

AANBEVELINGEN VAN DE KETEN AAN DE KETEN

Inzicht in de werkwijzen van verpleeghuizen rond het aanleveren van informatie over kwaliteit

Bevindingen nulmeting onderzoek programma KIK-V
Mei 2020



Inzicht in de werkwijzen van verpleeghuizen rond het aanleveren van informatie over kwaliteit

Aanbevelingen van de keten aan de keten

Bevindingen nulmeting onderzoek programma KIK-V

mei 2020

Colofon

Bevindingen nulmeting onderzoek KIK-V mei 2020
V2.0

Zorginstituut Nederland
Programma Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg (KIK-V)
Contact: infoKIKV@zinl.nl

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/programmas/samenwerkingsprogramma-keteninformatie-kwaliteit-verpleeghuiszorg>

De cartoons zijn gemaakt door Michel Henry, Lost Lemon

Voorwoord

Zorginstituut Nederland voert in opdracht van VWS het Programma Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg (KIK-V) uit. In dit programma werken belanghebbende partijen in de sector verpleeghuiszorg intensief samen: zorgaanbieders, zorgkantoren, hun brancheverenigingen, de Patiëntenfederatie Nederland, het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en het Zorginstituut zelf.

Het doel van dit programma is om de informatievoorziening rond de kwaliteit van zorg voor iedereen te verbeteren, waarbij cliënten en zorgverleners een prominente plaats innemen. Om deze verbetering te bereiken zijn goede samenwerking en vertrouwen tussen de belanghebbende partijen nodig. Het Programma KIK-V zorgt er daarom voor dat de ketenpartijen actief met elkaar in gesprek gaan. Zij zoeken gezamenlijk naar oplossingen met respect voor ieders eigen rol in de keten.

De belanghebbende partijen stellen samen afspraken op over hoe informatie in het vervolg nog beter kan worden uitgewisseld. Zij willen dat de gegevens die zorgaanbieders al vastleggen vanuit hun eigen processen ook gebruikt worden om informatievragen van andere partijen te beantwoorden. Daarnaast kunnen gegevens die al eens zijn uitgevraagd bij zorgaanbieders hergebruikt worden door andere partijen. De ketenpartijen verwachten dat het hanteren van deze twee uitgangspunten in de lange termijnoplossing iedereen een aanzienlijke vermindering van administratieve lasten oplevert.

Dit document doet verslag van de gesprekken die tussen maart en december 2019 zijn gevoerd met 24 zorgaanbieders. Deze gesprekken gingen over de inspanningen die zorgaanbieders leveren om informatievragen van externe partijen over de kwaliteit van zorg te beantwoorden. Deze kleine steekproef met een beperkt aantal zorgaanbieders had als doel inzicht te krijgen in hun bevindingen vanuit de praktijk. De deelnemende zorgaanbieders hebben deze ervaringen openhartig met het programma gedeeld in de context van de gezamenlijke programma-activiteiten. Sommige bevindingen van deze zorgaanbieders kwamen overeen en deze zijn daarom gebundeld in dit document. Ze zijn niet getoetst in een bredere groep van zorgaanbieders in de gehele sector verpleeghuiszorg.

De bedoeling van deze inventarisatie was om te documenteren welke werkwijzen de zorgaanbieders hanteren. Uit de gesprekken blijkt dat zorgaanbieders op verschillende manieren omgaan met de gevraagde informatie van externe partijen. De vragen die externe partijen hen stellen, lijken niet altijd op elkaar aan te sluiten. Het is deze diversiteit die het lastig maakt om gegevens met elkaar te vergelijken, waardoor de informatievoorziening niet efficiënt en effectief genoeg is. Daar willen de ketenpartijen mee aan de slag in het Programma KIK-V.

De ervaringen van de zorgaanbieders die zij met ons gedeeld hebben, raken ook onderwerpen die buiten de opdracht van het programma liggen. Bijvoorbeeld de ontwikkeling van de indicatoren die horen bij het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De ketenpartijen borgen gezamenlijk dat dit soort bevindingen geagendeerd worden bij de juiste verantwoordelijken.

Graag bedank ik de zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan Programma KIK-V voor hun tijd, beschikbaar gestelde expertise en capaciteit om deel te nemen aan deze inventarisatie. De inzichten die zorgaanbieders met ons delen zijn cruciaal om de resultaten van het programma te bereiken. De gesprekken met hen hebben veel bruikbare informatie opgeleverd om samen mee aan de slag te gaan. Zo hebben zij niet alleen ons maar de hele sector verpleeghuiszorg voorzien van waardevolle inzichten uit de praktijk.

Tiana van Grinsven
Voorzitter Ketenraad Programma Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg (KIK-V) en
Lid Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	5
1 INLEIDING	7
1.1 AANLEIDING	7
1.2 VRAAGSTELLING	7
1.3 BEGRIPPEN EN AFBAKENING	7
1.4 AANPAK	8
1.5 LEESWIJZER	8
2 WERKWIJZE BIJ AANLEVERING IS DIVERS	9
2.1 HOE VERZAMELEN ZORGAANBIEDERS DE GEGEVENS	9
2.2 WERKWIJZE 1. GEGEVENS UIT GEAUTOMATISEERD INFORMATIESYSTEEM	10
2.3 WERKWIJZE 2. AANLEVERING OP BASIS VAN BELEIDSAFSPRAKEN	11
2.4 WERKWIJZE 3. GEGEVENS WORDEN GESCHAT/INGEVULD OP BASIS VAN PARATE KENNIS	11
2.5 WERKWIJZE 4. GEGEVENS WORDEN HANDMATIG VERZAMELD	12
<i>Wat helpt zorgaanbieders?</i>	12
3 ZORGAANBIEDERS MAKEN EIGEN AFWEGINGEN BIJ INZET VOOR AANLEVERINGEN	13
3.1 AFWEGING 1: ZIJN DE GEVRAAGDE INDICATOREN BELANGRIJK ALS INTERNE STUURINFORMATIE?	13
3.2 AFWEGING 2: IN HOEVERRE WORDEN TEAMS/ZORGMEDEWERKERS DOOR DE AANLEVERING EXTRA BELAST?	14
<i>Wat helpt zorgaanbieders?</i>	15
4 UITVRAGEN ONVOLDOENDE OP ELKAAR AFGESTEMD	16
4.1 BIJ UITVRAGEN OVER PERSONEEL	16
4.2 BIJ KWALITEITSVERSLAGEN VERPLEEGHUISZORG VERSUS HET JAARVERSLAG MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING	17
<i>Wat helpt zorgaanbieders?</i>	17
5 VERANDERINGEN IN UITVRAGEN BEMOEILIJKEN INRICHTING SYSTEMEN	18
5.1 GEVOLGEN VAN VERANDERINGEN IN UITVRAGEN	18
<i>Wat helpt zorgaanbieders?</i>	20
6 MISMATCH TUSSEN STUURINFORMATIE EN AANLEVERING	21
6.1 'AANLEVERKLAAR' MAKEN VAN GEGEVENS OP BASIS VAN INTERNE STUURINFORMATIE	21
<i>Wat helpt zorgaanbieders?</i>	22
7 INDICATOREN WORDEN OP VERSCHILLENDE WIJZE GEÏNTERPRETEERD	23
7.1 INDICATOREN OP VERSCHILLENDE WIJZE INTERPRETEREN	23
<i>Wat helpt zorgaanbieders?</i>	25
8 GEEN CIJFERS ZONDER CONTEXT	26
8.1 VERHALENDE INFORMATIE BIJ CIJFERS DUIDT HUN BETEKENIS	26
8.2 NARRATIEVE INFORMATIE DIE ZORGAANBIEDER ZELF SAMENSTELT	27
8.3 INFORMATIE IN TOELICHTINGSVELDEN BIJ INDICATOREN IN DE ODB	27
<i>Wat helpt zorgaanbieders?</i>	28
9 KWALITEITSVERSLAGEN EN AUDITS GEVEN OOK AL INZICHT IN KWALITEITSGEGEVENS	29
9.1 GEGEVENS OVER KWALITEIT VAN ZORG OP MEERDERE PLEKKEN INZICHTELIJK	29
<i>Wat helpt zorgaanbieders?</i>	30

10 GEBRUIK VAN AANGELEVERDE GEGEVENS IS ONBEKEND.....	31
10.1 GEEN INHOUDELIJKE TERUGKOPPELING	31
<i>Wat helpt zorgaanbieders?</i>	32
11 WERKWIJZEN ROND AANLEVEREN GEGEVENS OVER KWALITEIT	33
11.1 AANLEVERING GEGEVENS KWALITEITSKADER VERPLEEGHUISZORG	33
11.2 CLIËNTINFORMATIE	34
11.3 MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING	36
11.4 WACHTLIJSTINFORMATIE	36
11.5 INFORMATIE VOOR INSPECTIEBEZOEKEN.....	38
12 VAN BEVINDING NAAR AANBEVELING.....	39

Samenvatting

In het landelijke programma Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg (KIK-V) werken de belanghebbende partijen samen om de informatievoorziening over de kwaliteit van zorg in de verpleeghuissector te verbeteren. De belanghebbende partijen zijn Patiëntenfederatie Nederland, zorgaanbieders, ActiZ, zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZ), het ministerie van VWS en Zorginstituut (ZIN).

Zorginstituut Nederland voert dit programma uit in opdracht van het ministerie van VWS. Het doel van het programma is informatievragen beter op elkaar af te stemmen door slimmer met data om te gaan. Dit zorgt voor beter beschikbare gegevens over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg met minder administratieve lasten.

24 Zorgaanbieders in de verpleeghuissector hebben tussen maart en december 2019 gesprekken gevoerd met medewerkers van het programma over hun inspanningen om voor verschillende externe partijen gegevens over de kwaliteit van zorg te verzamelen en aan te leveren. Dit document bundelt de bevindingen uit deze gesprekken. Hiermee gaan we verder met ketenpartijen in gesprek om verbeteringen in de informatievoorziening rond de kwaliteit van zorg te realiseren.

De aanlevering van gegevens die besproken is met de zorgaanbieders gebeurt rond de indicatoren van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording en het eigen jaarlijkse kwaliteitsverslag van de zorgaanbieders. Ook is gesproken over het aanleveren van informatie over wachtlijsten, het aanleveren van gegevens over de zorgaanbieder aan websites zoals Zorgkaart Nederland, en incidentele verzoeken om informatie van andere partijen zoals tijdens inspecties van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Centraal Bureau voor de Statistiek.

De reikwijdte van de bevindingen betreft de werkwijze bij het verzamelen en aanleveren van gegevens rond kwaliteit van zorg. De inhoudelijke opmerkingen van zorgaanbieders over de indicatoren liggen buiten het bereik van het programma, maar zijn wel in dit verslag opgenomen.

Gezamenlijk zal besproken worden in welke gremia de onderwerpen worden geagendeerd die buiten scope van de opdracht van programma KIK-V vallen. De inzichten, meningen en vragen van de zorgaanbieders zijn opgenomen zonder verdere standpuntbepaling. De bevindingen zijn gegroepeerd rond de volgende negen onderwerpen, waarbij de kanttekening gemaakt wordt dat er diversiteit is per bevinding tussen de deelnemende zorgaanbieders:

- **Werkwijze zorgaanbieders is divers**
Zorgaanbieders gaan op verschillende manieren te werk bij het verzamelen en aanleveren van gegevens voor de externe uitvragen. Gegevens kunnen geautomatiseerd uit software systemen komen of moeten handmatig worden uitgezocht.
- **Zorgaanbieders maken eigen afwegingen bij de inzet voor het aanleveren van gegevens**
Hoeveel tijd een zorgaanbieder besteedt aan het verzamelen en aanleveren van gegevens, hangt af van een aantal factoren. De inspanning die het kost om de gegevens te verzamelen, te bewerken en aan te leveren, wegen zorgaanbieders af tegen de waarde die de gegevens opleveren.
- **Uitvragen onvoldoende op elkaar afgestemd**
Externe partijen die data van de zorgaanbieders nodig hebben, stemmen doorgaans volgens de zorgaanbieders hun uitvragen niet genoeg op elkaar af. Dit geldt voor zowel de inhoud als de timing.
Dit speelt met name bij de onderwerpen Personeel en het kwaliteitsverslag van de zorgaanbieder ten opzichte van het jaarverslag maatschappelijke verantwoording.

- **Veranderingen in uitvragen bemoeilijken inrichting software systemen**
Veranderingen in jaarlijkse uitvragen maken het nodig dat software systemen worden aangepast. Dat heeft consequenties voor de gegevensverzameling.
- **Mismatch tussen stuurinformatie en aanlevering**
De indicatoren waarop de zorgaanbieder intern stuurt, verschillen vaak van de indicatoren die voor de externe aanlevering zijn vastgesteld. Definities komen bijvoorbeeld niet overeen, of de meeteenheden verschillen. Daarom zijn handelingen nodig om gegevens te bewerken zodat deze aangeleverd kunnen worden aan externe uitvragers.
- **Indicatoren worden op verschillende wijzen geïnterpreteerd**
De verschillen in interpretatie beperken de mate waarin de gegevens vergelijkbaar zijn en gebruikt kunnen worden. Dit heeft consequenties voor de overwegingen die zorgaanbieders maken om gegevens in een bepaalde vorm aan te leveren.
- **Geen cijfers zonder context**
Zorgaanbieders geven aan dat cijfers zonder contextuele toelichting meestal niet voldoende zijn om goede informatie te geven over het aspect van de kwaliteit van zorg dat gevraagd wordt.
- **Kwaliteitsverslagen en audits geven ook al inzicht in kwaliteitsgegevens**
Zorgaanbieders benoemden in de gesprekken dat veel informatie die zij aanleveren voor externe uitvragen ook al beschikbaar is in de kwaliteitsverslagen en auditrapporten.
- **Gebruik van aangeleverde gegevens is onbekend**
Zorgaanbieders geven bijna allemaal aan dat zij niet weten wat er met de gegevens gebeurt nadat zij ze hebben aangeleverd. Daarom vragen ze zich bijvoorbeeld af of de gegevens wel juist gebruikt en geïnterpreteerd worden.

Naast de bevindingen over het verzamelen en aanleveren van gegevens en de verschillende keuzes die zorgaanbieders hierin maken, is besproken hoeveel tijd de zorgaanbieders kwijt zijn met de aanleveringen en wie er binnen de organisaties bij betrokken zijn. Daarnaast is besproken hoe de zorgaanbieders omgaan met verschillende informatie-uitvragen, bijvoorbeeld het aanleveren van gegevens rond het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, cliëntinformatie via websites als Zorgkaart Nederland, aanlevering voor het jaarverslag maatschappelijke verantwoording en wachtlijstinformatie.

Het laatste hoofdstuk van dit document bevat de aanbevelingen van de zorgaanbieders en andere ketenpartijen, die zijn opgesteld op een gezamenlijke bijeenkomst. Dit is informatie voor het Programma KIK-V om samen met de deelnemende ketenpartijen een set van afspraken op te stellen waarmee de informatievoorziening rond de kwaliteit van de verpleeghuiszorg verbeterd gaat worden.

