

Verkenning toepasbaarheid KIK-V in de GGZ-sector



UITKOMSTEN KIK-V VERKENNING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG-SECTOR



Verkenning toepasbaarheid KIK-V in de GHZ-sector
Uitkomsten KIK-V verkenning in de GGZ-sector juli 2023

Docnr: 2023025809

Programma (KIK-V) Projectteam Zorginstituut Nederland:

- Mw. L. van der Ham
- Mw. A. van der Pijl
- Mw. B. van Aalst
- Mw. E. Piller
- Mr. W. Sniekers
- Mr. M. Henry (cartoons)

Contact: verkenningenkikv@zinl.nl

Voorwoord

Zorginstituut Nederland voert in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en op verzoek van de Nederlandse ggz (dNggz) een KIK-V verkenning in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)-sector uit. Gedurende deze verkenning zijn belanghebbende partijen uit de sector geraadpleegd, waaronder zorgaanbieders en ketenpartijen.

Deze verkenning heeft als doel om inzicht te krijgen in de huidige gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en ketenpartijen en te bepalen wat de mogelijke toepasbaarheid van KIK-V is voor de GGZ-sector.

Dit document presenteert de resultaten van de verkenning die is uitgevoerd in de GGZ-sector. In november 2022 is de nulmeting van deze verkenning gestart. Deze nulmeting bracht de huidige gegevensuitwisseling in kaart tussen zorgaanbieders en uitvragende ketenpartijen, en de mogelijke toepasbaarheid van KIK-V binnen de GGZ-sector. Dit document doet onder andere verslag van de nulmeting die is uitgevoerd tussen november 2022 en mei 2023 bij veertien zorgaanbieders en vijf ketenpartijen. In interviews hebben de deelnemende zorgaanbieders en ketenpartijen hun ervaringen met gegevensuitwisseling gedeeld. Hierop volgend zijn in een co-creatiesessie de gecombineerde bevindingen besproken. Bij de bevindingen hebben de deelnemers aanbevelingen geformuleerd, gericht op een toepassing KIK-V in de GGZ. De bevindingen en aanbevelingen zijn gebundeld in dit bevindingendocument.

Het projectteam dankt de zorgaanbieders en ketenpartijen voor hun deelname en bijdrage aan deze verkenning naar de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ-sector. De geïnvesteerde tijd, betrokkenheid en gedeelde kennis en expertise worden zeer gewaardeerd. De opgehaalde kennis en inzichten vormen de grondslag voor deze rapportage.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5	4 Meerwaarde en toepasbaarheid KIK-V	51
1 Inleiding	9	4.1 Meerwaarde KIK-V	51
1.1 Aanleiding	9	4.2 Benodigdheden voor toepassing KIK-V	57
1.2 Ontwikkelingen rondom gegevensuitwisseling	9	5 Registratieproces indicatoren in beeld	60
1.3 Onderzoeksvragen en scope	10	5.1 Aantal cliënten	60
1.4 Betrokken partijen	11	5.2 Aantal medewerkers	62
1.5 Leeswijzer	11	5.3 Suicide	62
2 Methode	12	6 Conclusie	64
2.1 Fasering van het onderzoek	12	7 Aandachtspunten bij KIK-V in de GGZ	66
2.2 Onderzoeksmethoden	12	Bijlage 1 – Kenmerken deelnemende zorgaanbieders	68
2.3 Verwerking resultaten	13	Bijlage 2 – Deelnemende ketenpartijen	72
3 Huidige situatie gegevensuitwisseling	15	Bijlage 3 – Maatregelen borging onderzoekskwaliteit	73
3.1 Administratieve lasten bij informatie-uitvragen van derden	15	Bijlage 4 – Overzicht informatie-uitvragen	74
3.2 Overzicht van informatie-uitvragen	30	Bijlage 5 – Woordenlijst	76

Samenvatting

Inleiding

Om een impuls te geven aan het verbeteren van kwaliteit van zorg en aan vermindering van administratieve lasten is in 2018 het programma KIK-V gestart. Binnen KIK-V maken ketenpartijen afspraken over gegevensuitwisseling in de zorg. Het doel is het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteits- en bedrijfsvoeringinformatie, beter afstemmen van nieuwe uitvragen en meer hergebruiken van gegevens. Met andere woorden: KIK-V betekent duidelijkheid (door) afspraken en efficiëntie. Daarmee verbetert de uitwisseling van keteninformatie en verminderen de administratieve lasten.

