden.

De tijdsinvestering die genoemd wordt door de implementatiemanagers in de ziekenhuizen ligt erg uiteen. De kleinste investering die genoemd wordt is een investering van zeven mandagen in totaal, dus minder dan een halve dag per week (inclusief de verschillende bijeenkomsten, exclusief het verzamelen van de data – dit was reeds gedaan). De grootste investering die is genoemd gaat uit van twee dagen per week gedurende twee maanden.

In één van de interviews werd een tijdsinvestering van gemiddeld twintig uur per indicatorenset genoemd.

De genoemde investering loopt dus uiteen van minder dan 0,5 mensdagen per week tot bijna twee mensdagen per week. Hierbij gaat het telkens om alle aangeleverde sets en alleen de registreerbare indicatoren. Er zijn geen conclusies te trekken op basis van deze getallen. De getallen zijn niet vergeleken met de inspanningen die in het ziekenhuis zijn verricht met betrekking tot valideren van de gegevens, noch met het aantal indicatoren wat door het ziekenhuis is aangeleverd.

Hetzelfde beeld is terug te zien bij de ervaren registratielast: 'Het viel mee' tot '... was toch wel erg zwaar'. In een aantal interviews komt verder naar voren dat wanneer ook 'oranje' of 'rode' gegevens zouden moeten worden aangeleverd, de registratielasten buiten proporties zouden zijn geweest.

Een verklaring voor de verschillen in (ervaren) registratielast hangt enerzijds samen met de uitdraagbaarheid en de mate van digitalisering (in principe geldt dat hoe meer het proces van gegevens registreren, opslaan en uitvragen gedigitaliseerd is, hoe lager de registratielast is) en anderzijds met de interne projectorganisatie (zie paragraaf 3.2.5).

### *3.1.4 Feitelijke verschillen Zichtbare Zorg Indicatoren, ZN indicatoren, IGZ prestatie indicatoren*

De verschillende indicatorensets zijn vergeleken met als doel inzicht te verkrijgen in de feitelijke verschillen, de mogelijke consequenties die dit heeft voor de ziekenhuizen en om de indicatorensets verder te harmoniseren. Deze informatie is gebruikt bij de gesprekken over afstemming tussen de sets. De gedetailleerde informatie over de verschillen staat in de bijlage. Kort samengevat is het belangrijkste verschil tussen de Zichtbare Zorg Indicatoren en de Inkoopindicatoren van Zorgverzekeraars Nederland dat bij Zichtbare Zorg indicatorenset 'Diabetes' alleen voor volwassenen geldt. De Inkoopindicatoren beschrijven ook de diabeteszorg bij kinderen.

Ook tussen de Zichtbare Zorg Indicatoren en de IGZ basisset bestaat een aantal verschillen. Bij diabetes wordt door de Zichtbare Zorg Indicatoren specifiekere informatie gevraagd en bij cataract is er een onduidelijkheid in de definitie van de tijdsperiode tussen operatie eerste en tweede oog.

Gedurende de inlooperperiode en ook tijdens de evaluatiegesprekken is opgemerkt dat de afstemming van de verschillende sets verre van optimaal is. Ook wordt de communicatie over het afstemmen van de verschillende indicatorensets en het uitvragen van gegevens door verschillende partijen niet als optimaal beoordeeld. Als concreet voorbeeld wordt het feit genoemd dat zorgverzekeraars en de Consumentenbond, naast de Zichtbare Zorg Indicatoren, aanvullende informatie opvragen. Dit draagt onvoldoende bij tot afbreuk aan de noodzakelijke stroomlijning en integratie van kwaliteitsinformatie.

## **3.2 Proces**

### *3.2.1 Toolkit*

De ziekenhuizen hebben via de webenquête de gegevens aangeleverd. Daarnaast zijn er in de inlooperperiode nog andere tools ontwikkeld, om de deelnemende ziekenhuizen te ondersteunen bij het verzamelen en opleveren van de gegevens. Deze instrumenten zijn verzameld in de toolkit. Hierin zijn de volgende instrumenten opgenomen:

1. Intentieverklaring met afspraken tussen deelnemende ziekenhuizen en projectbureau Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.
2. Wegwijzer, Flowchart en Factsheet met informatie over de inlooperperiode.
3. Presentaties Implementatie en Inlooperperiode voor intern gebruik door ziekenhuizen (onder andere voor medische staf).
4. Basisinformatie ten behoeve van het eigen intranet of website.
5. Het Zichtbare Zorg Ziekenhuizen logo.

Ten aanzien van de intentieverklaring geldt dat deze door de ziekenhuizen als belangrijk middel wordt gezien. Hierin wordt het commitment van zowel het ziekenhuis als van de landelijke partijen, verenigd in de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen voor het project vastgelegd.

Het informatiemateriaal en de presentaties voor intern gebruik (punt 2 en 3) zijn bedoeld om de interne verspreiding van kennis over Zichtbare Zorg Ziekenhuizen te faciliteren. Er was vraag vanuit de ziekenhuizen naar deze instrumenten. Ook waren er verzoeken om presentaties naar aanleiding van bijeenkomsten in de toolkit op te nemen. Over het gebruik van de basisinformatie voor eigen intranet of website en het logo is geen informatie beschikbaar. De toolkit is beschikbaar via de website en is in totaal 410 keer bekeken.

Bij de start van de inlooperperiode is aangegeven om, naast bovengenoemde instrumenten, een zogenaamde 'indicatorverzamelaar' aan te bieden. Een indicatorverzamelaar is software die het verzamelen van data uit verschillende registraties ondersteunt. Deze maakt het verzamelen van data gemakkelijker en levert daarmee mogelijk een administratieve lastenverlichting op. Na inventarisatie van ontwikkelingen op de ICT-markt blijkt dat er verschillende ICT-leveranciers en adviesbureaus zijn die vergelijkbare instrumenten al aanbieden. Het projectbureau acht het niet verstandig dat de overheid als partij de markt beïnvloedt door een vergelijkbaar instrument te ontwikkelen.

Er is een bijeenkomst georganiseerd met een aantal ICT-leveranciers die actief zijn bij ziekenhuizen die aan de inlooperperiode hebben deelgenomen. Hierbij waren vertegenwoordigers van Chipsoft, Getronics Pinkroccade, iSoft en McKesson aanwezig.

De leveranciers geven aan dat de techniek niet het primaire probleem is. Veel van de gevraagde informatie is in de huidige systemen al vast te leggen. De ervaring van leveranciers is dat het lastig is een standaard product te maken omdat de wensen en omstandigheden per ziekenhuizen ver uit elkaar liggen. Hierbij moet naar een balans gezocht worden tussen flexibiliteit en standaardisatie.

Het beschikbaar krijgen van complete en betrouwbare gegevens werkt volgens de leveranciers alleen als de gegevens voortkomen uit de dagelijkse praktijk van de specialisten. Dé oplossing is om de indicatoren in te passen in de primaire processen en de registratiesystemen.