1 Inleiding

Dit document doet verslag van een inventarisatie naar de werkwijze van zorgaanbieders bij het verzamelen en aanleveren van gegevens over de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Dit onderzoek bij zorgaanbieders is onderdeel van het landelijke programma Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg (KIK-V). In dit programma werken verschillende belanghebbende partijen samen om de informatievoorziening over de kwaliteit van zorg in de verpleeghuissector te verbeteren. Betere informatie over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg komt aan iedereen ten goede, niet in de laatste plaats aan de burgers die voor zichzelf of hun naasten op zoek zijn naar verpleeghuiszorg.

1.1 Aanleiding

Zorginstituut Nederland voert het programma KIK-V uit in opdracht van het ministerie van VWS. Het doel is ervoor te zorgen dat de belanghebbende partijen in de verpleeghuiszorg over de informatie beschikken die zij nodig hebben om hun taken uit te voeren. Belangrijk is dat dit gebeurt op een manier die de administratieve lastendruk voor zorgaanbieders vermindert. De belanghebbende partijen zijn Patiëntenfederatie Nederland, zorgaanbieders, ActiZ als brancheorganisatie van zorgaanbieders, zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland en het ministerie van VWS.

De partijen stellen in het programma KIK-V samen een set van afspraken op over hoe informatie over de kwaliteit van verpleeghuiszorg in het vervolg nog beter kan worden uitgevraagd en gebruikt. Deze afspraken wil het programma in de praktijk toetsen met zorgaanbieders en betrokken partijen. Zo zorgen we er voor dat de gemaakte afspraken bijdragen aan de efficiëntere en effectievere informatievoorziening en dat ze aansluiten bij de wensen en behoeften van zorgaanbieders en andere partijen.

1.2 Vraagstelling

De vraagstelling van deze inventarisatie is: wat is voor de zorgaanbieders de huidige situatie, bij het verzamelen en aanleveren van gegevens die externe partijen bij hen uitvragen rond de kwaliteit van verpleeghuiszorg? Welke handelingen verrichten zij, welke afdelingen en medewerkers zijn daarbij betrokken, met welke systemen wordt gewerkt, welke keuzes maken zorgaanbieders en waarom maken zij die? Ook is gevraagd in welke mate zorgaanbieders administratieve lasten ervaren bij het verzamelen en aanleveren van de gegevens.

1.3 Begrippen en afbakening

Dit document is een momentopname van de situatie tussen maart en december 2019 op basis van open gesprekken met medewerkers van de deelnemende zorgaanbieders. Met de zorgaanbieders is gesproken over hoe zij gegevens verzamelen en aanleveren om vragen van externe partijen te beantwoorden.

Het gaat hierbij om het aanleveren van gegevens die de zorgaanbieders doen aan: de Openbare Database (ODB) van Zorginstituut Nederland; het Jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording (JMV); het jaarlijkse kwaliteitsverslag; het aanleveren van wachtlijstinformatie; aanleveringen van gegevens voor de websites KiesvoorjeZorg en ZorgkaartNederland. Ook incidentele verzoeken om gegevens aan te leveren kwamen in de gesprekken aan de orde, bijvoorbeeld van onderzoeksbureaus, tijdens inspecties van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), het Centraal Bureau voor de

Statistiek, gemeenten en zorgkantoren.

De gesprekken gingen specifiek over wat zorgaanbieders moeten doen om gegevens aan te kunnen leveren. De waarde, de zeggingskracht of andere inhoudelijke kwalificatie van de indicatoren van dit kwaliteitskader vallen niet binnen het programma. Toch is dit onderwerp in veel gesprekken met zorgaanbieders wel benoemd.

De bevindingen zijn onderverdeeld in negen verschillende onderwerpen, die afzonderlijk worden beschreven. Sommige beschrijvingen en voorbeelden van zorgaanbieders zijn van toepassing op meerdere bevindingen. Een onderwerp is hier een bevinding als meerdere deelnemende zorgaanbieders hetzelfde punt benoemd hebben.

In de gesprekken met zorgaanbieders lag de nadruk op het verzamelen en aanleveren van gegevens over de indicatoren rond de thema's basisveiligheid en personeelssamenstelling van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De meeste bevindingen hebben betrekking op deze onderwerpen. In een enkel geval deden zorgaanbieders ook uitspraken over andere thema's uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De inzichten, meningen en vragen van de zorgaanbieders zijn neutraal en zonder oordeel opgenomen.

De bevindingen worden in het programma KIK-V gebruikt om inzicht te krijgen in de huidige praktijk, werkwijze en ervaringen. Vervolgens wordt gezamenlijk met de belanghebbende partijen, waaronder de zorgaanbieders, bepaald welke afspraken moeten worden gemaakt om de informatievoorziening efficiënter en effectiever te organiseren.

1.4 Aanpak

Voor de nulmeting zijn zorgaanbieders benaderd door het hele land. Zij verschillen in omvang (locaties, aantal cliënten en omzet), doelgroepen (alleen verpleeghuiszorg of werkzaam in meer sectoren), mate van automatisering en gebruikte informatiesystemen. Bij deze zorgaanbieders zijn gesprekken gevoerd met medewerkers in allerlei functies: kwaliteits- en beleidsmedewerkers, P&O- en HR-adviseurs, secretarissen van de Raad van Bestuur, systeembeheerders, kwaliteitsverpleegkundigen en andere medewerkers die een rol vervullen bij het verzamelen en aanleveren van gegevens over kwaliteit.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 tot en met 10 geven een overzicht van negen bevindingen. In elk hoofdstuk wordt een bevinding toegelicht en voorzien van voorbeelden uit de praktijk die de zorgaanbieders in de gesprekken hebben aangegeven. Elke bevinding is bovendien voorzien van aanbevelingen van de zorgaanbieders.

Hoofdstuk 11 geeft weer aan welke partijen en op welke platforms zorgaanbieders gegevens aanleveren, wat het belang is van die aanleveringen voor zorgaanbieders en wat hun ervaringen zijn bij het aanleveren.

Hoofdstuk 12 geeft aanbevelingen van de deelnemende ketenpartijen voor de keten om de informatievoorziening te verbeteren.

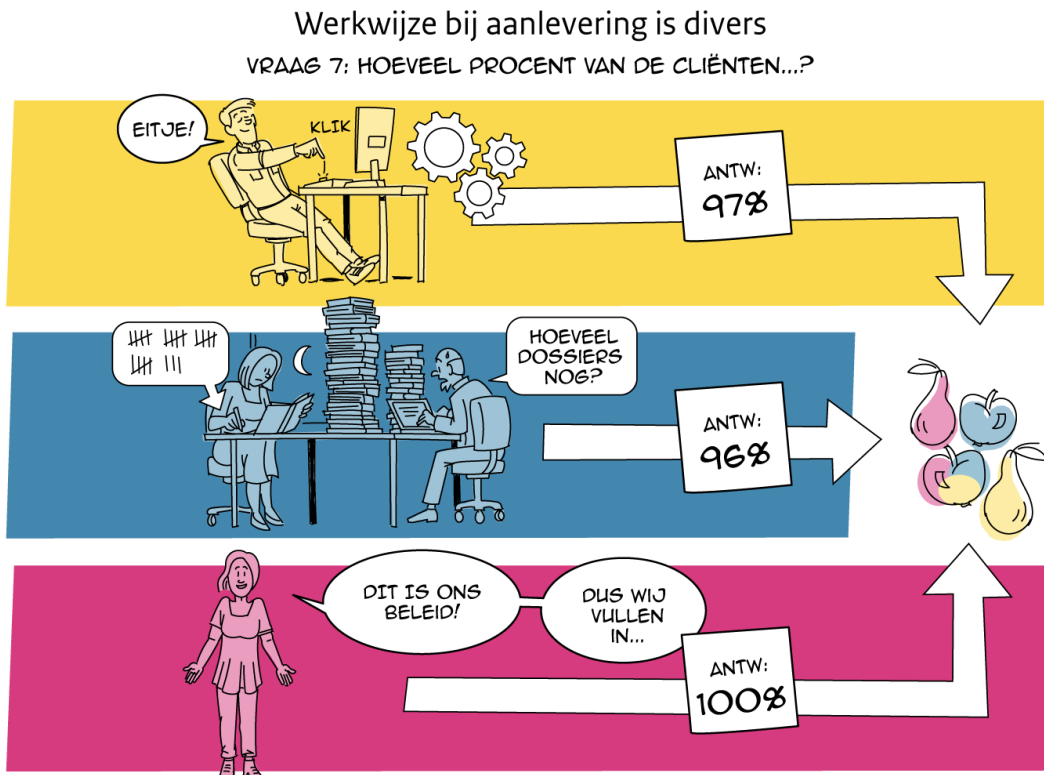
Aanduiding aantallen zorgaanbieders

Voor de leesbaarheid is in dit document met onderstaande aanduidingen aangegeven hoeveel van de deelnemende zorgaanbieders eenzelfde soort bevinding hebben benoemd.

<i>Enkele</i>	tot 5 zorgaanbieders
<i>Een aantal</i>	5 tot 15 zorgaanbieders
<i>Het merendeel</i>	16 tot 20 zorgaanbieders
<i>Bijna alle</i>	meer dan 20 zorgaanbieders

2 Werkwijze bij aanlevering is divers

Zorgaanbieders gaan op verschillende manieren te werk bij het verzamelen en aanleveren van gegevens voor de externe uitvragen. Deze bevinding beschrijft de verschillende werkwijzen van zorgaanbieders.



2.1 Hoe verzamelen zorgaanbieders de gegevens

De zorgaanbieders kijken of (onderdelen van) de gevraagde informatie overeenkomen met interne stuurinformatie. Alle zorgaanbieders geven aan dat er een verschil bestaat tussen interne stuurinformatie en extern gevraagde gegevens (uiteenlopend van deels overlappend tot nauwelijks overlap). Dit betekent dat zorgaanbieders extra werk moeten verrichten om deze gegevens te verzamelen; ze doen dat uitsluitend voor externe aanlevering.

De zorgaanbieders kiezen vervolgens:

- Zij verzamelen de gegevens, ook als deze niet verzameld worden voor interne stuurinformatie, en leveren deze cijfermatig aan, al dan niet met toelichting;
- Zij verzamelen bepaalde gegevens niet, zoals de gegevens die buiten de interne stuurinformatie vallen. In het toelichtingsveld geven ze dan uitleg waarom ze geen gegevens hebben aangeleverd.

Het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan álle gegevens die worden uitgevraagd te verzamelen en aan te leveren. Ook als deze niet overeenkomen met interne stuurinformatie en uitsluitend verzameld moeten worden voor de externe aanlevering. Dit onder het motto: wat moet, dat moet. De meeste zorgaanbieders verzamelen en leveren aan vanuit die verplichting. Een enkele zorgaanbieder

ziet voor de eigen organisatie toegevoegde waarde in het aanleveren van specifieke gegevens die zij intern niet gebruiken. Het dwingt de organisatie namelijk te kijken naar gegevens die zij anders niet, of minder nadrukkelijk intern zou gebruiken. Als de zorgaanbieders kiezen om bepaalde gegevens niet te verzamelen en ook niet aan te leveren dan geldt dit uitsluitend voor een gedeelte van de gevraagde gegevens. De argumenten om gegevens deels niet te verzamelen hebben voornamelijk te maken met:

- beschikbaarheid van gegevens en/of
- benodigde inzet van medewerkers

Sommige zorgaanbieders vinden dat zij te veel aanvullende (handmatige) bewerkingen moeten doen voordat zij gegevens kunnen aanleveren. Denk aan extra berekeningen, dwarsdoorsnedes en/of controleslagen maken, omdat de gevraagde gegevens niet in de gewenste vorm voorhanden zijn in de systemen. Deze aanbieders kiezen er dan meestal voor om de gegevens gedeeltelijk of niet cijfermatig aan te leveren, maar wel de toelichtingsvelden te vullen.

Enkele zorgaanbieders geven expliciet aan gegevens niet puur en alleen voor externe aanlevering te (willen) verzamelen. De zorgaanbieders noemen dat de inspanning die nodig is om alsnog tot de cijfers te komen niet in verhouding staan tot het doel. Dit kan ertoe leiden dat sommige indicatoren niet worden aangeleverd. Deze zorgaanbieders beperken zich dan tot uitleg in het toelichtingsveld.

Tot slot geven enkele zorgaanbieders aan dat het wel of niet aanleveren van bepaalde gegevens een strategische afweging kan zijn. Het gaat dan om onderwerpen die tot onjuiste beeldvorming kunnen leiden door mogelijk ongenueanceerde interpretatie van aangeleverde cijfers. Zij bespreken deze onderwerpen op bestuurlijk niveau, voorafgaand aan de aanlevering. Bij hen bepaalt het risico op misinterpretatie en (daardoor) verkeerde beeldvorming mede of en hoe iets wordt aangeleverd.

Zorgaanbieders hebben verschillende werkwijzen om de gevraagde gegevens aan te leveren.

2.2 Werkwijze 1. Gegevens uit geautomatiseerd informatiesysteem

De meeste zorgaanbieders hebben systemen en/of instrumenten om interne stuurinformatie te ontsluiten. Denk aan: business intelligence tools, rapportagetools en querytools waarmee zij standaard rapportages kunnen maken. Hiermee worden (standaard)rapportages en/of management dashboards gevuld met informatie. Enkele zorgaanbieders kiezen ervoor om de inrichting van de interne systemen uit te breiden met gegevens die alleen extern aangeleverd moeten worden.

De (intern) geregistreerde gegevens kunnen relatief eenvoudig geautomatiseerd met 'één druk op de knop' uit de systemen gehaald worden. Dit dekt nog niet de volledige externe uitvraag. Ook als de gegevens uit een systeem gehaald kunnen worden, zijn ze daarmee nog niet altijd klaar voor aanlevering. Categorisering of definities komen vaak niet overeen. Dit vraagt om 'Excel-geknutsel', vertaaltabellen, (handmatige) berekeningen, of conclusies op basis van aannames. Zoals een zorgaanbieder het samenvat: "*Helemaal zuiver is het niet te krijgen, maar het voert te ver om dat allemaal uit te zoeken: dit is het 'redelijk ongeveer'*".

Enkele zorgaanbieders kunnen sommige van de gevraagde gegevens wel uit hun systemen halen, maar kiezen ervoor dit niet te doen. Zij vinden dat de cijfers geen compleet beeld geven en een eigen leven kunnen gaan leiden. Zij geven aan dat cijfers alleen met toevoeging van informatie over de context het hele verhaal vertellen. Daarom nemen zij soms alleen een toelichting op terwijl de data wel beschikbaar is.

Uit de praktijk:

De zorgaanbieder kan de gegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen goed uit hun systeem halen maar omdat de categorisering anders is dan bij de aanlevering aan de ODB gevraagd wordt, is dit niet 1 op 1 over te nemen. De zorgaanbieder hanteert de zwaarte-indeling van Vilans, bij de ODB is alvast voorgesorteerd op de aankomende wet Zorg & Dwang. Dat maakte dat specifiek voor dit gegevenelement vrijwel alle dossiers gecheckt moesten worden en de indeling van de zorgaanbieder

moest worden vertaald naar de terminologie gebruikt in de ODB. Medewerkers op locatie zijn daar lange tijd mee bezig geweest, waarbij de specialist ouderengeneeskunde heeft meegekeken.