De KIK-V werkwijze is mogelijk ook relevant voor andere zorgsectoren. Ook daar is men op zoek naar manieren om administratieve lasten te verlichten. Om inzicht te krijgen in de meerwaarde van KIK-V voor andere zorgsectoren, zijn medio 2022 drie verkennende onderzoeken gestart, gericht op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gehandicaptenzorg (GHZ) en Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Zorginstituut Nederland voert deze verkenningen uit in opdracht van het Ministerie van VWS.

Deze eindrapportage bevat de resultaten van de verkenning die is uitgevoerd in de GGZ. De scope van deze verkenning is vastgesteld op de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Waar van toepassing is zijdelings gekeken naar uitvragen die gedaan worden vanuit de Wet

maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet. In de verkenning stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

Wat is de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ?

- Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de GGZ?
- Wat is de meerwaarde voor de GGZ om aan te sluiten bij KIK-V?
- Wat is er nodig voor de GGZ om aan te kunnen sluiten bij KIK-V?

Methode

Na deskresearch en een stakeholderanalyse is in november 2022 de nulmeting bij deze verkenning gestart. In de periode tot en met mei 2023 zijn er gesprekken gevoerd met veertien zorgaanbieders en vijf ketenpartijen. Via deze gesprekken is in kaart gebracht hoe de reguliere informatie-uitvragen nu verlopen en welke inspanningen zij vragen van zorgaanbieders om informatie te verzamelen, te registreren en aan te leveren. Daarnaast werd geïnventariseerd in hoeverre een KIK-V werkwijze meerwaarde kan hebben voor de GGZ-sector en wat ervoor nodig is om een KIK-V werkwijze te implementeren in deze sector. Na afronding van de gesprekken is in mei 2023 een co-creatiesessie gehouden. Hierin zijn de belangrijkste bevindingen tot dan toe voorgelegd aan zorgaanbieders en ketenpartijen. Aan hen is gevraagd om gezamenlijk tot aanbevelingen te komen voor een eventueel vervolg van KIK-V in de GGZ-sector, uitgaande van deze bevindingen.

Bevindingen

Antwoorden op de onderzoeksvragen voor de verkenning GGZ luiden, samengevat, als volgt:

Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de GGZ?

Administratieve lasten van specifieke informatie-uitvragen vanuit derden ogen mee te vallen voor zorgaanbieders. Belangrijke redenen hiervoor zijn dat medewerkers die zich bezighouden met informatie-uitvragen dit vaak als onderdeel van hun werk zien en dat dit soort processen gestandaardiseerd en/of geautomatiseerd zijn. Ook ontvangen bepaalde zorgaanbieders, zoals vrijgevestigde praktijken en aanbieders van Wlz-zorg, minder uitvragen.

Verder blijkt dat zorgaanbieders aangeven dat de lasten grotendeels voortkomen uit een opeenstapeling van informatie-uitvragen vanuit verschillende financieringsstromen en verschillende actoren, zoals zorgverzekeraars, de NZa, gemeenten en branche- en beroepsverenigingen. Andere oorzaken van administratieve lasten zijn de beperkte inregelbaarheid van (delen van) informatie-uitvragen in ICT-systemen, slechte planbaarheid van uitvragen en het niet aansluiten van informatie-uitvragen bij de organisatorische inrichting van zorgaanbieders. Ook het ontbreken van een duidelijk doel of nut van informatie-uitvragen en onduidelijk in definities dragen bij aan de ervaren lasten onder zorgaanbieders.