### *3.2.2 Trainingen en intervisiebijeenkomsten*

#### *Trainingen*

Bij de start van de inlooperperiode is samen met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO een training verzorgd. Doelen van deze training waren het geven van achtergrondinformatie over de ontwikkeling van de indicatoren en registratiegidsen en het geven van instructie voor het uitvragen van de indicatoren.

De training is direct na afloop schriftelijk geëvalueerd. Van negenendertig deelnemers is een reactie ontvangen. De reacties zijn wisselend: variërend van 'prettige eerste kennismaking' tot 'geen toegevoegde waarde', waarbij de opmerkingen overwegend negatief van aard zijn. Als positief is genoemd de mogelijkheid om kennis en ervaring te delen; als negatief de herhaling in inhoud met betrekking tot aanleiding en methodiek (was in de informatiebijeenkomsten al aan bod geweest) en de groepsopdracht (gaf inzicht in discussies tijdens ontwikkeling van indicatoren, niet in uitvragen ervan).

### *Intervisiebijeenkomsten*

Gedurende de inlooperperiode zijn twee intervisiebijeenkomsten georganiseerd. Het doel van deze bijeenkomsten was het leren van elkaar door ervaringen uit te wisselen over het proces van dataverzameling.

Beide bijeenkomsten zijn direct na afloop schriftelijk geëvalueerd. Van de eerste bijeenkomst zijn drieëntwintig evaluatieformulieren ontvangen. Opvallende positieve punten zijn de mogelijkheid tot uitwisseling van praktische informatie, of zoals een van de deelnemers het noemt: 'Inzicht dat ook anderen zoekende zijn'. Minder positief zijn deelnemers over de uitwisseling per informatiesysteem in de eerste bijeenkomst. Enerzijds omdat er weinig instellingen waren die met hetzelfde systeem werken, anderzijds omdat dit inhoudelijk niet veel toevoegt. De uitwisseling van kennis en ervaring zou meer moeten gaan over verschillen in gebruik of interpretatie van de registratiegidsen, dan over de verschillende systemen. Zelfs wanneer verschillende ziekenhuizen over hetzelfde systeem beschikken, kan het gebruik ervan verschillen.

Als belangrijke punten bij de tweede bijeenkomst (achtentwintig reacties) zijn eveneens de uitwisseling en voorbeelden met andere ziekenhuizen als positief genoemd ('hoe andere ziekenhuizen er mee bezig zijn'). Als inhoudelijk punt komt hier naar voren dat voor het afbakenen van de patiëntengroep de insteek DBC in de registratiegidsen niet altijd vergelijkbare informatie oplevert, omdat verschillen kunnen ontstaan ten opzichte van het gebruik van CTG codes.

Een aantal deelnemers stelt voor om de bijeenkomsten meer decentraal te organiseren. De naam 'intervisiebijeenkomst' roept verwarring op; er was, aldus een aantal reacties, meer sprake van informatieoverdracht dan intervisie. Het totaalbeeld over de intervisiebijeenkomsten is positief. Deelnemers hebben nieuwe informatie gekregen, tips en ideeën kunnen uitwisselen.

### *3.2.3 Ondersteuningsteam/helpdesk*

#### *Ondersteuningsteam*

Het Ondersteuningsteam was bedoeld om op individuele wijze de ziekenhuizen te begeleiden door;

1. een duidelijk aanspreekpunt te bieden;
2. ondersteuning en advies te bieden bij de start van de inlooperperiode bij het opzetten van de interne projectorganisatie;
3. ontwikkelingen die in meerdere ziekenhuizen spelen te signaleren en hierop in te spelen.

Het Ondersteuningsteam was breed samengesteld uit mensen met verschillende competenties, variërend van kennis van ziekenhuisregistraties tot ervaring met indicatoren ontwikkeling. De ondersteuning bedroeg een halve dag per week per ziekenhuis, in de periode van april tot en met juni. Omdat de behoefte aan

ondersteuning per ziekenhuis verschilde is de vorm van de ondersteuning in overleg met de projectorganisatie van het ziekenhuis bepaald. Hierdoor is op diverse wijze inhoud gegeven aan de ondersteuning, variërend van het houden van presentaties voor de medische staf tot het meedenken in de wijze van dataverzameling.

De inzet van het Ondersteuningsteam is als positief en nuttig beoordeeld. Ziekenhuizen geven aan dat het erg prettig is om een 'echt' persoon als contactpersoon te hebben. Ook is in diverse ziekenhuizen gebruik gemaakt van het advies bij het inrichten van het project.

In vijf evaluatiegesprekken kwam naar voren dat de verwachtingen ten aanzien van de ondersteuning hoog gespannen waren. Deze verwachtingen konden niet altijd waargemaakt worden omdat soms bepaalde kennis bij een Ondersteuningsteamlid ontbrak. Hier is op ingespeeld door een ander Ondersteuningsteamlid of de helpdesk met de juiste kennis in te schakelen.

#### *Helpdesk*

De Helpdesk is bedoeld voor het stellen van vragen (inhoudelijk en procedureel) en is beoordeeld naar bereikbaarheid, snelheid en juistheid. Om zorg te dragen voor correcte antwoorden, is een 'derdelijns' verwijzfunctie ingesteld; inhoudelijke vragen konden worden voorgelegd aan het Kwaliteitsinstituut CBO en/of de voorzitters van de werkgroepen die de indicatoren hebben ontwikkeld.

De Helpdesk is als zeer prettig ervaren. De telefonische bereikbaarheid was over het algemeen goed. Er zijn in de tweeëndertig afsluitende interviews drie opmerkingen gemaakt dat de Helpdesk niet bereikbaar was aan het eind van de werkdag. Andere opmerkingen zijn vooral positief: 'per e-mail prima', 'snel, positief'. Het merendeel van de deelnemers aan de inlooperperiode heeft aangegeven dat de helpdesk een grote toegevoegde waarde heeft bij het implementeren van de indicatorensets. Zij vinden het belangrijk dat de helpdesk gedurende lange tijd in de lucht moet worden gehouden.

Ook het soort vragen dat bij de helpdesk is gesteld is geïnventariseerd. Deze lopen uiteen van algemene vragen (bijvoorbeeld 'Wanneer is Bureau ZbTK opgericht?'), procesmatige vragen (bijvoorbeeld 'Hoe kan ik mijn gegevens aanleveren?'), tot meer inhoudelijke vragen en opmerkingen (bijvoorbeeld 'Ik kwam een onduidelijkheid/discrepantie tegen in de registratiegids en de webenquête voor Lumbosacraal Radiculair Syndroom (hernia)'). Vragenstellers waren vooral ziekenhuizen. Daarnaast zijn vragen binnengekomen van studenten, privépersonen, bedrijven en zorgverzekeraars. Op basis van de verzamelde vragen en opmerkingen kan niet worden vastgesteld dat er specifieke kennislacunes zijn bij ziekenhuizen.