2.3 Werkwijze 2. Aanlevering op basis van beleidsafspraken

Voor sommige indicatoren kijken zorgaanbieders voor het antwoord op een vraag naar interne beleidsafspraken en het ingerichte proces. Is het intern beleid dat altijd een bepaalde werkwijze wordt gevolgd? Dan vullen een aantal zorgaanbieders 100% in of 99%: "we calculeren in dat het registreren van de beleidsafspraken mogelijk ergens vergeten of onvolledig is. Ze kijken dan niet verder naar vastgelegde gegevens in dossiers.

Voorbeelden van indicatoren waarbij de vraag door een deel van de zorgaanbieders vanuit een beleidsafpraak/proces wordt beantwoord:

- Indicator 1.2: Percentage afdelingen waar een casuïstiekbespreking over decubitus heeft plaatsgevonden;
- Indicator 2: Percentage cliënten op de afdeling waar beleidsafspraken rondom het levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier;
- Indicator 3.1: Percentage afdelingen waar medicatiefouten ten minste één keer per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan;
- Indicator 3.2: Percentage cliënten –met een ZZP V&V-indicatie met behandeling– waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt.

Zorgaanbieders noemen verschillende redenen waarom zij deze indicatoren beantwoorden vanuit beleidsafspraken en bestaande processen:

- De zorgaanbieder ziet meer waarde in het volgen en bevragen van het proces – Hoe werkt een team? Wat doen ze aan verbetering en wat levert het op? – dan in daadwerkelijk gemeten percentages;
- De zorgaanbieder vertrouwt op de interne processen, waarvan de uitvoering wordt getoetst met interne audits en/of steekproeven.
- Per cliënt een dossiercheck doen uitsluitend voor externe aanlevering kost veel extra tijd. Dit levert geen extra interne kwaliteitsinformatie op en wordt daarom niet gedaan.

Uit de praktijk:

De zorgaanbieder laat, waar mogelijk, procesafspraken leidend zijn bij het aangeven van een percentage. Zo is 100% aangeleverd als percentage cliënten met afspraken rond het levenseinde. Want, zo is de redenatie: volgens de standaardwerkwijze worden afspraken hierover altijd besproken bij het opnamegesprek: dat is in het werkproces van de zorgaanbieder geborgd. De aanbieder toetst steekproefsgewijs via interne audits of dit werkproces wordt nageleefd. Blijkt uit deze audits dat de vastlegging niet 100% is, dan gaat het team hiermee aan de slag.

2.4 Werkwijze 3. Gegevens worden geschat/ingevuld op basis van parate kennis

Er zijn zorgaanbieders die bepaalde indicatoren vanuit parate kennis beantwoorden of met een (gefundeerde) inschatting. Het gaat hier vaak om ja/nee-vragen en vragen binnen het werkveld van de (kwaliteits-)medewerker die de uitvraag beantwoordt.

Uit de praktijk:

Sommige gegevenselementen worden 'top of mind' beantwoord: interne en externe audits worden uitgevoerd, analyse van incidenten en eventuele calamiteiten worden gebruikt om de zorg systematisch te verbeteren, er zijn verbeterplannen, etc. De interne audits bij de aanbieder volgen de kwaliteitsindicatoren, daar wordt altijd met een kwaliteitsverpleegkundige naar gekeken.

Indicatoren zoals uitvoering van interne audits, verbeteren op basis van calamiteiten of verbeterplannen zijn volgens zorgaanbieders gemakkelijk met 'ja' te beantwoorden.

2.5 Werkwijze 4. Gegevens worden handmatig verzameld

Een aantal zorgaanbieders verzamelen hun gegevens handmatig. Enkelen kiezen hiervoor omdat handmatig verzamelen actuelere informatie oplevert. Andere zorgaanbieders kunnen gegevens niet uit hun bestaande systemen halen, bijvoorbeeld omdat het systeem niet is aangepast aan de externe uitvragen. In dat geval wordt geteld en geturfd. Daarvoor worden dossiers één voor één geopend. De uitkomsten worden in Excel- of Word-bestanden bijgehouden – of soms in een app. Sommige zorgorganisaties maken van de nood een deugd en benutten het moment voor een interne audit: "Als het dan toch verzameld moet worden voor aanlevering, laat het dan ook meteen een grondige dossiercheck zijn, zodat de organisatie daarvan kan leren."

Uit de praktijk:

Ieder dossier moet afzonderlijk worden geopend, gegevens worden geturfd in een Excel-bestand en doorgestuurd naar de kwaliteitsmedewerker. De kwaliteitsmedewerker doet de berekeningen met deze absolute getallen.

Wat helpt zorgaanbieders?

Om het aantal werkwijzen te verminderen, ziet een aantal zorgaanbieders een mogelijkheid om data en gegevens direct uit het primaire proces op te halen. Zo zou er minder variatie in werkwijzen ontstaan en minder verwarring over de interpretatie van de gegevens. Dit heeft als voordeel dat deze aanleverwijze minder werk oplevert, als dit ophalen van primair vastgelegde gegevens goed werkt.

Het merendeel van de zorgaanbieders wil duidelijke richtlijnen om de Openbare Database (ODB) eenduidig te vullen.

3 Zorgaanbieders maken eigen afwegingen bij inzet voor aanleveringen

Zorgaanbieders maken een eigen afweging bij aanlevering bij de hoeveelheid tijd en inzet van medewerkers voor het verzamelen en aanleveren van kwaliteitsindicatoren. Deze bevinding duidt hoe en welke afwegingen ze maken.

Zorgaanbieders maken eigen afwegingen bij inzet voor aanleveringen



3.1 Afweging 1: Zijn de gevraagde indicatoren belangrijk als interne stuurinformatie?

Als de gevraagde indicatoren belangrijk zijn om intern op te sturen, mag het tijd en energie kosten om vragen te beantwoorden, geven de zorgaanbieders aan. Is dit niet het geval, dan wordt de bestede tijd en inzet geminimaliseerd. De inspanning wordt dan alleen gepleegd voor de aanlevering. "Als het geen meerwaarde oplevert, doen we het liever niet."

Een enkele zorgaanbieder kiest juist wel voor een arbeidsintensieve, tijdrovende handmatige aanpak. "Als het dan toch verzameld moet worden voor aanlevering, laat het dan ook meteen een grondige dossiercheck zijn, zodat de organisatie daarvan kan leren."

Uit de praktijk:

Deze zorgaanbieder stelt de vraag of wat moet worden aangeleverd ook echt inzicht oplevert als het gaat over geleverde kwaliteit vanuit verschillende perspectieven. Als dat wél zo is, dan mag het ook wat kosten, ook aan inspanning: maar dan moet het een betrouwbaar beeld opleveren van geleverde kwaliteit. Het verpleeghuis vindt dat dit punt aan de orde moet komen (inhoud van indicatoren), naast de praktische overwegingen hoe en met hoeveel tijd informatie waaruit te halen is, met welke technische voorzieningen. Als de zorgaanbieder in de gevraagde informatie daadwerkelijk een valide indicator van kwaliteit ziet, wil zij daarin ook de benodigde tijd en aandacht steken - anders niet, of minder.

3.2 Afweging 2: In hoeverre worden teams/zorgmedewerkers door de aanlevering extra belast?

Zorgaanbieders kiezen afhankelijk van hun werkwijze (handmatig, 'educated guess', verzameling met 'één druk op de knop' uit systemen, etc.) en de organisatiegrootte welke functionarissen zij betrekken om vragen over kwaliteit te beantwoorden.

Het uitgangspunt voor het merendeel van de zorgaanbieders is dat de locaties/afdelingen/teams zo min mogelijk last ervaren van de gegevensaanleveringen. Er zijn zorgaanbieders die alleen gegevens aanleveren die zonder aanvullende handelingen door zorgmedewerkers uit bestaande systemen gehaald kunnen worden. Dit is ook een argument om, waar mogelijk, de aanlevergegevens te baseren op interne beleidsafspraken en -processen. In dat geval vindt er dus geen nader onderzoek meer plaats naar wat er daadwerkelijk is geregistreerd.

Uit de praktijk:

De zorgaanbieder levert alleen die gegevens aan, die zonder aanvullende handelingen door de zorgmedewerker uit de bestaande systemen gehaald kunnen worden. "Wat makkelijk kan, dat doen we". Dat betekent onder meer dat de gevraagde aanlevering over decubitus (% cliënten met decubitus graad 2 of hoger) niet wordt uitgevoerd. De risicoscorelijsten staan per cliënt geregistreerd in het ECD-systeem, maar dit is nog niet volledig voor alle cliënten. De zorgaanbieder kiest voor risicosignalering wanneer dat aan de orde is bij de betreffende cliënt en voert daarnaast sowieso minimaal 1x per jaar een risicosignalering uit op vaste risicogebieden. Dit proces wordt niet aangepast vanwege een externe uitvraag. Voor een totaaloverzicht moet iemand door alle dossiers om te turven: die inspanning vindt de zorgaanbieder niet in verhouding staan tot het doel. Als dit op een later moment wel (gemakkelijk) uit het systeem kan komen, doet de zorgaanbieder het wel. Belangrijkste criterium is: wordt het team/de zorgmedewerker door aanlevering extra belast? En: levert dit verzamelen een meerwaarde op voor het team en de kwaliteit van zorg?

Uit de praktijk:

Het uitgangspunt is dat de locaties zo min mogelijk last ervaren van de aanlevering; daarom doet de verpleeghuisinstelling ook niet aan 'registreren voor het registeren'. Als dat betekent dat bepaalde gegevens niet voorhanden zijn omdat de verpleeghuisinstelling die niet nuttig acht voor interne sturing, dan worden de gegevens niet alsnog verzameld alleen voor de aanlevering: "We doen geen paniekactie. Wat wel of niet wordt aangeleverd, wordt afgestemd met het bestuur. Als een gegevenselement niet wordt aangeleverd, wordt daarover een toelichting opgenomen in Desan."

Er zijn ook zorgaanbieders die aangeven: "Als we het hebben, leveren we het aan, ook als het tijd kost". Zorgaanbieders leveren aan omdat het een verplichting is.

Uit de praktijk:

De filosofie van de zorgaanbieder bij aanleveringen is: wat moet, dat moet. De zorgaanbieder geeft aan dat, ook als het 'opgelegd' wordt en het niet een kwaliteitsindicator is die primair vanuit de organisatie gevraagd wordt, het de organisatie wel verder helpt bij leren en verbeteren. Zonder de aanlever-verplichting zou dit waarschijnlijk achterwege blijven. "We willen zelf ook cijfers hebben om te leren en verbeteren en moeten ons verantwoorden. Hoe kunnen we die twee bij elkaar brengen? En het met elkaar ontwikkelen?". Daarbij bedenkt de organisatie: wat levert het ons en bewoners op? Wat is al geregeld in bestaande processen? Waar is verbetering mogelijk? De zorgaanbieder noemt zichzelf daarin 'volgend en proactief': "we kleuren binnen de lijntjes".

Wat helpt zorgaanbieders?

Zorgaanbieders wensen meer sturing richting ECD aanbieders voor een 'reguliere aanlevermodule'. Daarnaast willen ze graag voor een langere tijd vaste indicatoren, waardoor de gegevens eenduidig, met meer draagvlak en met minder werk, zijn aan te leveren.

Een aantal zorgaanbieders wil graag dat hun organisatie eigen keuzes kan blijven maken bij het meten en vastleggen van gegevens, zodat ze rekening kunnen houden met eigen omstandigheden en context. Mocht er één plek komen waar informatie-vragende partijen gegevens ophalen, dan willen de meeste zorgaanbieders deze gegevens wel kunnen toelichten: in een gesprek of met andere narratieve informatie.

4 Uitvragen onvoldoende op elkaar afgestemd

Externe partijen die om gegevens vragen, stemmen hun uitvragen onvoldoende op elkaar af, geven zorgaanbieders aan. Dit betekent dat zorgaanbieders meerdere keren per jaar worden gevraagd om vergelijkbare gegevens aan te leveren. Maar in verschillende formats en via verschillende manieren (portalen, mail, Excelsheets). Deze bevinding duidt de twee voornaamste onderdelen waar dit speelt volgens de zorgaanbieders: bij vragen over personeel en bij het kwaliteitsverslag en het jaarverslag maatschappelijke verantwoording.

Uitvragen onvoldoende op elkaar afgestemd



4.1 Bij uitvragen over personeel

Het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan dat planning en inhoud vooral bij de uitvragen over personeel onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. De uitvragen over personeel zijn:

- Indicatoren Personeelssamenstelling in de Openbare Database (Zorginstituut Nederland);
- Jaarverantwoording Zorg, onderdeel personeel in verantwoordingsgegevens in DigiMV (Ministerie van VWS);
- Verantwoording kwaliteitsbudget (Zorgkantoren).

Bij deze uitvragen zijn de momenten van aanlevering en de manier waarop de gegevens moeten worden aangeleverd verschillend. Ook de inhoud is net weer anders.

Daar komt bij dat bij de indicatoren personeelssamenstelling en bij de verantwoording kwaliteitsbudget, de uitvraag alleen betrekking heeft op het personeel dat werkt met cliënten waarop het kwaliteitskader verpleeghuiszorg van toepassing is. Organisaties die ook andere zorg leveren,

geven aan dat ze aannames moeten doen om het personeel toe te rekenen aan de betreffende doelgroep. Volgens hen levert dat geen eenduidige en onderling vergelijkbare informatie op. De uitvraag in DigiMV kent weer een ander perspectief, namelijk al het personeel dat binnen de organisatie werkzaam is in de verzorging, verpleging en thuiszorg tezamen.

Uit de praktijk:

De zorgaanbieder gebruikt zijn HRM-systeem om te zien welke gegevens beschikbaar zijn. "Er ligt vast hoeveel personeel er is met een tijdelijk contract, maar dat is een cijfer voor de hele stichting., niet specifiek voor personeel dat werkt voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Wij lossen dit pragmatisch op door te kijken naar het percentage Wlz-cliënten op het geheel, en dat ook toe te passen voor de gegevenselementen personele samenstelling."

Ook geven veel organisaties aan dat de definities in de uitvragen over personeel niet altijd eenduidig zijn. Zij geven daarbij aan dat eenduidige definities niet alleen het gemak van aanlevering vergroten maar ook het vertrouwen over het gebruik van de gegevens.

Uit de praktijk:

Doordat er afhankelijk van gehanteerde definities en afbakening verschillende antwoorden mogelijk zijn, is het de vraag in hoeverre dit 'echte' informatie oplevert, laat staan dat die verschillende organisaties onderling vergelijkbaar zijn.

Uit de praktijk:

Wat veel tijd kostte, was bepalen in hoeverre de informatie voor aanlevering personele samenstelling 1 op 1 aansloot bij wat aangeleverd moest worden in de verantwoording kwaliteitsgelden.