Daarnaast valt op dat in de GGZ de administratieve lasten voor de informatie-uitvragen vanuit de Zvw en de Wlz, waar dit verkennend onderzoek zich op richtte, verhoudingsgewijs niet het

zwaarst wegen binnen de sector. Administratieve lasten lijken namelijk vooral te liggen bij behandelaars voor zorginhoudelijke informatie. Onderliggende oorzaken zijn de complexiteit en versnippering van wet- en regelgeving, de gedetailleerdheid van registraties en landelijke veranderingen in het systeem van financiering. Verder ogen de lasten verhoudingsgewijs ook groter in het gemeentelijk domein (Wmo en/of Jeugd) door gebrek aan uniformiteit in vorm en inhoud van informatie-uitvragen vanuit verschillende gemeenten.

Wat is de meerwaarde voor de GGZ om aan te sluiten bij KIK-V?

Op basis van de bevindingen uit dit verkennend onderzoek zijn zorgaanbieders en ketenpartijen positief te zijn over de uitgangspunten van KIK-V voor de GGZ-sector. KIK-V spreekt hen vooral aan, omdat het zich richt op de hoeveelheid en het stroomlijnen van uitvragen en het brengen van uniformiteit daarin. Zorgaanbieders en ketenpartijen hopen vooral dat KIK-V zal bijdragen aan het verminderen van administratieve lasten en aan betere vergelijkbaarheid van instellingen.

Ondanks deze positieve indruk plaatsten vooral zorgaanbieders de nodige kanttekeningen bij de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ. Belangrijke uitdagingen liggen volgens hen in het op één lijn krijgen van alle partijen, de positie van zorgaanbieders in dit proces en het uniformeren van definities in een diverse sector als de GGZ. Daarbij is aandacht nodig voor het op orde krijgen van werkprocessen en systemen bij zowel zorgaanbieders als ketenpartijen. Essentiële randvoorwaarden liggen wat hen betreft in het daadwerkelijk verminderen van lasten, met name door de doelmatigheid van informatie-uitvragen te vergroten. Het moet

voor zorgaanbieders ook duidelijk zijn dat KIK-V hen meer oplevert dan het aan inzet vraagt. Verder is er een sterke behoefte om lasten voor behandelaars te verminderen. Aangezien KIK-V zich niet direct richt op lasten bij behandelaars, is dit een belangrijke kanttekening bij eventuele toepassing van KIK-V in de GGZ.

Wat is er nodig voor de GGZ om aan te kunnen sluiten bij KIK-V?

Volgens zorgaanbieders en ketenpartijen kan een duidelijk verhaal aan de hand van voorbeelden vanuit de verpleeghuiszorg over wat KIK-V oplevert faciliterend werken. Een belangrijke eerste stap is verder om alle partijen op één lijn te krijgen en te starten met het maken van afspraken over definities. Hierbij kan klein begonnen worden, met enkele specifieke, veelgebruikte definities om die vervolgens uit te breiden. Doelmatigheid vormt een uitgangspunt, zodat niet méér wordt uitgevraagd dan dat wat strikt nodig is.

Conclusies

Al met al komt een tweeledig beeld naar voren van de toepasbaarheid van KIK-V voor de GGZ sector. Enerzijds zijn zowel zorgaanbieders als ketenpartijen positief over de uitgangspunten van KIK-V en is er een sterke behoefte aan initiatieven die administratieve lasten omlaag brengen. Anderzijds worden veel uitdagingen en randvoorwaarden gezien voor de toepasbaarheid van KIK-V. Bovendien lijkt KIK-V niet gericht te zijn op de grootste prioriteiten in de sector, namelijk de administratieve lasten bij behandelaars en het gemeentelijk domein (Wmo en Jeugd). De vraag is of KIK-V op dit moment een passende oplossing is voor de vraagstukken die nu aandacht

vragen in de GGZ. Ook is het de vraag, gezien de inzet die KIK-V van zorgaanbieders zou vragen, of er op dit moment in de GGZ voldoende draagvlak is om met KIK-V aan de slag te gaan.