#### *3.2.4 Dataverzameling en aanlevering, interne projectorganisatie*

Uit de afsluitende evaluatiegesprekken blijkt dat het interne proces bij de ziekenhuizen zeer divers is georganiseerd, mede afhankelijk van de lokale mogelijkheden en wensen. Opvallende punten zijn de (lijn)verantwoordelijkheid en

de betrokkenheid van de medisch specialist. Voor de inrichting van de verantwoordelijkheid voor de dataverzameling binnen de ziekenhuizen zijn de volgende drie 'modellen' te onderscheiden:

1. een centrale stuurgroep, onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur;
2. verantwoordelijkheid bij het middenmanagement (clustermanagers, zorg(groep) managers);
3. verantwoordelijkheid bij een specifieke afdeling (bijv. Kwaliteit of Marketing).

Ook de betrokkenheid van de medisch specialisten wordt verschillend vorm gegeven. In de meeste gevallen is er contact met de medisch specialist bij het uitvragen van de gegevens en bij het beoordelen van de scores op de indicatoren. Vaak is hierbij een vaste contactpersoon vanuit een maatschap betrokken. In een aantal gevallen worden de specialisten minder betrokken en worden de scores niet ter validatie of bespreking voorgelegd.

Op basis van de aangeleverde gegevens blijkt dat er verschillende modellen denkbaar zijn. Hierbij is op basis van de beschikbare informatie niet aan te geven welk model het beste werkt. De succes- en faalfactoren zijn primair afhankelijk van de interne organisatie van het ziekenhuis.

### *3.2.5 Webenquête*

Negenentwintig ziekenhuizen hebben voor het sluiten van de aanleverperiode daadwerkelijk gegevens aangeleverd. De reacties op de webenquête lopen uiteen van 'handig' en 'gebruiksvriendelijk' tot 'mag nog gebruiksvriendelijker worden'. Vooral de validatieregels zijn positief beoordeeld. Tevens is er een aantal verbeterpunten aangegeven. De meeste verbeterpunten gaan over het werken met meerdere locaties, 'pop-ups' met toelichting/toelichtingvelden en afdrukmogelijkheden. De opmerkingen zijn verzameld en in de bijlage verwerkt.

### *3.2.6 Landelijke en regionale registraties*

Tijdens de inlooperperiode is gekeken in hoeverre gegevens die al worden verzameld in landelijke registraties gebruikt kunnen worden voor Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Hierbij is gebleken dat de Kanker Registratie van de Vereniging van Integrale Kankercentra voldoet aan de eisen die Zichtbare Zorg Ziekenhuizen stelt aan informatieverzameling: betrouwbaar, valide en vergelijkbaar.

De mogelijkheden om gegevens te verzamelen uit andere landelijke databases moeten worden onderzocht. De criteria waaraan de landelijke registraties moeten voldoen moeten nog verder worden uitgewerkt.

Begin juni 2008 heeft overleg plaatsgevonden tussen het VIKC en het projectbureau Zichtbare Zorg. In dit gesprek is inhoudelijk ingegaan op mammacarcinoom en zijn afspraken gemaakt betreffende het verdere proces. Hierbij zijn zowel de Nederlandse Kankerregistratie als de database voor het project '*Mammazorg steeds beter*' besproken. Er is vastgesteld dat de route voor het gebruiken en aanleveren van gegevens als volgt loopt:

De verantwoordelijke voor de indicatoren in het ziekenhuis neemt contact op met het eigen IKC en vraagt welke informatie beschikbaar is (ofwel uit de Kankerregistratie ofwel uit de database voor 'Mammazorg steeds beter'); het IKC koppelt de informatie terug en het ziekenhuis bepaalt of en welke informatie wordt doorgegeven aan Zichtbare Zorg.

Het ziekenhuis blijft derhalve verantwoordelijk voor de gegevens.

### *3.2.7 Goede registratievoorbeelden*

Tijdens de inlooperperiode zijn de manier waarop de inventarisatie kan plaatsvinden en de benodigde criteria om goede voorbeelden te selecteren beschreven. De procedure bestaat uit een aantal stappen:

1. Eerste selectie op basis van de aangegeven registreerbaarheid door de ziekenhuizen. Door op aandoeningniveau de ziekenhuizen te selecteren die alle variabelen van een aandoening kunnen aanleveren ontstaat per aandoening een 'shortlist' van goede registratievoorbeelden (indien dit op aandoeningniveau te weinig oplevert, kan dit ook op variabele niveau inzichtelijk worden gemaakt).
2. Toetsen van de resultaten van stap 1 op basis van de eerste datalevering. In deze stap wordt geverifieerd of de ziekenhuizen die op de shortlist staan ook daadwerkelijk de gegevens hebben aangeleverd tijdens de inlooperperiode.
3. Het toetsen aan de hand van de volgende criteria:
  - Het gebruik van valide ziekenhuisinformatiesystemen die voldoen aan de door Zichtbare Zorg Ziekenhuizen gestelde specificaties
  - Er moet sprake zijn van bronregistratie
  - Het moet komen uit een systeem dat gekoppeld is aan het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS), dus geen stand alone applicatie
  - Het moet onderscheidend zijn (in beperkte mate voorkomen)
4. Uitwerken gids Goede registratievoorbeelden en communicatie. Op basis van deze inventarisatie kan, in samenwerking met de betreffende ziekenhuizen, een gids met goede registratievoorbeelden worden opgesteld en gepubliceerd.

## **3.3 Projectcommunicatie**

### *3.3.1 Kennisniveau deelnemende ziekenhuizen Zichtbare Zorg*

In de afsluitende gesprekken met de ziekenhuizen is expliciet gevraagd hoe men doorgaat met het meten van de Zichtbare Zorg Indicatoren. Met betrekking tot de tien indicatorensets die tijdens de inlooperperiode zijn geïmplementeerd geven zevenentwintig van de tweeëndertig ziekenhuizen aan deel te blijven nemen aan Zichtbare Zorg. Bij vijf ziekenhuizen is dit nog onduidelijk. Er dient nog een keuze te worden gemaakt.

In 2009 komen de volgende indicatorensets en registratiegidsen beschikbaar. Negentien van de tweeëndertig ziekenhuizen geven nu al aan deze te gaan meten, voor twaalf is dit onduidelijk omdat er intern nog een beslissing moet worden

genomen. Eén ziekenhuis heeft aangegeven de nieuwe indicatorensets niet al in 2009 te gaan implementeren. Door een aantal ziekenhuizen is aangegeven dat het meedoen aan Zichtbare Zorg Ziekenhuizen mede afhangt van het al dan niet verplichte karakter van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.

Deelnemers geven aan goed op de hoogte te zijn van de nieuwe ontwikkelingen, zoals de verdere uitrol van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. De website en de presentatie door de projectleider Zichtbare Zorg Ziekenhuizen tijdens de tweede intervisiebijeenkomst worden hierbij als belangrijkste bron genoemd.