4.2 Bij kwaliteitsverslagen verpleeghuiszorg versus het jaarverslag maatschappelijke verantwoording

De organisaties ervaren overlap tussen het kwaliteitsverslag verpleeghuiszorg en het jaarverslag maatschappelijke verantwoording van de gehele organisatie. Enkele organisaties kiezen ervoor om deze twee verslagen te integreren (een apart jaarverslag is niet meer verplicht). Anderen maken zoveel mogelijk gebruik van dezelfde teksten voor de twee verslagen. Bij de keuze voor één of twee verslagen speelt mee of de organisatie alleen verpleeghuiszorg levert of ook andere zorg. Ook speelt mee of het doel en de doelgroep van de twee verslagen onderling verschillen. Voordeel van een verslag vinden organisaties dat hierin ook het verhaal bij de cijfers is opgenomen. Daarom pleiten enkele zorgaanbieders voor één geïntegreerde aanlevering van cijfers en één verslag.

Wat helpt zorgaanbieders?

Alle zorgaanbieders hebben behoefte aan minder uitvragen van gegevens over eenzelfde onderwerp (bijvoorbeeld: personele samenstelling). Ze zouden graag dezelfde gegevens over dezelfde onderwerpen, aan verschillende partijen aanleveren.

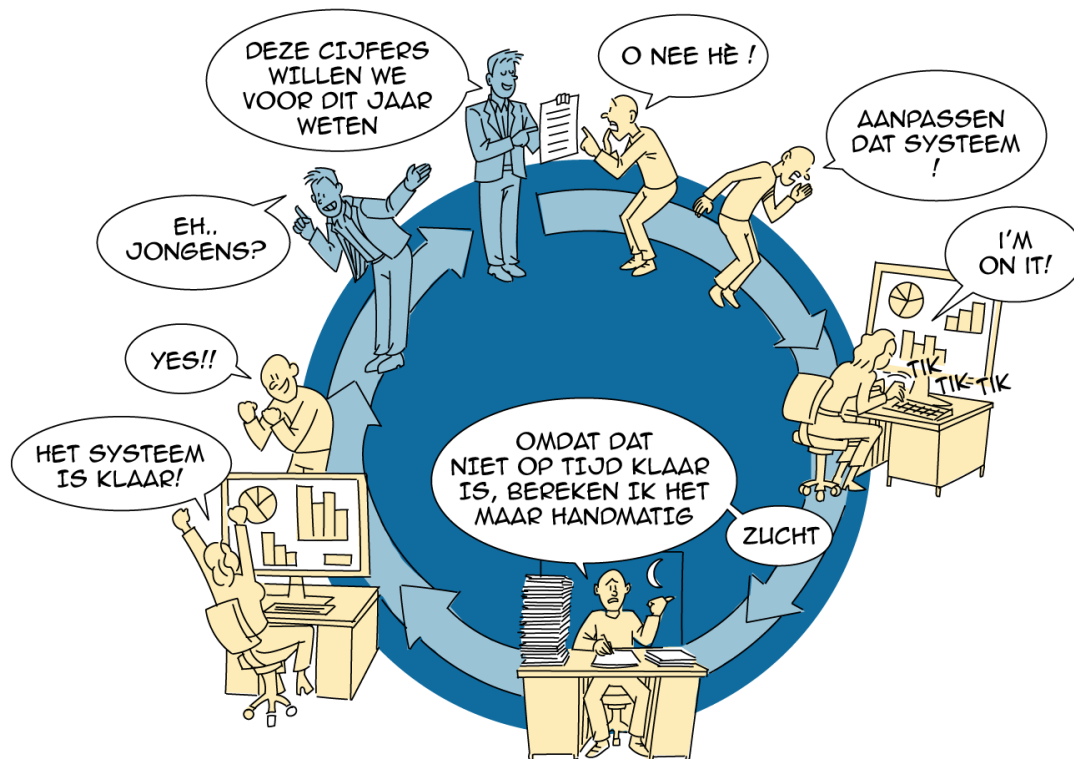
Ze willen graag dat externe partijen meer samenwerken rond deze uitvragen, zodat de administratielast voor de zorgaanbieders afneemt. Daarbij is de wens ook om de tijdslijnen van de uitvragen samen te voegen. Sommige zorgaanbieders zouden het liefst alle gegevens gebundeld zien in één overzicht, dashboard of extern (beveiligd) datapunt, zodat de informatie-vragende partijen daar zelf informatie uit kunnen halen op basis van gevalideerde autorisaties. Dan kunnen organisaties immers (onderdelen van) een aanlevering hergebruiken, in plaats van dat ze ongeveer dezelfde gegevens opnieuw moeten bewerken.

Ook zien zorgaanbieders graag dat de zorgverzekeraars en gemeenten de aanlevermethodes standaardiseren.

5 Veranderingen in uitvragen bemoeilijken inrichting systemen

Zorgaanbieders geven aan dat door de jaarlijks veranderende uitvragen de systemen ook steeds aangepast moeten worden. Deze bevinding legt uit wat de consequenties daarvan zijn.

Veranderingen in uitvragen bemoeilijken inrichting systemen



5.1 Gevolgen van veranderingen in uitvragen

Elk jaar zijn er verschillen in de uitvragen, doordat bijvoorbeeld aanlevermethodieken en indicatoren wijzigen. Als zorgaanbieders hun interne processen en systemen net hebben aangepast (om aanleveringen te vergemakkelijken) zijn die een jaar later daardoor vaak deels alweer overbodig geworden. Daarnaast worden de veranderingen pas laat in het verslagjaar bekendgemaakt, waardoor de organisaties het lastig vinden om op tijd weer nieuwe aanpassingen in hun systemen door te (laten) voeren. Doorgaans worden de veranderingen over de uitvraag in het lopende verslagjaar begin kwartaal vier bekendgemaakt. Er resteert dan weinig tijd voor aanpassingen en/of nieuwe metingen. Zorgaanbieders geven aan dat dit invloed kan hebben op het tijdig correct verzamelen van de gevraagde gegevens. De onzekerheid of dezelfde gegevens het jaar erop nog steeds worden gevraagd zorgt voor terughoudendheid in investeringen in systemen en dashboards. Voor een volgend verslagjaar kunnen immers weer andere gegevens opgevraagd worden.

Uit de praktijk:

"Pas recent (oktober 2019) is informatie bekendgemaakt over de indicatoren verslagjaar 2019. Het zou logischer zijn als dat nu voor 2020 is. Nu horen we pas in het najaar waar we in heel 2019 over moeten rapporteren, terwijl een aanzienlijk deel van dat (meet)jaar al voorbij is. Het maakt het nagenoeg onmogelijk om daar de systemen op in te richten. Met terugwerkende kracht zaken over

2019 opleveren over bijvoorbeeld eten en drinken en incontinentie wordt op die manier niet makkelijker. Daarnaast zou de Cliëntenraad ook invloed moeten hebben op de keuze indicatoren, dus daar moet ook nog tijd voor ingeruimd worden. We gaan wel 'sturen' opdat de CR vooral een indicator kiest die we makkelijk uit het ECD kunnen halen, en/of waar de organisatie nu toch al mee bezig is."

Uit de praktijk:

"Het mooiste zou zijn als de uitvraag enige jaren hetzelfde blijft. Dan kan het systeem daarop ingericht worden 'en zijn we klaar'."

Uit de praktijk:

"Als de gegevens uitvraag constant is, loont het bovendien de moeite om aanpassingen op te nemen / in te bouwen in de gebruikte systemen en wordt de urgentie bij leveranciers om dat te doen groter."

Op dit moment checkt een aantal organisaties voor een deel van de indicatoren handmatig dossiers, omdat de systemen (nog) niet aangepast zijn. Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat ze voor de lange termijn kritisch zijn over het doorvoeren van veranderingen in hun systemen en dashboards. Ze willen graag de uitvragen van gegevens over een periode van meerdere jaren stabiel houden. Als er wel veranderingen zijn, willen ze dat deze eerder gecommuniceerd worden.

Uit de praktijk:

"Het is belangrijk dat men zich realiseert dat, elke keer dat er weer wat anders wordt gevraagd, dit ingeregeld moet worden in de systemen. Als gegevens voor een tijd worden vastgelegd en dat vanuit de overheid kan worden geregeld, kunnen ook alle ECD leveranciers hetzelfde in het systeem zetten. Dat zou een hoop schelen."

Een aantal zorgaanbieders heeft behoefte aan landelijke regie richting softwarebedrijven van ECD-systemen (Elektronisch Cliënten Dossier). Grotere organisaties onderhandelen momenteel vaak individueel met softwareleveranciers over dashboard- en systeemaanpassingen. Kleinere organisaties komen lastiger in gesprek met de softwareleveranciers. Zorgaanbieders willen softwareleveranciers graag eerder betrekken bij aankomende wijzigingen zodat zij samen tot oplossingen kunnen komen: alle organisaties moeten immers dezelfde gegevens aanleveren. Kleinere zorgaanbieders willen graag formats voor dashboards om de ontwikkelkosten te beperken. Ze geven aan dat de initiële investeringen in systemen te groot zijn. Dat komt mede doordat vereisten voor de inrichting van systemen steeds veranderen.

Zorgaanbieders, groot en klein, ervaren een afhankelijkheid van de softwareleveranciers. Bepaalde systemen zijn bijvoorbeeld niet geschikt voor managementrapportages maar worden wel hiervoor gebruikt. Een ander voorbeeld is dat leveranciers updates doorvoeren waardoor gegevens niet meer, of niet meer in de juiste vorm beschikbaar zijn.

Wat helpt zorgaanbieders?

De meeste zorgaanbieders zien een mogelijkheid in gegevens direct uit het primaire proces ophalen. Zo zou er minder verwarring kunnen ontstaan over de interpretatie van de gegevens. Deze aanleverwijze levert bovendien minder werk op, als die eenmaal goed is ingeregeld. Een aantal zorgaanbieders ziet hier mogelijkheden voor het ontwikkelen van een landelijke infrastructuur en/of het maken van vaste afspraken met alle leveranciers van elektronische cliëntendossiers (ECD's). Dat zou ervoor zorgen dat bepaalde indicatoren altijd en overal/door iedereen op dezelfde manier kunnen worden vastgelegd via het cliëntdossier – ongeacht welk ECD een aanbieder gebruikt.

Los van de eigen systemen van zorgaanbieders zijn er ook een aantal wensen ten opzichte van het Desan portal:

- Zorgaanbieders ontvangen graag notificaties als er gegevens aangeleverd of aangepast moeten worden;
- Bij het invullen van gegevens direct naast het invulveld de input van voorgaand jaar tonen. Hiermee kunnen zorgaanbieders consistentere zijn in hun aanleveringen, verwachten ze;
- Grotere zorgaanbieders met veel verschillende locaties willen meerdere locaties tegelijk kunnen invoeren;
- Het zou wenselijk zijn als er aangegeven wordt wat er is veranderd in de portal en aan de invulinstructie ten opzichte van het voorgaande jaar.

6 Mismatch tussen stuurinformatie en aanlevering

Bijna alle zorgaanbieders geven aan dat er een verschil is tussen gegevens en indicatoren die ze moeten aanleveren en indicatoren waar zij intern op sturen. Deze bevinding beschrijft hoe de gegevens 'aanleverklaar' gemaakt moeten worden, ook als er een gedeeltelijke overlap is.

Mismatch stuurinformatie en aanlevering



6.1 'Aanleverklaar' maken van gegevens op basis van interne stuurinformatie

Veel zorgaanbieders beschouwen de aanlevering in meer of mindere mate als 'een moetje': zonder toegevoegde waarde voor interne afwegingen rond kwaliteit. De gegevens kunnen niet altijd rechtstreeks uit de systemen worden gehaald, of niet zonder arbeidsintensieve nadere bewerking. De zorgaanbieders vinden hun inzet daarmee niet in verhouding staan tot het doel (inzicht geven in hun werkwijze, kwaliteit, inzet van middelen en de resultaten). Zij merken op dat dit haaks staat op beleidsvoornemens als 'administratieve lastenvermindering' of 'regelarm werken'.

De mismatch tussen interne stuurinformatie en externe aanlevering kan verschillende aspecten betreffen:

1. De gebruikte categorisering komt niet overeen;
2. De gebruikte definities komen niet overeen;
3. De informatie is anders: de interne stuurinformatie is meer verhalend en minder cijfermatig;
4. De gevraagde gegevens moeten (handmatig) uit overzichten gefilterd worden doordat meeteenheden verschillen;
5. De gevraagde gegevens zijn vooral medisch, terwijl de zorgaanbieder meer welzijnsaspecten wil aanleveren en minder 'harde feiten'.

De aanlevering levert bij de meeste zorgaanbieders 'gezonde tegenzin' op, omdat het volgens hen lang niet altijd gaat om gegevens die echt inzicht geven in kwaliteit.

Uit de praktijk:

"Voor de gegevens personeelssamenstelling kon het meeste uit het HR-systeem komen en uit het registratiesysteem van de cliënten. Vervolgens moet gefilterd worden naar categorie ZZP 4 en hoger. Die uitsplitsing naar groepen cliënten maakt het lastig: veel wordt namelijk bijgehouden voor alle cliënten of per afdeling. Zo ligt er vast hoeveel personeel er is met een tijdelijk contract, maar dat is een cijfer voor de hele stichting, niet specifiek voor Wlz." De zorgaanbieder lost dit pragmatisch op door te kijken naar het percentage Wlz-clieënten op het geheel, en dat ook toe te passen voor de betreffende gegevenselementen personele samenstelling, zoals verzuiminformatie. Dit vraagt veel 'Excel-geknutsel'.

Uit de praktijk:

Complicerende factor bij de aanlevering personele samenstelling is dat de functienamen die wij hanteren niet altijd hetzelfde zijn als de functienamen in de ODB: daar moet een soort vertaaltabel bij gemaakt worden.

Wat helpt zorgaanbieders?

Veel zorgaanbieders willen graag dat de interne en externe stuurinformatie beter op elkaar aansluiten. Dit voorkomt tijdrovende bewerkingen en 'meer van hetzelfde, maar dan anders'.