Aanbevelingen

Op basis van de verkenning naar de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ-sector zijn de volgende zeven aanbevelingen geformuleerd voor eventuele vervolgstappen:

1. Een eerste essentiële stap voor de GGZ is zorgen dat alle relevante partijen in beeld zijn en samengebracht worden om landelijke vraagstukken m.b.t. informatie-uitvragen af te stemmen en eventueel te komen tot vervolgacties. Daarbij is belangrijk dat al deze partijen de uitgangspunten van KIK-V onderstrepen en bereid zijn om te werken aan gezamenlijke doelen en afspraken.
2. Focus op doelmatigheid: In de GGZ-sector is bij implementatie van KIK-V aandacht nodig voor doelmatigheid van uitvragen.
3. Begin klein met afspraken over kerndefinities: De GGZ zou kunnen beginnen met het maken van afspraken met ketenpartijen over definities die veel gebruikt worden.
4. Laten zien dat het werkt en wat daarvoor nodig is: Het is belangrijk om zorgaanbieders en ketenpartijen inzicht te geven in wat KIK-V hen op kan leveren en welke investering dit vraagt voor zij hier mee aan de slag gaan.
5. Inzetten op terugkoppeling en benchmarking: Terugkoppeling aan zorgaanbieders over informatie-uitvragen is een punt waarop veel verbetering mogelijk lijkt. Hierbij verdient benchmarking specifieke aandacht.
6. Rekening houden met de ontwikkelingen in zorg/ GGZ: Bij toepassing van KIK-V in de GGZ is belangrijk dat rekening

gehouden wordt met de ontwikkelingen in de zorg en de GGZ om daarop aan te sluiten.

7. Aandacht voor de grootste administratieve lasten: Hoewel het KIK-V programma zich hier niet specifiek op richt, is aandacht nodig voor de hoge administratieve lasten bij behandelaars op het gebied van zorginhoudelijke informatie en rondom informatie-uitvragen in de Wmo en Jeugdwet. Het is raadzaam om samen met de partijen die zich hierop richten nader te bekijken in hoeverre KIK-V toepasbaar zou kunnen zijn voor de informatie-uitvragen in de Wmo en Jeugdwet.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het verbeteren van kwaliteit van zorg en verminderen van administratieve lasten blijven belangrijke ambities voor alle sectoren van de gezondheidszorg. KIK-V werkt aan efficiënte mogelijkheden voor gegevensuitwisseling, waaronder kwaliteits- en bedrijfsvoeringsgegevens.

Binnen het KIK-V programma maken ketenpartijen afspraken over het vaststellen en uitwisselen van informatie in de verpleeghuiszorg. Deze afspraken zorgen ook voor afstemming met de landelijke ketenpartijen die gegevens uitvragen, zodat het aanleveren van informatie praktisch en doeltreffend kan verlopen. Het doel van KIK-V is het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van gegevens. Daarnaast maken de afspraken inzichtelijk welke partijen informatie uitvragen, waarom ze dat doen en wanneer. In 2018 is het programma KIK-V van start gegaan in de verpleeghuiszorg.

Tot nu toe richtte het programma KIK-V zich op de verpleeghuiszorg. Vanuit andere zorgsectoren is ook interesse in de werkwijze van KIK-V. De werkwijze van KIK-V is mogelijk van meerwaarde voor andere sectoren, waar men ook op zoek is naar manieren om administratieve lasten te verlichten. Uitbreiding van KIK-V naar andere sectoren kan een positief effect hebben op de bereidheid van ketenpartijen en zorgaanbieders om KIK-V te implementeren. Schaalvergroting kan de inrichting van de gevraagde (technische en proces)inrichtingen bij de

zorgorganisaties en ketenpartijen vergemakkelijken. Ook maakt dit het voor softwareleveranciers aantrekkelijker om in de KIK-V werkwijze te investeren en te ontwikkelen.