### *3.3.2 Kennisniveau niet-deelnemende ziekenhuizen Zichtbare Zorg*

Van de zeventien personen die zijn gesproken in de telefonische enquête geven er drie aan niet eerder van Zichtbare Zorg te hebben gehoord. Twee geven aan er wel van gehoord te hebben en zijn niet op de hoogte van de doelstellingen en de inhoud. De andere twaalf geven aan goed op de hoogte te zijn. Zij noemen verschillende informatiebronnen, waaronder de website, mond-tot-mond reclame, persoonlijk contact en de zorgverzekeraar. Het kennisniveau varieert van 'weten dat het project bestaat' tot 'van alles op de hoogte zijn'.

Degenen die op de hoogte zijn van de doelstellingen en de inhoud van Zichtbare Zorg geven aan dat zij positief staan ten opzichte van deze ontwikkeling. Wel geven zij aan dat er veel werk voor de ziekenhuizen aan vast lijkt te zitten.

### *3.3.3 Website en schriftelijke communicatie*

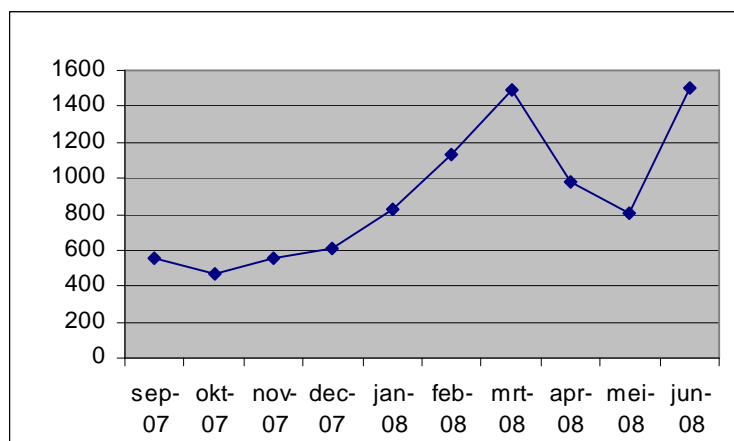
#### *Website*

De website [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl) is door een groot aantal mensen bezocht gedurende de inlooperperiode. Er waren in de periode van september 2007 tot juli 2008 in totaal 7.406 bezoeken. In de grafiek 2. wordt weergegeven hoe de verdeling over de tijd is geweest (met twee opvallende pieken: de daadwerkelijke start van de inlooperperiode voor de ziekenhuizen en het aanleveren van de gegevens).

De volgende delen van de website zijn als volgt bezocht: Gegevens verzamelen:

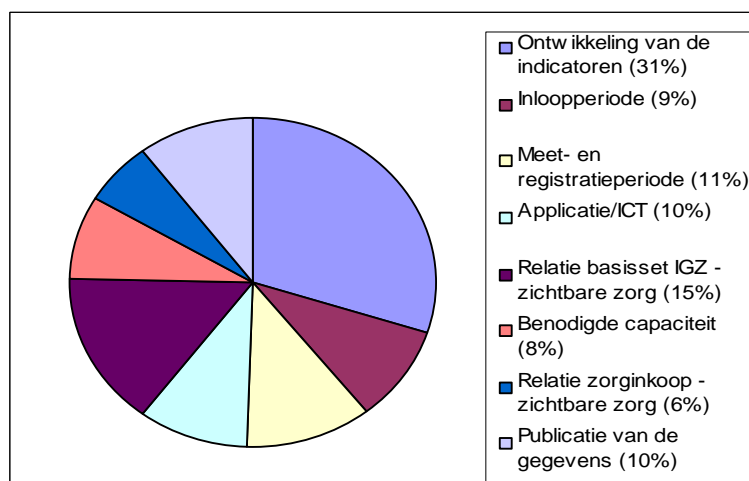
1.508 bezoekers

- Deelnemende ziekenhuizen: 457 bezoekers
- Toolkit: 410 bezoekers
- Voorlichtingsbijeenkomsten: 149 bezoekers
- Trainingsbijeenkomsten: 133 bezoekers
- Besloten deel: 64 bezoekers
- Intervisiebijeenkomsten: 28 bezoekers



Grafiek 2. Aantal bezoeken [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl) per maand

Grafiek 3 geeft een indruk van de verdeling van de bezoeken over de FAQ thema's.



Grafiek 3: Bezoeken FAQ per thema

Het grote aantal bezoeken betekent dat er veel belangstelling is voor het project. Van contactpersonen van ziekenhuizen is input ontvangen voor het verbeteren van het gebruikersgemak en toegankelijkheid van de website. De indeling van de website werd door meer dan de helft van de contactpersonen als onduidelijk ervaren. De website is gedurende de inlooperperiode gewijzigd om meer structuur aan te brengen.

De commentaren zijn verzameld en in de bijlage opgenomen. Vanuit de ziekenhuizen is er behoefte aan een actieve vorm van signalering van nieuwe items (bijvoorbeeld met behulp van een RSS-feed).

#### *Schriftelijke communicatie*

Tijdens de inlooperperiode is door de stuurgroep besloten de naam te veranderen van Transparantie medisch Specialistische Zorg naar Zichtbare Zorg Ziekenhuizen omdat

dit meer aansluit bij de doelstelling en duidelijker herkenbaar is. Door de ziekenhuizen wordt dit als positief beoordeeld. Door de interne projectleiders uit de ziekenhuizen wordt aangegeven dat vanuit Zichtbare Zorg Ziekenhuizen veel schriftelijke informatie naar de Raad van Bestuur wordt gestuurd. Er wordt niet altijd een afschrift aan de interne projectleiders gestuurd. Hierdoor kan een kennisachterstand ontstaan bij de projectorganisatie binnen het ziekenhuis.

## 4. Conclusies en aanbevelingen

Het doel van de inlooperperiode was om verbeterpunten inzichtelijk te maken zodat hiermee bij de verdere ontwikkeling van indicatorensets en de implementatie rekening kan worden gehouden. De doelstellingen voor dit uitvoerbaarheidsonderzoek zijn:

1. het meetmodel testen en optimaliseren;
2. het implementatieproces opbouwen;
3. de projectcommunicatie initiëren.

Hieronder worden per onderwerp de belangrijkste conclusies en aanbevelingen weergegeven. Deze zijn zo kernachtig mogelijk geformuleerd. In paragraaf 4.4. zijn de (project)risico's weergegeven.

### 4.1 Inhoud

De inhoud van het uitvoerbaarheidsonderzoek richt zich op het testen en het optimaliseren van het meetmodel (indicatoren en registratiegidsen). Voor het doen van inhoudelijke uitspraken over de resultaten op de afzonderlijke indicatoren wordt geadviseerd een inhoudelijke verdiepingsslag te laten plaatsvinden, waarbij de werkgroepen die de indicatoren hebben opgesteld betrokken worden. Hierbij kunnen per onderwerp de volgende conclusies getrokken worden en aanbevelingen worden gegeven.