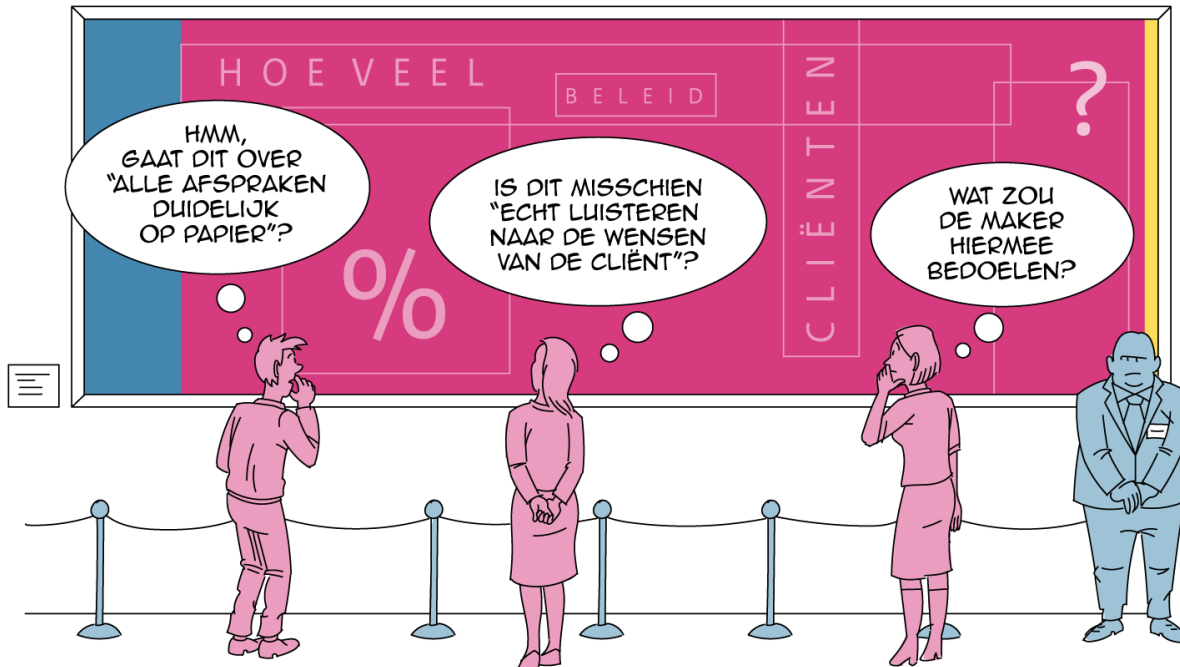
Veel organisaties gebruiken de inhoud van de huidige indicatoren nu niet voor intern leren en verbeteren, of niet in de vorm waarin ze aangeleverd moeten worden. Bij een inhoudelijke aanpassing zou volgens de zorgaanbieders meer draagvlak voor de aanlevering ontstaan. Nu zien veel zorgaanbieders de aanlevering als een externe verplichting waar ze zelf geen baat bij hebben.

Het merendeel van de zorgaanbieders zou graag de inhoud van de indicatoren basisveiligheid en personele samenstelling herzien, of in ieder geval een deel ervan. Maar: niet alle organisaties vinden dezelfde indicatoren van belang. Wel vragen nagenoeg alle zorgorganisaties zich af of de huidige set indicatoren voldoende inzicht geeft in de kwaliteit van zorg, of in de gewenste samenstelling van het personeel.

7 Indicatoren worden op verschillende wijze geïnterpreteerd

Zorgaanbieders geven aan dat interpretatieverschillen de vergelijkbaarheid en de bruikbaarheid van de aangeleverde gegevens bemoeilijken. Deze bevinding licht dit verder toe.

Indicatoren worden op verschillende wijze geïnterpreteerd



7.1 Indicatoren op verschillende wijze interpreteren

Interpretatieverschillen vinden plaats op twee niveaus:

- Bij de uitkomsten van aangeleverde gegevens
- Over de definities van de indicatoren

Deze bevinding gaat over indicatoren die op verschillende wijzen (kunnen) worden opgevat en waarbij sommige zorgaanbieders soms de ruimte nemen om een indicator op eigen wijze in te vullen.

Een voorbeeld is de indicator 'Percentage cliënten op de afdeling waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde worden vastgelegd'. Deze indicator wordt vaak ingevuld op basis van beleidsafspraken en wordt daarmee meestal in het systeem op 100% gezet. Maar naast de manier waarop deze indicator wordt aangeleverd, krijgt de definitie in de praktijk ook een verschillende invulling.

Uit de praktijk:

Een zorgaanbieder plaatst vraagtekens hoe zij de gegevens voor de indicator 'beleidsafspraken rondom levenseinde' moeten vastleggen. "Je kunt immers scoren op de 'minimale variant', zoals vastleggen of iemand wel of niet gereanimeerd wil worden. Maar de echte kwaliteitswinst zit in de inhoud van het gesprek; of er echt geluisterd is naar wat iemand (niet) wil, of familie hierbij wordt betrokken, of er ruimte is om van een vastgestelde behandeling af te wijken als iemand dat bij nader inzien toch anders blijkt te willen. Afspraken rondom het levenseinde zijn niet zo zwart-wit als deze indicator doet vermoeden en de kwaliteit zit voor een groot deel in de ervaring van een medewerker om daar goed mee om te gaan."

De definitie van deze indicator biedt interpretatieruimte volgens de aanbieder. "Het kan zijn dat andere organisaties zich niet beperken tot de vraag wel of niet reanimeren: omdat afspraken rond het levenseinde nog veel meer omvatten. Een andere organisatie kan deze vraag dus anders opvatten en beantwoorden. Dat maakt het eventueel vergelijken van gegevens uit verschillende organisaties ingewikkeld."

Uit de praktijk:

Gegevens rond personeelssamenstelling worden vastgelegd in het HRM-systeem. Daar kunnen veel cijfers uitkomen, maar waar deze cijfers betrekking op hebben is grotendeels afhankelijk van definities die de organisatie hanteert. Bijvoorbeeld: is 'formatie' op basis van contracten, of op basis van inzet? De medewerker HR heeft daarin een aantal keuzes gemaakt; maar andere organisaties hebben dat misschien anders gedaan. Dit kan effect hebben op de vergelijkbaarheid van aangeleverde gegevens. Sommige informatie is niet op de gevraagde manier bijgehouden; want eerder hanteerde de aanbieder de gegevens niet als interne stuurinformatie en werden ze niet zo opgevraagd. Neem bijvoorbeeld de fte-inzet per cliënt. Dit gegevenelement levert zeker in vergelijking met andere organisaties een onzuiver beeld op: Want andere organisaties maken andere keuzes in hun definitie en aannames, waardoor de uitkomsten ook anders uitpakken.

Door de interpretatieverschillen geeft het bestuur en/of het managementteam pas na afstemming akkoord op de definitieve versie voor aanlevering. Besproken worden vooral die gegevens die op verschillende manieren geïnterpreteerd kunnen worden en waarbij een toelichting onvoldoende uitsluitel biedt. Of waar bestuurders vermoeden dat collega-zorginstellingen het anders doen. Dat maakt het moeilijk om de gegevens te vergelijken. Zorgaanbieders geven aan dat ze niet weten wat er met de gegevens gebeurt en zien hier een risico op onjuiste beeldvorming ('vervorming') door de verschillende interpretatiemogelijkheden.

Uit de praktijk:

Gegevens rond middelen en maatregelen (M&M): wat reken je mee en hoe verhoudt dat zich tot wat andere organisaties doen? Als iedereen een sensor heeft, staat het percentage M&M op 100%, zonder zichtbaar onderscheid in ernst of impact van verschillende maatregelen op de mate van onvrijheid van betreffende cliënt. Sommige aanbieders zetten zo'n sensor juist in om de bewegingsvrijheid van cliënten te verruimen. Dat wezenlijke verschil is aan het percentage niet af te lezen. Dat geeft mogelijk een ongenueanceerd beeld aan de buitenwereld: "verpleeghuis zet iedereen vast". Onderwerpen die bij ongenueanceerde interpretatie mogelijk tot onjuiste (negatieve) beeldvorming leiden, worden daarom voorafgaand aan aanlevering nadrukkelijk besproken. Eventuele (negatieve) externe aandacht als gevolg van het openbaar maken van gegevens speelt daarmee een rol en bepaalt zowel of en hoe iets wordt aangeleverd).

Wat helpt zorgaanbieders?

Bijna alle zorgaanbieders hebben behoefte aan een duidelijker omschrijving van gegevens voor indicatoren, om interpretatieverschillen te voorkomen of om de kans daarop te verkleinen.

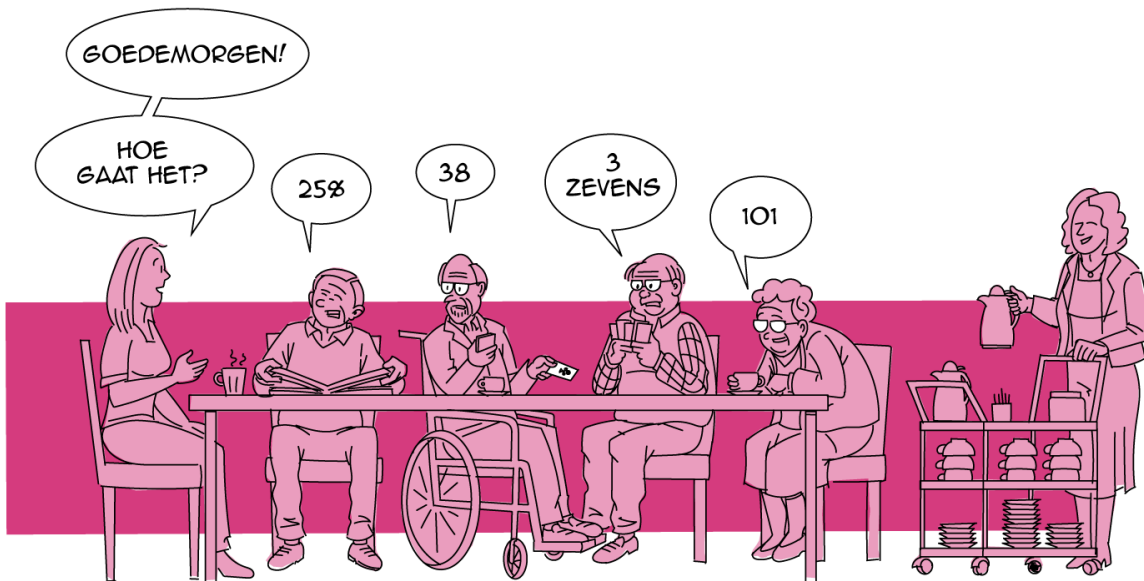
Ook vinden zij een betere uitleg of scherpere richtlijnen over de uitvoering van metingen en het vastleggen van gegevens wenselijk. Zorgaanbieders verwachten dat zij dan minder tijd kwijt zijn met het bespreken en vastleggen wat er precies gedaan moet worden, om tot de juiste gegevens te komen. Een deel van de zorgaanbieders ziet ook mogelijkheden in ondersteuning door bijvoorbeeld een ZZP tool die berekent hoeveel FTE er nodig is per afdeling.

Wel zien zorgaanbieders hierbij het risico dat de vrijheid in eigen werkwijzen rond metingen hierdoor beperkter wordt; of dat de eigen werkwijze van een organisatie minder goed te 'plooiën' valt naar een mogelijke meer rigide externe uitvraag. Er is ook een aantal zorgaanbieders die juist minder vaste kaders willen om de gegevens te kunnen delen die zij van belang vinden.

8 Geen cijfers zonder context

Alle zorgaanbieders vinden een beschrijving van de context en de doelgroep als toelichting bij cijfers cruciaal om mensen een goed beeld te geven van de kwaliteit van zorg. Het toevoegen van narratieve informatie maakt het mogelijk om de cijfers correct te begrijpen: vanuit de situatie van het verpleeghuis die de cijfers aanlevert. Deze bevinding duidt hoe zorgaanbieders hier mee om (willen) gaan.

Geen cijfers zonder context



8.1 Verhalende informatie bij cijfers duidt hun betekenis

Zorgaanbieders zijn zich bewust dat als zij keuzes maken over werkwijzen en interpretaties, dat andere organisaties niet per se dezelfde keuzes maken. Zij geven aan dat de toevoeging van narratieve informatie, in aanvulling op de aangeleverde cijfers, van groot belang is om de cijfers en de gehanteerde resultaten te duiden.

Cijfers alleen zijn voor cliënten en andere burgers lastig te begrijpen, zo geven zorgaanbieders aan. Wanneer zorgaanbieders de cliënten en burgers rechtstreeks informeren – zoals via de eigen website – combineren zij cijfers en verhalende informatie.

Sommige instellingen leveren daarom de gevraagde cijfers met 'gezonde tegenzin' op omdat de gegevens volgens hen weinig inzicht geven in kwaliteit: "*Kwaliteit is context, zeker voor cliënten en burgers*".

Narratieve informatie die ingezet kan worden om cijfers beter te duiden, komt in verschillende vormen voor. Bijvoorbeeld:

- informatie die de zorgaanbieder zelf samenstelt: in kwaliteitsplannen en -verslagen en

- (tevredenheids)onderzoeken, en andere 'verhalende' informatie;
- informatie in toelichtingsvelden in de ODB, waar een toelichting opgenomen kan worden bij een indicator waar een getal ingevuld moet worden.

Uit de praktijk:

"Echte kwaliteitswinst zit in de inhoud van het gesprek; of er echt geluisterd is naar wat iemand (niet) wil, of familie daarin wordt betrokken, of er ruimte is om van een vastgestelde behandeling af te wijken als iemand dat bij nader inzien toch anders blijkt te willen. Afspraken rondom het levenseinde zijn niet zo zwart-wit als deze indicator (cijfer) doet vermoeden en de kwaliteit zit voor een groot deel in de ervaring van een medewerker om daar goed mee om te gaan."

8.2 Narratieve informatie die zorgaanbieder zelf samenstelt

Het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan dat kwaliteit alleen te duiden is met narratieve informatie. Het gaat dan om informatie uit het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag en om verslagen over tevredenheid van cliënten. "Aan alleen cijfers zie je de kwaliteitsverbetering niet" is de mening.

Bij veel zorgaanbieders ligt bij de interne verslaglegging en verbetercyclussen de nadruk op interne audits/eigen metingen, open gesprekken en extra duiding van cijfers. Deze zorgaanbieders vinden het jammer dat de narratieve informatie bij de externe verantwoording maar zeer beperkt gebruikt wordt. Deze narratieve informatie geeft volgens hen een beter beeld van de kwaliteit van leven van cliënten dan alleen de cijfers en de kwaliteitsindicatoren. Daarnaast zorgen externe audits ook voor een inhoudelijke toetsing op kwaliteitsonderwerpen. De verslagen hiervan kunnen volgens de zorgaanbieders ook bruikbaar zijn bij externe verantwoording.

Bij interne kwaliteitsverantwoording is volgens de zorgaanbieders, de combinatie tussen gegevens uit dashboards en het narratieve deel vaak goed afgestemd. Hierdoor worden de gegevens gelezen in de context van het bijbehorende verhaal en geven ze samen een completer beeld van de kwaliteit. Bij de externe aanlevering gaat het narratieve deel grotendeels verloren, waardoor de gegevens volgens de zorgaanbieders veel van hun waarde verliezen.

Uit de praktijk:

Sommige zorgaanbieders leveren meerdere typen zorg en zijn gehouden aan meerdere kwaliteitskaders. "In het kwaliteitskader gehandicaptenzorg is het anders dan in de verpleeghuiszorg: Laat ons het verhaal vertellen. Enkel een verhaal is niet genoeg, maar er moet een mix zijn van verhaal en cijfers. Bij gehandicaptenzorg is dat in balans. Dit wordt niet als een ballast gezien, maar om van te leren. Daar zie je een verschil met (het kwaliteitskader) verpleeghuiszorg. Daarnaast vertrouwt niemand de cijfers meer, omdat er zo veel interpretaties en aannames zijn gedaan."