Dit gaf de Nederlandse GGZ aanleiding voor een verzoek om een verkenning van KIK-V uit te voeren in de GGZ-sector. Om inzicht te krijgen in de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ is medio 2022 een verkennend onderzoek gestart in deze sector. Naast deze GGZ-verkenning vond verkennend onderzoek plaats in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorgsector (VVT) en de Gehandicaptenzorgsector (GHZ). Deze rapportage richt zich op het verkennend onderzoek in de GGZ-sector.

1.2 Ontwikkelingen rondom gegevensuitwisseling

Bij het verkennend onderzoek naar KIK-V in de GGZ is het belangrijk rekening te houden met ontwikkelingen in de sector die relevant zijn voor de gegevensuitwisseling in de GGZ. Zo heeft de GGZ als enige sector te maken met vijf wettelijke kaders: Wmo, Jeugdwet, Zvw, Wlz en (het besluit) Forensische Zorg. De hervormingen van de langdurige zorg en de decentralisaties van overheidstaken naar gemeenten in 2015 waren hierin de meest belangrijke recente stelselwijzigingen.

Een andere relevante ontwikkeling voor de huidige situatie van gegevensuitwisseling is de oprichting van Akwa GGZ in 2019 (Alliantie kwaliteit Geestelijke Gezondheidszorg), de opvolger van SBG (Stichting Benchmark GGZ). Akwa GGZ ontwikkelt en onderhoudt kwaliteitsstandaarden, ondersteunt bij datagedreven leren en faciliteert lerende netwerken. Verder is in 2021 de Wet verplichte ggz (Wvvgz) ingevoerd ter vervanging van de Wet

bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). De Wvvggz geldt voor mensen bij wie een psychische stoornis leidt tot gedrag dat ernstig nadeel (gevaar) veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is om dat ernstig nadeel weg te nemen, kan de rechter verplichte zorg opleggen. Meer recent werd in 2022 in de GGZ en de forensische zorg (FZ) een nieuw bekostigingsmodel ingevoerd; het zorgprestatie­model (ZPM). Het ZPM bestaat uit door de NZa vastgestelde prestaties, tarieven en regelgeving en uit een aantal veldafspraken. Een belangrijk doel van het ZPM was om de bekostiging eenvoudiger te maken.

In de afgelopen jaren zijn er verschillende initiatieven geweest gericht op administratieve lasten en/of gegevensuitwisseling. Denk hierbij aan onder andere de ontwikkelingen rondom horizontaal toezicht, zorginformatiebouwstenen (zibs), het landelijk schakelpunt (LSP), het programma (Ont)Regel de Zorg en het rapport 'Het roer moet om' van de Nederlandse ggz. Dergelijke ontwikkelingen zijn mede bepalend voor de huidige situatie en lasten bij gegevensuitwisselingen in GGZ en mogelijk ook van invloed op de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ.

1.3 Onderzoeksvragen en scope

De hoofdvraag voor deze verkenning is:

Wat is de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ?

- Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de GGZ?
- Wat is de meerwaarde voor de GGZ om aan te sluiten bij KIK-V?
- Wat is er nodig voor de GGZ om aan te kunnen sluiten bij KIK-V?

De scope van de verkenning werd gevormd door de volgende uitgangspunten:

- *Synergie*: Tijdens de uitvoering van deze verkenning is aansluiting gezocht met de verkenningen die gelijktijdig plaatsvonden in de VVT en GHZ om de synergie tussen de drie verkenningen te bevorderen. Op verschillende momenten heeft uitwisseling van kennis en ervaringen tussen de verkenningen plaatsgevonden.
- *Structurele informatie-uitvragen van derden*: De verkenning richt zich op structurele uitvragen van derden. Hierbij werden in ieder geval de regelmatig terugkomende uitvragen van de IGJ, NZa, ZIN, CIBG, zorgverzekeraars en zorgkantoren meegenomen.
- *Curatieve en langdurige zorg*: De verkenning richt zich op de curatieve GGZ onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de langdurige GGZ onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Zorg op psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen en universitaire klinieken en zorg vanuit de praktijkondersteuner GGZ (POG-ggz) werd buiten beschouwing gelaten.