#### *4.1.1 Kwaliteit van de beschrijvingen*

De registratiegidsen zijn bedoeld om de ziekenhuizen te ondersteunen bij het verzamelen van de benodigde gegevens en het bepalen van de indicatoren. In de registratiegidsen wordt een stapsgewijze aanpak (variabelen, rekenregels, instructies) beschreven. Op basis van de input van de interne projectleiders uit de ziekenhuizen wordt vastgesteld dat de registratiegidsen positief worden gewaardeerd en houvast bieden bij het opzetten van de gegevensregistratie en –uitvraag. De registratiegidsen vormen daarmee een waardevolle aanvulling op de indicatorensets en voldoen aan de doelstelling.

Omdat de registratiegidsen de basis vormen voor de gegevensverzameling is het noodzakelijk dat deze eenduidig kunnen worden toegepast. Tijdens de inlooperperiode is gebleken dat er een aantal inhoudelijke verbeteringen moet worden doorgevoerd in de registratiegidsen (zie bijlage). Geadviseerd wordt om deze verbeteringen door te voeren voor de volgende registratieperiode. Vanuit de stuurgroep is aan een werkgroep opdracht gegeven het ontwikkeltraject van de indicatorensets en de registratiegidsen te onderzoeken en waar nodig aan te passen.

- Geadviseerd wordt om de werkgroep opdracht te geven om de verbeterpunten uit de inlooperperiode te laten beoordelen en waar nodig mee

te nemen bij het onderzoek en aanpassen van het ontwikkeltraject van de indicatoren en registratiegidsen.

Tijdens de tweede intervisiebijeenkomst is een discussie gevoerd over het gebruik van CTG of DBC codes voor de afbakening van de patiëntengroep (zie ook 3.2.3). In de registratiegidsen wordt uitgegaan van DBC codes.

Een aantal ziekenhuizen geeft aan voorkeur te hebben voor de CTG codes. Dit omdat bij het vastleggen van de gegevens een DBC niet altijd is afgesloten en is gevalideerd. Tijdens de Praktijktest is het gebruik van de DBC- of CTG-codes onderzocht. Hierbij is gebleken dat het gebruik van de CTG-codes onvoldoende onderscheidend vermogen heeft voor de beschouwende specialismen.

- Geadviseerd wordt om de keuzen voor de DBC-codes niet aan te passen gelet op de resultaten uit de Praktijktest.

#### *4.1.2 Meetbaarheid/uitvraagbaarheid*

Uit de inventarisatie van de uitvraagbaarheid van de variabelen en de daadwerkelijk aangeleverde gegevens blijkt dat nog niet alle indicatoren kunnen worden aangeleverd.

Een indicator bestaat uit een teller en een noemer. De teller en de noemer bestaan ieder weer uit verschillende variabelen. Iedere variabele moet worden geregistreerd om de indicator te kunnen berekenen. Als één van deze variabelen ontbreekt kan een indicator niet worden berekend. Uit de inventarisaties blijkt ook dat veel moeilijk uitvraagbare variabelen wel door één of twee ziekenhuizen worden geregistreerd en zijn aangeleverd.

Het registreren en aanleveren van alle variabelen is mogelijk. Uit de evaluatie blijkt dat de registraties bij de ziekenhuizen sterk verschillen en moeten worden aangepast om alle variabelen te gaan registreren en verzamelen. Zoals eerder in deze evaluatie is aangegeven zijn ziekenhuizen die werken met een ziekenhuisinformatiesysteem gekoppeld aan een datawarehouse of een (deel van een) EPD hebben ingevoerd beter in staat de registratie vorm te geven en de gegevens te verzamelen.

- Geadviseerd wordt om vanuit de landelijke projectorganisatie zowel concrete instrumenten te ontwikkelen die ziekenhuizen ondersteunen bij het verder verbeteren van hun registraties en het uitwisselen van kennis en ervaring, als het onderzoeken welke beleidsmatige interventies mogelijk zijn om de registraties verder te verbeteren. Voorbeelden van instrumenten zijn:
  - De gids Goede registratievoorbeelden
  - Intervisiebijeenkomsten
  - Een label Zichtbare Zorg waaruit blijkt dat softwaretoepassingen voldoen aan de eisen die Zichtbare Zorg stelt aan de registratie
  - Een indicator die de betrouwbaarheid en de omvang van de registratie aangeeft per ziekenhuis

- De doorontwikkeling van de website als kennisbank.

Er is op dit moment al een groot aantal landelijke en lokale (beleidsmatige) initiatieven dat gericht is op het verder verbeteren van de registraties en het verzamelen van gegevens.

- Aanbevolen wordt om deze initiatieven inzichtelijk te maken en te beoordelen of en hoe deze de doelstellingen van Zichtbare Zorg kunnen ondersteunen. Ondanks dat er door een enkel ziekenhuis gegevens zijn aangeleverd voor bepaalde indicatoren, is uit de evaluatie gebleken dat er een aantal variabelen is dat zeer moeilijk is te meten en te registreren.
- Geadviseerd wordt om in eerste instantie de zeer moeilijk meetbare variabelen niet uit te vragen en de implementatie vooral te richten op de meetbare variabelen. Tevens wordt geadviseerd om per indicatorenset inzichtelijk te maken welke variabelen moeilijk te meten zijn, dit te analyseren en te overwegen om deze variabele en indicator te herzien. Hierbij dienen inhoudelijke argumenten voor het al dan niet wijzigen van een indicator te worden betrokken.

#### *4.1.3 Registratielasten*

Door de keuze om alleen de digitaal beschikbare gegevens uit te vragen is de registratielast volgens de contactpersonen tijdens de inlooperperiode hanteerbaar gebleven. Hierdoor is er een beperkte set van gegevens opgevraagd. Als er in de toekomst meer indicatorensets beschikbaar zijn en wanneer alle indicatoren worden uitgevraagd is de proportionaliteit van de uitvraag (registratielast) in relatie tot de bruikbaarheid van de informatie een bijzonder punt van aandacht.

- Geadviseerd wordt om in 2009 een nulmeting naar de registratielast uit te voeren en deze periodiek te herhalen om goed en objectief inzicht te krijgen in de registratielast in relatie tot de bruikbaarheid en zo nodig te kunnen bijsturen. Tevens kan een voorspellend instrument worden ontwikkeld waarmee ziekenhuizen inzicht krijgen in hun situatie en dat de registratielasten van de diverse (organisatie)onderdelen aangeeft. Hierdoor ontstaat er meer inzicht in de registratielasten en kan er gericht worden gestuurd.

#### *4.1.4 Feitelijke verschillen indicatorensets*

Er is een aantal inhoudelijke verschillen tussen de indicatorensets van Zichtbare Zorg, Zorgverzekeraars Nederland en de IGZ. Deze indicatoren worden in een groot deel van de ziekenhuizen verzameld. Vaak in dezelfde tijdsperiode.