8.3 Informatie in toelichtingsvelden bij indicatoren in de ODB

In de ODB bestaat de mogelijkheid om een korte toelichting te geven bij de indicatoren, in een tekstveld. Een aantal zorgaanbieders wil graag uitleg geven over bijvoorbeeld een stijging van een percentage ten opzichte van een voorgaand jaar. Zo'n stijging kan het gevolg zijn van extra aandacht voor het registreren van specifieke indicatoren, omdat het onderwerp als speerpunt is aangemerkt door de organisatie. Door die extra aandacht kan er vergeleken bij het jaar ervoor een significante stijging in het aantal meldingen te zien zijn, die de verpleeghuizen dan graag willen toelichten.

Een ander voorbeeld is het percentage vrijheidsbeperkende maatregelen. Een hoog percentage wekt de indruk dat er veel vrijheidsbeperkingen zijn. Maar er zijn ook maatregelen die het percentage beïnvloeden, zoals sensors, die juist worden ingezet voor vrijheidsverruiming. Dit blijkt niet zomaar uit de cijfers en zonder aanvullende informatie wordt dit niet duidelijk. Ook dit kan leiden tot een

toelichting.

Tot slot gebruikt een deel van de zorgaanbieders de tekstvelden om hun verschillende interpretatieslagen verder uit te leggen. Zij leggen dan bijvoorbeeld uit waarom bepaalde indicatoren niet worden gemeten of waarom de uitvraag niet matcht met de aanwezige gegevens van de organisatie.

Uit de praktijk:

De manager geeft aan dat de indicatoren een statisch gegeven zijn. Getallen kunnen behulpzaam zijn, omdat ze vergelijkbaar zijn met die van andere organisaties, maar deze cijfers geven niet aan of er van de bewoners gehouden wordt en of zij het daadwerkelijk naar hun zin hebben. Mensen willen uiteindelijk toch voelen hoe het ergens is, en dat voelen kun je niet overbrengen met cijfers. De ervaring van de zorg is niet in cijfers te vangen. Familie van een bewoner zei hierover: 'We hebben liever dat onze vader verdwaalt in het bos en misschien als gevolg daarvan overlijdt, dan dat hij altijd achter gesloten deuren zit.'

Veel zorgaanbieders zijn bezorgd dat de cijfers zonder uitleg een eigen leven gaan leiden. Zij maken een afweging of toevoeging van narratieve informatie de cijfers voldoende kan uitleggen en duiden. Niet alle context is in tekst en cijfers uit te leggen: er is ook behoefte aan het gebruik van beelden. Dit is bijvoorbeeld mogelijk in een verslag of op de website van het verpleeghuis. Dit leidt er in sommige gevallen toe dat cijfers helemaal niet aangeleverd worden, terwijl ze wel beschikbaar zijn. Bij het merendeel van de organisaties moet het bestuur eerst goedkeuring geven voordat de gegevens worden ingezonden.

Uit de praktijk:

"Het aantal agressie-incidenten neemt toe. Dat heeft te maken met het feit dat mensen veel later dan voorheen intramuraal komen, in een veel verder gevorderde fase van dementie: er is dan al van alles aan de hand. Complexere zorg, snellere doorloop, korter intramuraal: veel ontregelde bewoners." De zorgaanbieder ziet daardoor inderdaad geen verlaging van agressie, maar zonder context zegt het cijfer als zodanig niks.

Wat helpt zorgaanbieders?

Alle zorgaanbieders geven aan dat zij bij de externe aanlevering een grotere rol voor narratieve informatie zien weggelegd dan deze informatie nu krijgt. Unaniem verklaren de zorgaanbieders dat (meer) narratieve informatie onmisbaar is om de verstrekte gegevens te kunnen duiden: *"Het bespreken van kwaliteit is alleen mogelijk als je het verhaal achter de cijfers kent."*

Als praktische aanbeveling geven zorgaanbieders aan dat ze meer ruimte willen om narratieve informatie toe te voegen aan de aanlevering, en grotere invulvelden bij de aanlevermogelijkheden.

9 Kwaliteitsverslagen en audits geven ook al inzicht in kwaliteitsgegevens

Zorgaanbieders geven aan dat veel informatie die zij voor externe uitvragen aanleveren ook al in kwaliteitsverslagen en audits staan. Deze bevinding beschrijft in welke mate de zorgaanbieders vinden dat deze gegevens ook bruikbaar zijn voor andere doeleinden.

Kwaliteitsverslagen en audits geven ook al inzicht in kwaliteitsgegevens



9.1 Gegevens over kwaliteit van zorg op meerdere plekken inzichtelijk

Alle deelnemende zorgaanbieders vinden het terecht dat ze aan moeten geven hoe ze hun publieke middelen besteden en dat ze hiervoor verantwoording afleggen aan verschillende partijen. Zij noemen het logisch dat een zorgaanbieder gehouden is aan wettelijke vereisten en regelgeving. Om dit te borgen werkt het merendeel van de zorgaanbieders volgens een kwaliteitsmanagementsysteem, zoals ISO, HKZ en PREZO en laat zich hier ook voor certificeren. Om de certificering te behalen en te behouden leggen de zorgaanbieders veel kwaliteitsinformatie vast. Deze gegevens zijn, wat het merendeel van de zorgaanbieders betreft, ook toegankelijk voor andere externe partijen.

Uit de praktijk:

"Als organisatie ben je verplicht om je te houden aan vereisten van bedrijven en organisaties waar je mee samenwerkt. Als zorgorganisatie helemaal. Met de beste bedoelingen: het gaat immers om mensen en hun kwaliteit van leven."

Het merendeel van de zorgaanbieders zegt ook dat zij hun verantwoording over de thema's uit het kwaliteitskader al beschrijven in het (verplichte) jaarlijkse kwaliteitsverslag. Dit kwaliteitsverslag met cijfermatige en narratieve informatie en de externe auditrapporten zouden in de optiek van deze zorgaanbieders in de keten meer hergebruikt kunnen worden.

Zorgaanbieders focussen momenteel vooral op interne verbetertrajecten en verantwoording. Zij doen dat omdat op de extern aangeleverde gegevens geen inhoudelijke terugkoppeling volgt. Door het gebrek aan terugkoppeling vragen zorgaanbieders zich af hoe het aanleveren van gegevens de transparantie en het inzicht in kwaliteit helpt bevorderen. De zorgaanbieders geven aan dat zij hierdoor zelf niet meer inzicht krijgen in hun eigen kwaliteit.

Uit de praktijk:

"Wij onderschrijven de noodzaak om verantwoording af te leggen over de inzet van publieke middelen. Maar we zouden er ook graag een (inhoudelijke) terugkoppeling over willen ontvangen, om het leren en verbeteren te stimuleren."

Uit de praktijk:

"De zorgaanbieder geeft aan dat als het niet hoeft, ze de gegevens liever niet aanleveren. Het past niet binnen het idee van minder administratie en 'regelarme zorg'. Minder administratie geldt niet alleen op zorgniveau maar ook voor ondersteuning. Hier worden tenslotte zorggelden voor aangewend. Daarnaast geldt dat wat verantwoording vraagt van de organisatie niet altijd strookt met aanpassingen in projecten en dus met de realiteit. Op dit moment is het niet meer dan aanleveren van cijfers, zonder 'kwaliteit-context' die de cijfers ook tot informatie maken. De zorgaanbieder geeft aan: "Als grote organisatie zitten we op een 'goudmijn aan data". Hoe gebruik je die slim? Er is heel veel voor handen maar gericht ermee bezig zijn vereist veel denkwerk aan de voorkant. Dit is ook een groot intern vraagstuk. Waar is precies behoefte aan, hoe regel je dat in, wat heeft prioriteit?"

Wat helpt zorgaanbieders?

Zorgaanbieders willen graag dat de partijen die informatie opvragen beter kijken welke cijfermatige en narratieve informatie al beschikbaar is. Bijvoorbeeld in kwaliteitsplannen en -verslagen, externe en interne auditrapporten en inspectieverslagen van de IGJ. Zorgaanbieders vragen zich af of die informatie, in vergelijking met de indicatoren voor de ODB, niet beter inzicht biedt in de *werkwijze* van de organisatie en *wat die oplevert*: bijvoorbeeld de bijdrage aan kwaliteit, tevredenheid en/of veiligheid. De meeste zorgaanbieders vinden het eigen kwaliteitsplan en -verslag waardevoller (om kwaliteit te beschrijven en te duiden) dan bijvoorbeeld de aanlevering van indicatoren basisveiligheid aan de ODB: *"Cijfers alleen geven geen informatie en kunnen te veel een eigen leven gaan leiden."*

Volgens veel zorgaanbieders zou het helpen als beschikbare informatie beter gebruikt wordt, op basis van wat zij zelf al doen en laten toetsen. Bijvoorbeeld ten aanzien van (extern getoetste) kwaliteitsmanagementsystemen.

10 Gebruik van aangeleverde gegevens is onbekend

Vrijwel alle organisaties geven aan dat ze geen zicht hebben op wat er gebeurt met de door hen aangeleverde gegevens. Deze bevinding legt uit wat dit voor de zorgaanbieders betekent.

Gebruik van aangeleverde gegevens is onbekend



10.1 Geen inhoudelijke terugkoppeling

De gesproken verpleeghuisinstellingen hebben de indruk dat er niets met de aangeleverde gegevens gedaan wordt, ook omdat zij er geen inhoudelijke terugkoppeling over ontvangen. Dit versterkt het gevoel dat de aanlevering uitsluitend een externe verplichting is, een 'moetje', dat weinig tot geen meerwaarde heeft voor de eigen organisatie. Zij krijgen er zelf in ieder geval niet meer inzicht in kwaliteit door.

Zorgaanbieders geven aan dat het daardoor binnen de eigen organisatie lastig uit te leggen is waar de inspanningen voor de aanlevering goed voor is. Daardoor geven zij de voorkeur aan interne verbetertrajecten en verantwoording. En zij vragen zich af in hoeverre het aanleveren van gegevens helpt in het bevorderen van transparantie en inzicht in kwaliteit.

Uit de praktijk:

"Wat gebeurt er met de aangeleverde gegevens? Waarom wordt dit opgevraagd? Er komt geen terugkoppeling of je inhoudelijk goed hebt aangeleverd of niet: wat is de norm? Er komt bericht bij de directeur-bestuurder dat de aanlevering aan het Desan-portal goed is ontvangen en verder niets."

Uit de praktijk:

"Toelichtingen worden bij aanlevering niet meer gegeven: "Het maakt niets uit of we de toelichtingen vullen, we horen toch niks terug". Ook als een indicator wordt gevuld aan de hand van een beleidsafpraak en op 100% gezet wordt, wordt dit niet nader toegelicht. Vorig jaar zijn de toelichtingen samen met de directeur gevuld en dit kostte erg veel tijd. Er kwam geen terugkoppeling, dus is voor dit jaar besloten om dit niet meer te doen"

Uit de praktijk:

"Wij gebruiken de ruimte om toelichting te geven zo min mogelijk, omdat dit mogelijk wordt opgevat als verdediging. Toen we een keer een toelichting hadden opgenomen, kwam er in tegenstelling tot onze verwachting geen reactie. Dit riep bij ons de vraag op of de toelichting überhaupt wordt gelezen."

Zorgaanbieders geven aan dat ze het aanleveren van gegevens risicovol vinden om twee redenen: ze niet weten wat er met hun gegevens gebeurt, en er is geen afstemming over het gebruik ervan. Ze zien daarmee een risico dat hun gegevens op een verkeerde manier gebruikt kunnen worden zonder dat zij dat weten.

Meerdere zorgaanbieders willen graag een inhoudelijke terugkoppeling en/of een benchmark met vergelijkbare organisaties. Dit zou nog meer toegevoegde waarde hebben als de gevraagde informatie zou aansluiten op informatie die de organisatie zelf ook belangrijk vindt en waar zij op stuurt.

Uit de praktijk:

"Wij zouden onszelf graag op locatieniveau willen vergelijken met (locaties met) een vergelijkbare doelgroep (bijvoorbeeld een locatie met vooral jongdementerende mannen), om tot leer- en verbeterinzicht te komen."

Enkele organisaties maken zelf vergelijkingen met bijvoorbeeld instellingen in hun netwerk of in de buurt. Dit doen ze dan onderling maar daarbij gebruiken ze de ODB zoals het Zorginstituut die beschikbaar stelt niet. Dit komt deels doordat de informatie die ze willen vergelijken niet in de ODB staat, maar ook doordat de zorgaanbieders het ODB-bestand niet als gebruiksvriendelijk ervaren.

Wat helpt zorgaanbieders?

Alle zorgaanbieders geven aan dat voor hen onvoldoende duidelijk is wat er met de aangeleverde gegevens gebeurt. Ze zouden graag inzicht krijgen in:

1. Hoe zij het doen ten opzichte van landelijke normen (als er een norm ten grondslag ligt aan de indicatoren)
2. Hoe zij het doen ten opzichte van andere verpleeghuizen met soortgelijke cliënten
3. Wat uitvragende partijen vinden van de gegevens en de extra toelichtingen

11 Werkwijzen rond aanleveren gegevens over kwaliteit

De bevindingen in hoofdstuk 2 tot en met 10 hebben meestal betrekking op de gegevensaanlevering voor de ODB-indicatoren basisveiligheid en personeelssamenstelling. Dit hoofdstuk beschrijft hoeveel tijd zorgaanbieders ongeveer besteden aan externe aanleveringen van gegevens over kwaliteit en welke functionarissen daarbij betrokken zijn, welke werkwijze zij hanteren en welke softwaresystemen zij daarvoor gebruiken. Zorgaanbieders halen de gegevens uit ECD-, HR- en financiële systemen. Sommige zorgaanbieders gebruiken ook Business Intelligence (BI) tools.

Dit hoofdstuk gaat in op de kwaliteitsgegevens voor de ODB, cliëntinformatie van ZorgkaartNederland en Kiesvoorjezorg.nl, maatschappelijke verantwoording met DigiMV als portaal, wachtlijstinformatie naar zorgkantoren en de werkzaamheden die nodig zijn bij inspectie bezoeken van de IGJ.

11.1 Aanlevering gegevens Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Zorgaanbieders hebben in grote lijnen aangegeven hoeveel tijd ze besteden aan het aanleveren van alle gegevens aan de Openbare Database (ODB) voor het kwaliteitskader en welke functionarissen daar bij zijn betrokken.

Functionarissen betrokken bij aanlevering

De meeste zorgaanbieders beleggen de coördinatie voor de aanlevering bij een kwaliteitsfunctionaris en/of beleidsmedewerker. Bij gegevens over personeelssamenstelling is dit vaak de HR-medewerker, en een medewerker van Finance & Control. Bij kleinere zorgaanbieders pakt de directeur deze taak vaak zelf op, samen met een beleidsadviseur kwaliteit. Over het algemeen geldt dat bij de kleinere zorgaanbieders veel wordt gedaan door een beperkt aantal medewerkers.