- *Domeinen buiten scope*: Zorg die onder de Wmo, Jeugdwet of forensische zorg valt, viel buiten de scope van de verkenning. Belangrijke bevindingen over deze domeinen werden wel als bijvangst meegenomen in deze rapportage.

1.4 Betrokken partijen

Deze verkenning is verricht in opdracht van VWS (directie Langdurige Zorg) en uitgevoerd door het onderzoeksteam KIK-V van Zorginstituut Nederland (ZIN). In de uitvoering is nauw samengewerkt met de branchepartij voor de GGZ: de Nederlandse GGZ (dNggz). Vertegenwoordigers van VWS, dNggz en ZIN namen deel aan het afstemmingsoverleg over de voortgang van het verkennend onderzoek. Daarnaast was er een werkgroep die de verkenning inhoudelijk ondersteunde. Hieraan namen vertegenwoordigers deel van dNggz en ZIN (team GGZ en sociaal domein, afdeling Zorg). De werkgroep heeft inhoudelijk meegedacht en geholpen bij het betrekken van en leggen van contacten met relevante partijen, het werven van deelnemers en overige communicatie rond de verkenning.

1.5 Leeswijzer

In dit hoofdstuk is de introductie en aanleiding van dit verkennende onderzoek aanbod gekomen. Hoofdstuk 2 beschrijft de in het onderzoek gehanteerde onderzoeksmethoden en het verloop van het onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt inzicht gegeven in de structurele informatie-uitvragen in de GGZ-sector en worden de bevindingen gepresenteerd over de huidige gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en ketenpartijen. Iedere bevinding wordt toegelicht en voorzien van voorbeelden uit de praktijk van de zorgaanbieders en/of ketenpartijen. Hoofdstuk

4 beschrijft de behoeften en verwachtingen voor de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ-sector volgens zorgaanbieders en ketenpartijen. Om een beeld te krijgen in hoeverre de huidige registraties van zorgaanbieders zich er al voor lenen om via een KIK-V werkwijze gegevens geautomatiseerd aan te leveren is met zorgaanbieders meegekeken naar het registratieproces van een aantal indicatoren. Hoofdstuk 5 beschrijft de uitkomsten van deze analyse. In hoofdstuk 6 staan de conclusies van de verkenning en antwoorden op de onderzoeksvragen. De aanbevelingen van deelnemende zorgaanbieders en ketenpartijen om met KIK-V aan de slag te gaan in de GGZ staan in hoofdstuk 7.

2 Methode

De onderzoeksvragen zijn beantwoord door middel van een verkennend onderzoek. Dit type onderzoek wordt gekenmerkt door een flexibele, brede benadering en is gericht op het beter begrijpen van vraagstukken waar nog weinig of geen onderzoek naar gedaan is. Dit hoofdstuk beschrijft de opzet en methoden van het onderzoek.

2.1 Fasering van het onderzoek

Tijdens de verkenning zijn vijf fasen doorlopen:

1. *Contouren schetsen*: Tijdens deze fase zijn bestaande informatie en relevante partijen rond gegevensuitwisseling in kaart gebracht met desk research, een verkennende stakeholderanalyse en een verkennende analyse van softwareleveranciers en systemen. Tijdens deze fase is ook de scope van het onderzoek vastgesteld.
2. *Nulmeting ketenpartijen en zorgaanbieders*: Het doel van deze fase was om een beeld te krijgen van de gegevensuitwisseling door zorgaanbieders en ketenpartijen te interviewen. Interviews met ketenpartijen voor de drie verkenningen werden vonden vaak gecombineerd. Verder is voor drie onderwerpen (zogenoemde indicatoren) in kaart gebracht hoe deze worden geregistreerd:
 - a. suïcides en suïcidepogingen (jaarlijkse aanlevering IGJ);
 - b. aantal cliënten (Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV)¹ in DigiMV);

¹ Sinds 2022 heeft de Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) een andere naam, namelijk Jaarverantwoording in de Zorg (JVZ). Met de op 1 januari 2022 in werking getreden Aanpassingswet