De sets van Zichtbare Zorg en Zorgverzekeraars Nederland hebben een soortgelijk doel (transparantie, zorginkoop). Uit de evaluatie is gebleken dat er op een zeer beperkt aantal onderdelen verschillen zijn tussen de indicatorensets van

Zorgverzekeraars Nederland en Zichtbare Zorg. Tussen Zorgverzekeraars Nederland en Zichtbare Zorg zijn al afspraken gemaakt om deze verschillen op te lossen. Tevens zijn er afspraken gemaakt over de indicatorensets die nog in het kader van Zichtbare Zorg worden opgeleverd. Deze worden overgenomen door Zorgverzekeraars Nederland in de ZN-inkoopgids<sup>1</sup>.

De sets van IGZ en Zichtbare Zorg hebben een andere functie (IGZ: toezicht). Er is geconstateerd dat er tussen deze twee sets overlap is en verschillen bestaan. Het is echter niet wenselijk dat er verschillen zijn in definities die in beide sets worden gebruikt.

- Er wordt aanbevolen dat indicatorenontwikkelaars en –eigenaars in onderling overleg tot overeenstemming komen over de afstemming tussen de sets.

## 4.2 Proces

De evaluatie van het proces richt zich op de inrichting en de uitvoering van het implementatieproces tijdens de inlooperperiode. Dit implementatieproces is vormgegeven op basis van de eerder in deze rapportage beschreven uitgangspunten:

1. Haalbaarheid van gegevensverzameling;
2. Samenbrengen van kennis over de wijze van gegevens verzamelen en het verspreiden van de opgedane kennis;
3. Randvoorwaarden scheppen (ondersteunen, stimuleren en faciliteren) door de projectorganisatie;
4. Intrinsieke motivatie van de ziekenhuizen door vrijwillige deelname aan de inlooperperiode.

Hierbij zijn de volgende conclusies en aanbevelingen te geven.

### 4.2.1 Toolkit

In de toolkit zijn verschillende instrumenten opgenomen die de ziekenhuizen ondersteunen bij de implementatie van Zichtbare Zorg indicatoren. De instrumenten zijn tijdens de inlooperperiode ontwikkeld. Het ontwikkelen van de instrumenten is deels op verzoek van de ziekenhuizen die hebben deelgenomen aan de inlooperperiode en deels vanuit het projectbureau gebeurd.

Eén van de tools die is ontwikkeld zijn intentieverklaringen. Deze zijn door nagenoeg alle ziekenhuizen die hebben deelgenomen aan de inlooperperiode ondertekend. De intentieverklaringen leggen de afspraken tussen deelnemende ziekenhuizen en het projectbureau Zichtbare Zorg Ziekenhuizen vast. De intentieverklaringen worden

---

<sup>1</sup> Zorgverzekeraars Nederland is mede opdrachtgever voor de ontwikkeling van de indicatorensets en registratiegidsen

door de ziekenhuizen als belangrijk gezien omdat hier ook het commitment van de landelijke partijen die deelnemen aan de stuurgroep in wordt vastgelegd.

- Aanbevolen wordt om ook tijdens de volgende implementatieperiodes intentieverklaringen te sluiten met de ziekenhuizen.

In de toolbox zijn ook informatiemateriaal en presentaties opgenomen ter ondersteuning van de interne projectleiders om binnen de eigen organisatie andere partijen te informeren.

Op basis van de bezoeken aan de toolkit op de website en de directe vragen om bijvoorbeeld presentaties, wordt geconcludeerd dat de instrumenten zijn gebruikt door de ziekenhuizen.

- Geadviseerd wordt om het informatiemateriaal en de presentaties aan te passen aan de ontwikkelingen en via de website ter beschikking te blijven stellen.

#### *4.2.2 Trainingen en intervisiebijeenkomsten*

De trainingen hadden als doel om informatie te verstrekken over de ontwikkeling van indicatoren en de registratiegidsen en om instructie te geven bij het uitvragen van de informatie. De trainingen die tijdens de inlooperperiode zijn verzorgd komen inhoudelijk te veel overeen met voorlichtingsbijeenkomsten Zichtbare Zorg. Deze zijn verzorgd bij de start van de inlooperperiode. Hierdoor hebben de trainingen onvoldoende toegevoegde waarde. Daarnaast is het geven van instructie over het uitvragen van informatie onvoldoende tot zijn recht gekomen. Uit de evaluatie is gebleken dat dit niet mogelijk is in een algemene training omdat de verschillen tussen de ziekenhuizen te groot zijn.

- Geadviseerd wordt trainingen niet meer in de huidige vorm te geven. De voorlichtingsbijeenkomsten en de intervisiebijeenkomsten kunnen voldoende toegevoegde waarde geven bij de implementatie van de Zichtbare Zorg indicatoren.

De goede registratievoorbeelden vormen hierbij een belangrijke leidraad.

Het doel van de intervisiebijeenkomsten was het uitwisselen van kennis en ervaring tussen ziekenhuizen. De bijeenkomsten zijn positief geëvalueerd en geconcludeerd wordt dat het tijdens de intervisiebijeenkomsten uitwisselen van kennis en ervaringen toegevoegde waarde heeft voor de ziekenhuizen die deelnemen aan Zichtbare Zorg.

- Aanbevolen wordt om ook in de komende periode (tot 2011) intervisiebijeenkomsten te organiseren. Het is hierbij van belang om doel, doelgroep en programma helder vast te stellen en te communiceren. Er wordt gedacht aan een frequentie van vier keer per jaar, met een groepsgrootte van maximaal vijftien ziekenhuizen. Op basis van de positieve

evaluatie van de deelnemers aan de bijeenkomsten, wordt de ziekenhuizen aanbevolen om actief te participeren in toekomstige bijeenkomsten.

#### *4.2.3 Ondersteuningsteam/helpdesk*

Het Ondersteuningsteam had tot doel om op individuele wijze de ziekenhuizen te begeleiden (aanspreekpunt, ondersteuning en advies interne projectopzet, ontwikkelingen signaleren).

De ziekenhuizen die hebben deelgenomen aan de inlooperperiode hebben aangegeven dat het Ondersteuningsteam een grote toegevoegde waarde heeft gehad. Vooral de individuele benadering, een aanpak die afgestemd was op het betreffende ziekenhuis (maatwerk) en het hebben van een vast aanspraakpunt dat ook ontwikkelingen signaleert die in meerdere ziekenhuizen spelen, wordt zeer positief gewaardeerd.

- Geadviseerd wordt dat ook gedurende de komende implementatieperiodes ondersteuning wordt geboden in de vorm van een Ondersteuningsteam.

De Helpdesk is ingericht om snel en juist de inhoudelijke en procedurele vragen te beantwoorden. Door een verwijfsfunctie naar inhoudsdeskundigen zijn de juiste antwoorden gegeven.