Soms worden alle afdelingen en/of teams betrokken. Dit is vaak het geval bij gegevens die (handmatig) gemeten worden en bijvoorbeeld met een app, meetweek of enquête intern worden verzameld. De beleidsadviseurs kwaliteit zorgen doorgaans voor de externe aanleveringen, in ieder geval waar het gaat over de coördinatie van het gegevens verzamelen en de uiteindelijke invoer, zodat de werkvloer er zo min mogelijk mee belast wordt. Bestuurders worden ingezet wanneer nog 'strategische controle' nodig is.

Inzet in tijd

De meeste zorgaanbieders geven aan dat het lastig is om exact aan te geven hoeveel tijd besteed wordt aan de externe aanleveringen. Dit komt doordat werkzaamheden in elkaar overlopen, over verschillende mensen en functies zijn verdeeld en soms ook (deels) onderdeel uitmaken van werk dat ook al zonder de aanleveringen wordt gedaan.

Zorgaanbieders geven over het algemeen aan dat de externe aanleveringen veel tijd vragen. Zij schatten in dat zij jaarlijks in totaal twee tot drie werkweken besteden aan het aanleveren van de kwaliteitsindicatoren aan de ODB (enkele uitzonderingen daargelaten). Zorgaanbieders houden niet expliciet bij hoeveel tijd dit kost. De totale doorlooptijd loopt uiteen van een aantal werkweken tot ongeveer twee maanden.

De inspanning komt doordat informatie niet altijd één op één uit de systemen te halen is. Gegevens moeten, ook als ze wel direct uit het systeem gehaald kunnen worden, vaak nog 'aanleverklaar' gemaakt worden. Gehanteerde categorieën en definities bij de uitvraag komen namelijk niet altijd overeen met hoe zorgaanbieders ze intern gebruiken en/of vastleggen. Dat maakt nog een handmatige vertaalslag of berekening noodzakelijk, wat de meeste tijd kost. Met elkaar bepalen hoe

definities geïnterpreteerd moeten worden, kost ook weer tijd.

Een aantal grote zorgaanbieders geeft aan veel geïnvesteerd te hebben in de inrichting van hun interne systemen, waardoor ze uiteindelijk veel minder tijd kwijt zijn aan het daadwerkelijk verzamelen van de juiste gegevens. Dit betekent wel dat deze systemen weer aangepast moeten worden op het moment dat indicatoren worden gewijzigd. Een aantal kleine zorgaanbieders gaf aan deze investering niet te kunnen doen, waardoor het verzamelen van gegevens een tijdrovende handmatige klus blijft.

Daarnaast wordt nog tijd besteed aan een eindcontrole op de aan te leveren gegevens. Niet alleen controle of de gegevens intern juist zijn aangeleverd maar ook het bespreken ervan met de bestuurder (of soms met het MT). Het merendeel van de zorgaanbieders bespreekt de uitkomsten met de bestuurder, voor de definitieve aanlevering. Het gaat dan vooral om gegevens waarbij de zorgaanbieder de indruk heeft dat deze zonder context niet goed geïnterpreteerd kunnen worden en daarom wellicht een toelichting nodig hebben.

Uit de praktijk:

"Het zit 'm wellicht ook niet zozeer in de 'echte tijd', maar meer in de perceptie dat deze tijd, hoe veel of weinig ook, niet echt iets toevoegt aan kwaliteitsinformatie die ook al uit de bevindingen van onder meer een onafhankelijke toetsing bij de jaarlijkse externe audit komt."

11.2 Cliëntinformatie

Vrijwel alle verpleeghuiszorgorganisaties staan doorgaans op locatieniveau vermeld op ZorgkaartNederland. Op deze website staan reviews en overige keuze-informatie van cliënten en/of verwanten vermeld. ZorgkaartNederland heeft mede als doel cliënttevredenheid van verpleeghuisorganisaties te verzamelen en transparant te maken voor cliënten. Onderdeel van de reviews op ZorgkaartNederland is de aanbevelingsvraag. Aan cliënten/verwanten wordt gevraagd of zij de betreffende locatie zouden aanbevelen aan mensen met dezelfde aandoening en/of gezondheidsklachten. De gezamenlijke uitkomsten hiervan leiden tot een percentage (bij voorbeeld: 80% van de reviews beveelt deze locatie aan). Zorgaanbieders kunnen de uitkomsten van deze aanbevelingsvraag gebruiken in hun aanlevering aan de ODB, waar deze aanbevelingsscore een indicator is. Zij kunnen deze indicator ook aanleveren vanuit een eigen cliënttevredenheidsonderzoek.

Het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan de cliëntwaarderingen van ZorgkaartNederland te gebruiken voor de aanlevering van de aanbevelingsscore. De rest benut op dit punt uitkomsten van het eigen cliënttevredenheidsonderzoek. Deze cliëntbeoordelingen worden dan bijvoorbeeld door een extern meetbureau verzameld, waarin de Net Promotor Score (NPS) wordt meegenomen. De afweging welke score aangeleverd wordt kan uiterst pragmatisch zijn, bijvoorbeeld door de hoogste score te melden.

Veel zorgaanbieders ondernemen acties om het aantal reviews op ZorgkaartNederland te vergroten. Zorgaanbieders signaleren een toenemend gebruik van en aandacht voor deze website, en voelen daarom zelf ook de noodzaak om zichtbaar te zijn met reviews. Ze geven ook aan dat ze het soms ervaren als "gedwongen beleid" vanuit zorgkantoren en zorginkoop. *"Je kunt niet zo makkelijk zeggen: dat doen we niet."*

De zorgaanbieders geven aan dat het lastig is om genoeg en voldoende diverse reviews te krijgen. Zij ervaren dat vooral mensen vanuit een klacht of incident een review schrijven, of vanuit zeer grote tevredenheid. De mensen die 'gemiddeld tevreden' zijn – naar inschatting van de meeste zorgaanbieders de grootste groep – blijft hierdoor volgens hen buiten beeld.

Methodes die vaak gebruikt worden om meer reviews te krijgen:

- Inzet van (externe) meetteams die onder andere belacties of mailingen uitzetten. Dit was in het verleden kosteloos vanwege een subsidie, tegenwoordig zijn hier kosten aan verbonden;
- Tijdens gesprekken met cliënten en mantelzorgers actief de mogelijkheid benoemen om een review te geven. Dit gebeurt meestal tijdens intakes en exitgesprekken. Bij een aantal organisaties is het ook een standaard agendapunt bij de (half)jaarlijkse evaluatiegesprekken;
- Posters en flyers verspreiden op afdelingen, acties zoals 'de week van de feedback'.

Hoewel vrijwel alle verpleeghuislocaties zichtbaar zijn op ZorgkaartNederland en zorgaanbieders de site doorgaans actief onder de aandacht brengen bij bewoners en familieleden, plaatsen de zorgaanbieders wel een aantal kanttekeningen bij het gebruik en de waarde van ZorgkaartNederland:

1. Zorgaanbieders benoemen dat het lastig is om een representatief aantal reviews te krijgen. Cliënten zijn moeilijk te motiveren om bijvoorbeeld jaarlijks een review te geven. Als ze dit een keer gedaan hebben en de beleving verandert niet noemenswaardig, dan zien zij daarvoor geen aanleiding. Bovendien is het niet duidelijk wie de review schrijft en leeft het beeld dat alleen de extremen naar boven komen: (mede) doordat de reviews anoniem ingevuld kunnen worden.
2. Zorgaanbieders geven als belangrijke beperking aan dat de reviews alleen op locatieniveau verzameld worden en niet te differentiëren zijn naar de verschillende zorgtypes op die locatie. Als een locatie ook curatieve zorg verleent kan het zijn dat een deel van de reviews daarover gaat, maar deze reviews zijn niet te onderscheiden van de reviews over de verpleeghuiszorg. Dit kan een vertekend beeld geven.
3. De reviews zijn een momentopname, maar blijven wel lang staan – ze kunnen volgens de zorgaanbieders dus sterk verouderde informatie weergeven. Omdat de reviews lang blijven staan, tellen gegeven antwoorden op de aanbevelingsvraag voor het gevoel 'eeuwig' mee. Wanneer zorgaanbieders een eigen cyclus hebben om feedback van cliënten te vragen, geeft dit volgens hen een representatiever en actueler beeld van de tevredenheid.

Uit de praktijk:

"We hadden bijvoorbeeld een keer een 2,8 gehad van een mevrouw, omdat zij op dat moment heel boos was. De dag erna was er een gesprek en was het weer helemaal in orde.."

4. ZorgkaartNederland registreert de reviews op locatieniveau, terwijl de indicator door zorgaanbieders op organisatieniveau aangeleverd moet worden, wat bij organisaties met meerdere locaties een extra bewerkingsslag betekent. Zij vragen zich ook af wat zo'n verzamelpercentage dan zegt: de beleving van cliënten kan van locatie tot locatie immers sterk verschillen.
5. De ervaring leert – zo stellen zorgaanbieders – dat mensen hun keuze voor een organisatie of locatie doorgaans niet baseren op de informatie van ZorgkaartNederland, maar eerder op informatie van bekenden of op basis van de buurt. Ligt de locatie in een voor hen bekende buurt, of dichtbij de kinderen?

De toegevoegde waarde van ZorgkaartNederland voor de eigen organisatie vinden de zorgaanbieders dan ook lastig vast te stellen.

Na reviews volgt bij de meeste organisaties op ZorgkaartNederland een (zichtbare) reactie van de zorgaanbieder. Als de review (sterk) negatief is, gaat die vaak gepaard met een aanbod van de zorgaanbieder om nader in gesprek te gaan. Reviews worden voor de interne communicatie soms ook in nieuwsbrieven voor medewerkers opgenomen. Ook worden bijzonderheden vaak aan de bestuurders kenbaar gemaakt.

Vanwege de hierboven geschetste kanttekeningen van zorgaanbieders bij (het gebruik van)

ZorgkaartNederland, levert een enkele van hen de aanbevelingsscore aan vanuit alternatieve cliënttevredenheidsonderzoeken (CTO).

In de gesprekken met zorgaanbieders is ook gevraagd of organisaties gebruik maken van Kiesvoorjezorg.nl. Op een enkeling na kent geen van hen Kiesvoorjezorg.nl.

Uit de praktijk:

De zorgaanbieder is niet bekend met Kiesvoorjezorg.nl en staat daar ook niet op. De manager gaf aan dat ze het erg onnodig vindt dat er steeds weer nieuwe dingen bijkomen. Hierover zegt ze: 'Veel mensen zien door de bomen het bos niet meer, en er blijven nieuwe bomen geplant worden. We moeten juist bomen omzagen in plaats van planten.'

11.3 Maatschappelijke verantwoording

De maatschappelijke jaarverantwoording voor zorgaanbieders bestaat uit het invullen van met name kwantitatieve vragenlijsten in DigiMV (via een portaal van Desan) en het aanleveren van een jaarrekening en accountantsverklaring. De meeste zorgaanbieders ervaren geen noemenswaardige problemen bij het aanleveren van de gegevens in DigiMV, die doorgaans wordt voorbereid door de bestuurssecretaris. Soms kost het intern verzamelen van de gegevens enige moeite. Maar omdat de set gegevens door de jaren heen vrij stabiel is gebleven, is deze investering meestal eenmalig. Het jaar daarop wordt vaak de opzet 'hergebruikt' en worden de teksten op onderdelen vervangen met nieuwe gegevens. De aanlevering in het portaal levert de zorgaanbieders over het algemeen weinig problemen op. Wel geeft een aantal zorgaanbieders aan dat bepaalde gegevens opnieuw handmatig moeten worden ingevoerd, terwijl een deel ook al via de jaarrekening is aangeleverd.

Een deel van de zorgaanbieders geeft aan dat ze informatie die moet worden aangeleverd voor DigiMV ook als interne stuurinformatie gebruiken. Andere zorgaanbieders vertellen dat een deel van de gegevens voor hen weinig meerwaarde heeft, zoals: 'hoeveel adviesaanvragen zijn er bij de cliëntenraad ingediend'.

Ook melden een aantal zorgaanbieders dat voor de aanlevering in de DigiMV aanvankelijk de afspraak gold dat dit de enige uitvraag per jaar zou zijn: en dat er geen andere gegevens meer zouden worden uitgevraagd. *"Deze oorspronkelijke afspraak zou beter gehandhaafd moeten worden, in plaats van meerdere uitvragen per jaar."* Deze groep zorgaanbieders vindt het jammer dat de gegevens uit de maatschappelijke jaarverantwoording niet hergebruikt wordt terwijl dit volgens hen wel gemakkelijk kan. Veel van de gegevens die in andere uitvragen zitten, staan al in het jaardocument maatschappelijke verantwoording (JMV). Op dit moment kiest een aantal aanbieders er daarom voor om zelf de gegevens uit de JMV te kopiëren naar andere kwaliteitsverslagen.

11.4 Wachtlijstinformatie

Bij bijna alle zorgaanbieders wordt de wachtlijstinformatie centraal bijgehouden door afdelingen zoals zorgbemiddeling, of via zorgadviseurs. Zij zorgen ervoor dat er globale wachtlijstinformatie op de website beschikbaar is. Zorgaanbieders geven aan dat het actueel houden van de wachtlijsten veel tijd en inzet vraagt. Het kost hen naar eigen zeggen nogal wat hoofdbrekens. Door onderstaande punten kan er een ingewikkelde (schaduw)administratie ontstaan, wat de betrouwbaarheid van de gegevens niet ten goede komt:

- **Er zijn nuances in de urgentie van wachtenden en de urgentie kan snel veranderen**
Wanneer er een plek beschikbaar komt op een locatie wordt er contact opgenomen met de eerste wachtende op de lijst. Het kan voorkomen dat de situatie van deze cliënt nog niet zodanig is, dat er op korte termijn al behoefte is aan plaatsing. Andersom komt uiteraard ook regelmatig voor: de gezondheid van een wachtende verslechtert snel en de urgentie tot plaatsing neemt snel toe.
- **Behoeft van cliënt is onderhevig aan veranderde situatie en/of zorgvraag**
De zorgaanbieders geven aan dat de wensen van een cliënt kunnen veranderen in de tijd dat deze op de wachtlijst staat en door de mate van urgentie. Recent geïndiceerde wachtende cliënten kunnen hun voorkeurslocatie bijvoorbeeld gebaseerd hebben op wensen zoals: dichtbij de eigen woning of die van mantelzorgers; mooie voorzieningen; goede ervaringen van vrienden. Maar op het moment dat de situatie urgenter wordt, kunnen deze oorspronkelijke voorwaarden minder belangrijk worden en blijkt het beschikbaar komen van een plek doorslaggevend, ook al is die plek elders.
Zorgaanbieders geven ook aan dat het moeilijk is om exact in te schatten welke cliënten met welke zorgzwaarte of zorgvragen op welke termijn binnen gaan komen. Dit maakt het lastig om te anticiperen, met de juiste inzet van faciliteiten en personeel met de juiste bevoegd- en bekwaamheden.
- **Er zit verschil tussen formele en informele wachtenden**
Formeel krijgen aanbieders via het iWlz-berichtenverkeer profielen binnen van cliënten die bij de indicatiestelling hebben aangegeven dat een locatie van die zorgaanbieder de voorkeur heeft. De locatie moet dan binnen 5 dagen aangeven wat de verwachte wachttijd gaat zijn.
Informeel kan het zijn dat toekomstige cliënten zelf al contact opnemen met een locatie en de wens uitspreken om op deze locatie te willen wonen. In een aantal gevallen worden deze verzoeken ook bijgehouden en meegerekend in de wachtlijsten. Hierdoor bevatten de lijsten van de zorgaanbieder meer wachtenden dan er bekend zijn bij het zorgkantoor.
- **Er zijn verschillende keuzes te maken in de status waarop een cliënt geregistreerd wordt**
De cliënt kan bij het zorgkantoor op 3 statussen staan: actief, niet actief, niet wachtend.

Uit de praktijk:

"Actief wachtend betekent dat iemand binnen drie maanden geplaatst moet worden en als dat niet lukt, dan moet iemand elke alternatieve plek meteen accepteren. Dus dan staat een klant soms formeel als niet-actief wachtend, om nog wat rek en ruimte over te houden. Zo iemand komt dan wel op een Excel-lijstje en er wordt actief voor gezocht: maar formeel staat die klant dan geregistreerd als niet-actief wachtend (terwijl er wel degelijk actief wordt gezocht naar een plek)."

Het hanteren van meerdere statussen tegelijk zorgt bij sommige zorgaanbieders soms voor een 'schaduwregistratie'. Zorgaanbieders geven aan dat het voorkomt dat een cliënt bewust formeel op een andere status wordt geregistreerd. Het risico hiervan: het kan lijken of er formeel weinig actief-wachtenden zijn, terwijl het werkelijke aantal – waar de organisatie intern mee werkt – veel hoger is. Een ander scenario is dat de cliënten rechtstreeks vanuit het ziekenhuis binnenkomen, zonder dat zij op de formele wachtlijst stonden. Ze worden dan niet meer formeel op de wachtlijst gezet of juist direct als 'actief wachtend' zodat deze cliënten met urgentie op de eerst beschikbare plek geplaatst kunnen worden.

- **Wachtlijsten van zorgaanbieders en zorgkantoren kennen verschillen**
Mede door bovenstaande punten ontstaan er verschillen tussen zorgkantoren en zorgaanbieders in (hun weergave van) de wachtlijsten. Zorgaanbieders geven ook aan dat zij soms een ander aggregatie niveau gebruiken dan zorgkantoren – bijvoorbeeld instelling versus locatie niveau – waardoor er bewerkingslagen nodig kunnen zijn om de wachtlijsten gelijk te houden. Het hangt van de samenwerking tussen partijen af of de verschillen rechtgetrokken worden. Dit kan bijvoorbeeld door samen definities op te stellen of lijsten met elkaar te vergelijken. Partijen kunnen ook accepteren dat er verschillen zijn door andere interpretaties.

Uit de praktijk:

De manier waarop het zorgkantoor wachtlijstinformatie verzamelt is anders dan hoe de zorgaanbieder dit aanpakt. Dit verschil heeft te maken met het doel waarvoor de informatie wordt verzameld. De zorgaanbieder gebruikt deze informatie om inzicht te krijgen in wie staat te wachten en voorzien moet worden van een plek. Komt een persoon dan in aanmerking voor behandeling: ja/nee? Aan de achterkant (zorgaanbieder) moet de indicatie kloppen bij het bed dat vrijkomt. Het zorgkantoor hanteert de wachtlijst onder meer voor capaciteitsplanning en het bewaken van de doorstroom van cliënten volgens de regels beschreven in het Voorschrift Zorgtoewijzing.

Uit de praktijk:

Het zorgkantoor ziet een wachtende die al binnen de muren van een instelling is – voor bijvoorbeeld fysiotherapiebehandelingen – niet meer als wachtende. Terwijl de zorgaanbieder deze cliënt nog wel als wachtende ziet, omdat deze cliënt nog niet binnen de zorginstelling woont.

Zorgaanbieders geven aan dat bovenstaande uitdagingen invloed hebben op de accuraatheid van de wachtlijsten. Hoe ze hierop inspelen verschilt. De activiteiten die zorgaanbieders ondernemen zoals monitoring, het bespreken van de wachtenden en actief contact onderhouden met een wachtende, geven volgens hen een indruk van hoe actief het wachtlijstbeheer is.

Uit de praktijk:

"Doel van dit alles is, naast capaciteit zo goed mogelijk benutten, kunnen anticiperen op verwachte vraag, minder waan van de dag, crisis voorkomen, en zo veel mogelijk zicht hebben op waar mensen zich bevinden in het proces van 'toegroeien' naar acceptatie van de noodzaak van een verhuizing."

11.5 Informatie voor inspectiebezoeken

Vrijwel alle organisaties ervaren de inspectiebezoeken 'nieuwe stijl' – waarbij geen gegevens vooraf aangeleverd hoeven te worden – van de IGJ als positief. Over het algemeen hoeven ze vooraf weinig informatie aan te leveren, in ieder geval bij bezoeken die het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden. De IGJ maakt in de 'nieuwe stijl' zoveel mogelijk gebruik van gegevens die al beschikbaar zijn. Dit is een verandering in de voorbereidende werkzaamheden voor zorgaanbieders op een inspectiebezoek. Voorheen moesten organisaties soms veel informatie over alle locaties aanleveren, terwijl uiteindelijk maar één of twee locaties werden bezocht. Dat kostten de organisaties veel tijd.

Tijdens het bezoek wordt extra informatie opgevraagd en meegenomen door de inspecteurs. Dit vraagt weinig extra werk voor de organisatie. Het bezoek zelf vraagt veel tijd van een aantal medewerkers, maar het wordt door de meeste zorgaanbieders wel als zinvol ervaren.

Uit de praktijk:

"Wij hebben het inspectiebezoek niet ervaren als 'checklist afvinken', maar als een gesprek over thema's."

Uit de praktijk:

"Voor de interne audits is het format gebaseerd op de indicatoren van de IGJ. Terwijl ze vroeger een heel uitgebreid verslag schreven, kunnen ze met dit format ter plekke scoren. Zo heeft elk team aan het einde van de dag direct een rapportage en heb je snel overzicht over alle locaties."

12 Van bevinding naar aanbeveling

De bevindingen uit de nulmeting zijn besproken met de deelnemers aan de nulmeting en vertegenwoordigers van een aantal ketenpartijen: VWS, IGJ, NZa, Actiz en het Zorginstituut. Ze gingen samen in gesprek om mogelijke oplossingsrichtingen te verkennen en te bekijken wie deze kunnen oplossen. De verschillende oplossingsrichtingen zijn hieronder uitgewerkt.

12.1 Nut en noodzaak van uitvragen verduidelijken

Alle zorgaanbieders ervaren een discrepantie tussen de inspanning die het hen kost versus de waarde die de aanlevering heeft voor de eigen organisatie. Het doel van de uitvragen is ook niet helder genoeg.

Deelnemers willen begrijpen waarom bepaalde gegevens moeten worden aangeleverd, wat er mee gebeurt, en hoe de aanlevering voor de organisatie zelf toegevoegde waarde heeft. Er kan dan ook beter uitgelegd worden waarom de tijd en menskracht vrijgemaakt moet worden voor de aanlevering van de gegevens. Als de toegevoegde waarde van een uitvraag onvoldoende duidelijk gemaakt kan worden, is het de vraag of die uitvraag moet doorgaan.

Bij deze oplossingsrichting benoemden de deelnemers dat het zou helpen als de partijen die informatie vragen eerst met elkaar afstemmen wat zij vragen, hoe ze dat vragen, en op welk moment. Ze pleitten voor één algemeen aanlevermoment van gegevens die door meerdere partijen bruikbaar zijn, met een tijdige vooraankondiging zodat de zorgaanbieders en softwareleveranciers zich hier gericht op kunnen voorbereiden.

Als onderdeel van een oplossing noemden ze ook dat de instructies bij aanlevering duidelijk en eenduidig moeten zijn. Dit scheelt de zorgaanbieder tijd om uit te zoeken en te bespreken wat zij op welke manier moeten aanleveren. Daarnaast kunnen ze gegevens dan gemakkelijker met elkaar vergelijken. Daarbij horen gelijke definities van begrippen en indicatoren, net als vaststellen welke data nodig zijn om tot informatie te komen.

Zorgaanbieders willen ook graag een terugkoppeling krijgen over de gegevens die zijn hebben aangeleverd, zodat zij weten wie wanneer welke gegevens heeft gebruikt en met welk doel. Zij willen weten of zij de juiste gegevens hebben aangeleverd, en hoe hun organisatie zich verhoudt tot een eventuele norm. Doet de organisatie het goed, of blijft zij juist achter?

12.2 Meer kwalitatieve gegevens gebruiken

Uitvragende partijen benutten volgens de zorgaanbieders nog onvoldoende de (al bestaande) kwalitatieve gegevens van een organisatie.

Zorgaanbieders zien meer mogelijkheden voor kwalitatieve gegevens om de kwaliteit van hun zorg te duiden. Dat kan door vaker kwalitatieve gegevens toe te voegen aan een cijfermatige aanlevering, of omgekeerd: de cijfers gebruiken om kwalitatieve gegevens te onderbouwen. Ook benoemden ze de mogelijkheid om alleen op basis van narratieve informatie, verhalen, inzicht te geven in kwaliteit van de zorg.

Zorgaanbieders gaven aan dat zij de narratieve informatie willen gebruiken die ze nu al samenstellen voor andere rapporten en verslagen. In bijvoorbeeld de kwaliteitsverslagen beschrijven zorgaanbieders hun voortgang op alle thema's uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Ook zijn er rapportages van externe audits op het kwaliteitssysteem, verslagen van interne audits, tevredenheidsonderzoeken en (verslagen van) gesprekken met cliënten en verwanten die ze hiervoor willen gebruiken.

Bij de wens om meer narratieve informatie in te zetten bij transparantie en verantwoording, speelt

mee dat de zorgaanbieders meer context willen om de huidige cijfermatige aanlevering beter te kunnen duiden. Gebruik van de kwaliteitsverslagen bij een narratieve aanlevering stelt mogelijk eisen aan een eenduidiger vorm van deze verslagen en rapporten.

12.3 Indicatoren herzien

Vrijwel alle aanwezigen hebben uitgesproken dat de huidige indicatoren inhoudelijk onvoldoende aansluiten bij wat de organisaties zelf als een goede rapportage over de kwaliteit van zorg zien.

De meest vergaande oplossingsvariant die is benoemd is: schaf het cijfermatige deel van de aanlevering af. Zorgaanbieders maken dan wel aantoonbaar wat zij doen en hoe zij dat doen, maar kiezen zelf op welke thema's en hoe zij de kwaliteit inzichtelijk maken. Zorgaanbieders realiseren zich dat een algemene vergelijking daardoor moeilijker wordt.

Als de zorgaanbieders toch delen van de gegevens moeten blijven aanleveren volgens de huidige systematiek, dan moet tenminste opnieuw gekeken worden naar wát voor gegevens en waarom die moeten worden aangeleverd. Ook willen de organisaties zich in de uitkomsten kunnen herkennen.

12.4 Vaststellen indicatoren voor langere tijd en tijdig afstemmen

Door steeds veranderende indicatoren krijgen zorginstellingen geen inzicht in kwaliteit.

Voor de (beperkte) set indicatoren die wordt vastgesteld, stellen deelnemers voor om hierover op tijd te communiceren: in ieder geval eerder dan nu gebeurt, waarbij gedurende het verslagjaar pas gecommuniceerd wordt. Dan kan de aanlevering van gegevens beter aansluiten op de managementcyclus van de zorgaanbieders en daardoor op de interne sturing. Dit vergroot de toegevoegde waarde van het verzamelen en aanleveren van de gegevens.

Ook moeten indicatoren voor langere tijd vastgelegd worden. Daarmee kunnen systemen op tijd ingericht worden om nieuwe vragen te beantwoorden en medewerkers voor te bereiden op een zorgvuldige en gelijkvormige registratie voor langere tijd. Door een consistente uitvraag kunnen organisaties bovendien de eigen resultaten van jaar tot jaar vergelijken om hiervan te kunnen leren en verbeteren. Dit is ook een kernpunt uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Steeds nieuwe en veranderende indicatoren of een veranderde meetmethodiek betekenen voor de organisatie en voor de sector als geheel steeds een nieuwe nulmeting.

De deelnemers stelden voor om nieuwe indicatoren eerst via een pilot te testen: levert de uitvraag op een nieuwe indicator inderdaad de informatie op waar de informatie-vragende partij iets aan heeft? Is voor alle zorgaanbieders helder wat ze moeten aanleveren en waarom? Is een eenduidige verzameling inderdaad het resultaat?

De afstemming tussen partijen voor nieuwe informatie-uitvragen moet dan ook verbeterd worden. Bij nieuwe gegevenswensen moeten er duidelijke criteria zijn voordat deze uitvragen vastgesteld worden.

12.5 Meer onderling vertrouwen tussen zorgaanbieders en ketenpartijen

Deelnemers geven aan vertrouwen te missen van uitvragende partijen en willen graag meepraten bij de totstandkoming van informatie over de kwaliteit van zorg.

Zorgaanbieders willen zelf verslag kunnen doen over thema's die ze belangrijk vinden en die in lijn zijn met de visie van de organisatie en waar zij intern op sturen. Deelnemers benoemen dat een dergelijke keuze gerespecteerd moet worden, en niet moet worden verstoord door de '(politieke) waan van de dag', waardoor er plots weer iets wordt toegevoegd aan de lijst waarover een zorgaanbieder zich moet verantwoorden.

Een grotere mate van vertrouwen is volgens de deelnemers gerechtvaardigd omdat vrijwel alle zorgorganisaties zich onafhankelijk extern laten toetsen op eisen van een erkend kwaliteitssysteem. Daarbij wordt ook gekeken of zij voldoen aan geldende wet- en regelgeving. Sommige informatie-

vragende partijen zagen hierbij nog wel risico's in het vertrouwen op de verschillende kwaliteitssysteem. Zij willen nader onderzoeken in hoeverre een keurmerk op een kwaliteitssysteem alle thema's uit het Kwaliteitskader dekt.

Daarnaast zien zorgaanbieders ook meer mogelijkheden voor het intern leren en verbeteren op kwaliteit als ze zelf voor bepaalde kwaliteitsthema's kunnen kiezen, en/of wanneer ze beter begrijpen waarom uitvragende partijen bepaalde data willen.

12.6 Ondersteuning vanuit techniek

Technische ontwikkelingen worden niet volop benut, vinden de aanwezigen.

Binnen alle oplossingsrichtingen die zijn geschetst zien deelnemers ruimte voor verbetering met aanvullende of verbeterde technische ondersteuning. Ze noemen bijvoorbeeld dat de leveranciers van elektronische cliëntendossiers een standaard softwaremodule voor aanlevering van gegevens kunnen maken. Gegevens rechtstreeks uit het primaire proces halen zou ook een verbetering zijn, aangevuld met de mogelijkheid dat vragende partijen deze gegevens eenvoudig kunnen ophalen bij de zorgaanbieder. Voor het gebruik van kwalitatieve gegevens, zoals verslagen, rapporten en rapportages bieden technieken zoals textmining een mogelijke toepassing.