Over de bereikbaarheid en snelheid van de Helpdesk kan worden geconcludeerd dat deze goed wordt gewaardeerd. De Helpdesk is onmisbaar als medium om vragen en opmerkingen te kunnen plaatsen.

- Aanbevolen wordt dat de Helpdesk gehandhaafd blijft. Mogelijk kan de Helpdesk een rol krijgen in het beheer van het informatiemateriaal in de toolbox.

#### *4.2.4 Dataverzameling en aanlevering, interne projectorganisatie*

Voor de inrichting van de verantwoordelijkheid binnen de ziekenhuizen zijn de volgende drie 'modellen' te onderscheiden:

1. een centrale stuurgroep, onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur;
2. verantwoordelijkheid bij het middenmanagement (clustermanagers, zorg(groep) managers);
3. verantwoordelijkheid bij een specifieke afdeling (bijv. Kwaliteit of Marketing).

Ook de betrokkenheid van de medisch specialisten wordt verschillend vormgegeven. Tevens kan worden geconstateerd dat in bijna alle gevallen de Raad van Bestuur, ziekenhuis medewerkers en medisch specialisten zijn betrokken.

Zowel de betrokkenheid van de medisch specialisten als van de Raad van Bestuur en de medewerkers zorgen er voor dat de implementatie van de Zichtbare Zorg indicatoren prioriteit krijgt en de toegevoegde waarde wordt ingezien.

Op basis van de aangeleverde gegevens blijkt dat er verschillende modellen denkbaar zijn. Hierbij is niet aan te geven welk model het beste werkt. Dit is vooral afhankelijk van de interne organisatie van het ziekenhuis.

- Geadviseerd wordt om tijdens de volgende implementatieperiodes expliciet de medisch specialisten, de Raden van Bestuur en de medewerkers te betrekken bij de interne projectstructuur binnen de ziekenhuizen. Vanuit het projectbureau Zichtbare Zorg kunnen aanvullende instrumenten worden ontwikkeld om de interne projectleiders van de ziekenhuizen hierbij te ondersteunen (presentaties, factsheets, etc.). Daarnaast dient de communicatie vanuit het projectbureau Zichtbare Zorg gericht te zijn op de afzonderlijke doelgroepen binnen de ziekenhuizen.

#### *4.2.5 Webenquête*

De webenquête heeft gedaan waarvoor deze is ontwikkeld: ziekenhuizen de mogelijkheid bieden om gegevens aan te leveren (negenentwintig van de drieëndertig deelnemende ziekenhuizen hebben gegevens aangeleverd). De gebruiksvriendelijkheid wordt wisselend ervaren en hangt mogelijk af van persoonlijke voorkeuren. Het totaalbeeld is dat de webenquête als een goed werkende tool wordt gewaardeerd door de deelnemende ziekenhuizen omdat zij op een relatief eenvoudige wijze de gegevens kunnen invoeren en worden ondersteund door de webenquête bij het verzamelen van de gegevens.

Suggesties voor verbetering die door de deelnemers worden genoemd hebben vooral betrekking op het werken met meerdere locaties, toelichtingvelden en afdrukmogelijkheden.

- Geadviseerd wordt om de webenquête ook in de toekomst te gebruiken voor het aanleveren van gegevens. Hierbij zijn wel aanpassingen nodig in het gebruiksgemak, onder meer met betrekking tot het werken met meerdere locaties, toelichtingvelden en afdrukmogelijkheden (zie verder de bijlage). Deze veranderingen dienen voor de volgende registratieperiode te zijn doorgevoerd.

#### *4.2.6 Landelijke en regionale registraties*

Tijdens de inlooperperiode is onderzocht of landelijke of regionale registraties kunnen worden gebruikt voor het aanleveren van gegevens voor Zichtbare Zorg. Hierbij is gebleken dat de Kanker Registratie voldoet aan de eisen die Zichtbare Zorg Ziekenhuizen stelt aan informatieverzameling: betrouwbaar, valide en vergelijkbaar.

In de inlooperperiode zijn afspraken gemaakt met de VIKC betreffende het gebruik van de Kanker Registratie en de database voor het project *'Mammazorg steeds beter'*. Deze afspraken moeten nog verder worden uitgewerkt en worden geoperationaliseerd.

- Geadviseerd wordt om hier voor de volgende registratieperiode inhoud aan te geven.

Daarnaast is er door de stuurgroep aan een werkgroep opdracht gegeven onderzoek te doen naar de mogelijkheden om regionale en landelijke registraties te gebruiken voor Zichtbare Zorg. De werkgroep brengt tijdens de voorbereidingsperiode van de volgende fase van de implementatie haar advies uit aan de stuurgroep.

#### *4.2.7 Goede registratievoorbeelden*

Tijdens de inlooperperiode is een aantal goede registratievoorbeelden geïnventariseerd.

Deze voorbeelden zijn gebruikt tijdens de intervisiebijeenkomsten. Daarnaast is een procedure ontwikkeld waarmee een verdere inventarisatie en uitwerking van de goede registratievoorbeelden kan plaatsvinden. Het resultaat is een gids met goede registratievoorbeelden per indicatorenset. Het voorstel is door de projectgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen vastgesteld.

- Voorgesteld wordt om de uitvoering van de procedure om te komen tot de gids met goede registratievoorbeelden te laten plaatsvinden voordat de volgende registratieperiode begint. Hierdoor kunnen de goede registratievoorbeelden in de volgende registratie- en implementatieperiode worden gebruikt. Tevens kunnen de goede registratievoorbeelden als leidraad worden gebruikt om de trainingen en intervisiebijeenkomsten vorm te geven.

### **4.3 Projectcommunicatie**

Deze paragraaf richt zich op de communicatieactiviteiten die de implementatie ondersteunen. De communicatie is tijdens de inlooperperiode vooral gericht geweest op het gebruikersperspectief van de ziekenhuizen. Per onderdeel zijn de volgende conclusies en aanbevelingen te geven.

#### *4.3.1 Kennisniveau deelnemende ziekenhuizen Zichtbare Zorg*

Overeenkomstig de implementatiefilosofie, was de communicatie in de inlooperperiode van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen erop gericht om de deelnemers zo veel als mogelijk te faciliteren. Deelnemers zijn vertrouwd met het proces van aanleveren en zevenentwintig van de tweeëndertig deelnemers geven aan verder te zullen gaan met het registreren en aanleveren van de eerste tien indicatorensets. Ook over het aanleveren van toekomstige sets is men positief.

In de afsluitende gesprekken met de interne projectleiders van de ziekenhuizen wordt aangegeven dat men goed op de hoogte is van toekomstige ontwikkelingen. Men weet hoe het traject na de inlooperperiode wordt vormgegeven en dat er nieuwe indicatorensets worden ontwikkeld. Geconcludeerd kan worden dat het kennisniveau over Zichtbare Zorg Ziekenhuizen van de deelnemers hoog is en dat de opzet van de communicatie geslaagd is.

- Geadviseerd wordt om de huidige communicatiestrategie te continueren en verder uit te breiden. Dit laatste zowel inhoudelijk als naar de verschillende doelgroepen.

Belangrijk hierbij is om vooral de centrale doelstelling zoals deze door de stuurgroep is geformuleerd voor iedereen inzichtelijk te blijven maken en vanuit deze doelstelling de toegevoegde waarde door de ziekenhuizen te laten ervaren.

#### *4.3.2 Kennisniveau niet-deelnemende ziekenhuizen Zichtbare Zorg*

Aan de hand van de telefonische interviews wordt geconcludeerd dat de ziekenhuizen die niet aan de inlooperperiode Zichtbare Zorg ziekenhuizen hebben deelgenomen ten dele zijn bereikt.

Er zijn aanvullende communicatieactiviteiten nodig om deze groep goed te informeren en urgentiebesef te creëren voor deelname aan Zichtbare Zorg. Deze activiteiten zijn inmiddels beschreven in een communicatieplan voor de volgende fase dat door de stuurgroep is geaccordeerd.

#### *4.3.3 Website en schriftelijke communicatie*

De website is intensief gebruikt gedurende de inlooperperiode. Bij de start van de inlooperperiode en rond het aanleveren van gegevens zijn er veel bezoeken geweest. De toolkit is herhaaldelijk geraadpleegd en ook de FAQ sectie is veel bekeken. In de afsluitende interviews zijn veel reacties gegeven op de website, waaronder opmerkingen over de opbouw van de website en het feit dat actieve signalering is gewenst. De conclusie is dat de website als een belangrijk medium wordt gezien door zowel de (niet-)deelnemende ziekenhuizen als door het projectbureau.

- Om het gebruiksgemak van de website verder te verhogen wordt geadviseerd om een vorm van actieve signalering van nieuwe items op te nemen op de website.

De schriftelijke communicatie wordt door de ziekenhuizen als goed beoordeeld, waarbij de naamsverandering naar Zichtbare Zorg Ziekenhuizen de projectleiders in de ziekenhuizen is opgevallen. Het project heeft daarmee meer een eigen identiteit gekregen. Wel geven de projectleiders van de ziekenhuizen aan dat zij niet altijd op de hoogte zijn van informatie die naar de Raad van Bestuur wordt gestuurd.

- Aanbevolen wordt om een kopie of een bericht van verzending van brieven aan de Raad van Bestuur van de ziekenhuizen te sturen aan de projectleiders in de ziekenhuizen.

#### 4.4 (Project)risico's

##### *Projectrisico's*

De inlooperperiode heeft een aantal risico's inzichtelijk gemaakt, die succesvolle structurele implementatie in de weg kunnen staan. Deze (project)risico's zijn:

1. het aantal indicatoren;
2. het tempo van het project;
3. de spanning tussen betrouwbare en valide gegevens enerzijds en gegevensaanlevering en openbaar maken anderzijds;
4. deelname van ziekenhuizen aan Zichtbare Zorg Ziekenhuizen;
5. interne (project)organisatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.

##### *1. Aantal indicatoren*

De doelstelling voor Zichtbare Zorg Ziekenhuizen is om voor 80% van de planbare zorg kwaliteitsinformatie te verzamelen. Concreet wordt bedoeld op indicatorensets voor 80 aandoeningen. Tijdens zowel de Praktijktest als de inlooperperiode is duidelijk geworden dat er bij de ziekenhuizen veel aanpassingen aan de registraties en processen moeten worden aangebracht om de gevraagde gegevens te kunnen aanleveren. Het zal de nodige tijd en investeringen vergen om deze aanpassingen door te voeren.

##### *2. Tempo van het project*

Enerzijds ligt het tempo van het project te laag om de doelstelling van het project te behalen. Als 80% van de planbare zorg in 2011 transparant moet zijn, is een versnelling in het proces noodzakelijk. Anderzijds ligt het tempo te hoog om te voldoen aan de pijlers van het project: betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid. De snelheid van ontwikkeling en invoering van de indicatorensets mag niet ten koste gaan van de zorgvuldigheid. De stuurgroep Zichtbare Zorg balanceert tussen deze uitersten.

##### *3. Spanning betrouwbaarheid / validiteit – gegevensaanlevering en openbaar maken*

Dit lijkt een cirkelredenering: zonder gegevens kan geen uitspraak worden gedaan over validiteit en betrouwbaarheid, en zonder te weten of gegevens betrouwbaar en valide zijn is zinvolle gegevensverzameling onmogelijk. Daarnaast wordt het openbaar maken van de kwaliteitsgegevens gekoppeld aan de volledigheid, betrouwbaarheid, vergelijkbaarheid en validiteit. Om hieraan te voldoen zijn nog grote investeringen bij zowel de ziekenhuizen als Zichtbare Zorg nodig. Dit vergt de nodige tijd terwijl zowel maatschappelijk als bestuurlijk de druk op openbaar maken van de gegevens groot is. Het risico bestaat dat het project in deze redenering blijft hangen.

##### *4. Deelname van ziekenhuizen aan Zichtbare Zorg Ziekenhuizen*

De ziekenhuizen die aan de inlooperperiode hebben deelgenomen hebben dit gedaan omdat ze de toegevoegde waarde inzien van de gehanteerde projectaanpak en een intrinsieke motivatie hebben om de kwaliteit transparant en inzichtelijk te maken.

Het betrekken en motiveren van alle ziekenhuizen vergt de komende jaren veel investeringen van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Gelet op de doelstelling om voor 80% van de planbare zorg in 2011 kwaliteitsinformatie te verzamelen is het nodig dat alle ziekenhuizen gaan deelnemen aan Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Gelet op de reacties van de ziekenhuizen die niet hebben deelgenomen aan de inlooperperiode is het echter de vraag of met de huidige implementatiestrategie voldoende (alle) ziekenhuizen in 2011 deelnemen aan Zichtbare Zorg.

#### *5. Interne (project)organisatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen*

Tijdens de inlooperperiode was de projectorganisatie Zichtbare Zorg Ziekenhuizen afgestemd op het implementeren van tien indicatorensets bij drieëndertig ziekenhuizen. Als meer ziekenhuizen gaan deelnemen aan Zichtbare Zorg Ziekenhuizen en het aantal te implementeren indicatorensets wordt uitgebreid, moet de interne (project)organisatie van Zichtbare Zorg hierop worden aangepast. Hierbij zijn verschillende activiteiten te onderscheiden die op een logische manier met elkaar in verband moeten worden gebracht; ontwikkelen en aanpassen indicatorensets, communicatie, implementatie, betrouwbaarheid en validiteit verhogen, proces van gegevens verwerking en openbaar maken.

Aan de stuurgroep wordt geadviseerd bovengenoemde risico's uit te laten werken en een aangepaste implementatiestrategie te baseren op de uit te werken scenario's. Zodoende kunnen de risico's voor de volgende implementatieperiode(s) zoveel mogelijk beheerst en beperkt worden.