- c. aantal medewerkers (Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) in DigiMV).
3. *Inventarisatie behoeften en verwachtingen KIK-V*: In interviews is geïnventariseerd welke behoeften en verwachtingen zorgaanbieders en ketenpartijen hebben ten aanzien van KIK-V, en wat de GGZ sector volgens hen nodig heeft om bij KIK-V aan te sluiten. Om de gevraagde inzet van de zorgaanbieders en ketenpartijen te beperken, zijn de interviews van fase 2 en 3 vaak gecombineerd uitgevoerd.
 4. *Conceptrapportage en oplossingsrichtingen*: In een co-creatiesessie hebben ketenpartijen en zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan de nulmeting aanbevelingen geformuleerd en geprioriteerd. Samen met de bevindingen uit vorige fases zijn deze verwerkt in de conceptrapportage bij deze verkenning.
 5. *Rapportage en verspreiding*: Op basis van de bevindingen en aanbevelingen voor de toepasbaarheid van KIK-V is deze eindrapportage opgesteld. Hierin zijn de antwoorden op de onderzoeksvragen beschreven.

Op verschillende momenten gedurende het onderzoek vond terugkoppeling plaats naar de werkgroep en het afstemmingsoverleg om betrokken partijen op de hoogte te houden, te evalueren en waar nodig bij te sturen.

2.2 Onderzoeksmethoden

In dit onderzoek is een combinatie van onderzoeksmethoden gebruikt. Data werden verzameld door interviews en een co-creatiesessie met zorgaanbieders en ketenpartijen.

toetreding zorgaanbieders (AWtza) is de openbare jaarverantwoording verplicht geworden voor álle zorgaanbieders.

Interviews met zorgaanbieders

In fase 2 en 3 van het onderzoek zijn veertien zorgaanbieders geïnterviewd, waaronder grote, geïntegreerde GGZ-instellingen, gespecialiseerde instellingen, psychologenpraktijken, vrijgevestigde praktijken en aanbieders van bescherm wonen (zie Bijlage 2). De deelnemende zorgaanbieders zijn geselecteerd op diversiteit in zorgaanbod, regio, omvang en EPD-systemen. Daarnaast hing deelname af van beschikbaarheid en bereidheid in de periode van dataverzameling. Per zorgaanbieder is gesproken met één of meer medewerkers, onder wie bestuurders, kwaliteitsmedewerkers, beleidsmedewerkers, controllers/financiële medewerkers, medewerkers van de zorgadministratie en informatiemanagers. De zorgaanbieders werden geworven via brancheverenigingen en via het netwerk van de werkgroep.

Interviews met ketenpartijen

Over alle drie de verkenningen (VVT, GGZ en GHZ) heen hebben in het kader van fase 2 en 3 acht interviews plaatsgevonden met ketenpartijen (zie Bijlage 2). Van deze acht waren vijf interviews met ketenpartijen inhoudelijk relevant voor deze verkenning in de GGZ-sector, namelijk: Fizi beroepsvereniging zorgfinancials, NZa, Zorgkantoor Zilveren Kruis, Zorgkantoor CZ en Zorginstituut Nederland. De ketenpartijen zijn geselecteerd op basis van de mate waarin zij een rol hebben in of zicht hebben op gestructureerde informatie-uitvragen in de GGZ. Dat was relevant voor het verkennend onderzoek; Deelname was ook afhankelijk van beschikbaarheid en bereidheid om mee te doen in de periode van dataverzameling.

Uitdieping registratieproces indicatoren

Op basis van de opgehaalde input uit de veertien interviews met zorgaanbieders van fasen 2 en 3 is het registratieproces van de eerdergenoemde drie indicatoren geanalyseerd en in kaart gebracht. Op basis van deze analyse is een advies opgesteld voor de toepasbaarheid van KIK-V voor de registratie en aanlevering van deze indicatoren.

Co-creatie sessie

In fase 4 van het onderzoek is een co-creatiesessie gehouden met zorgaanbieders en ketenpartijen die aan de verkenningsonderzoeken hadden deelgenomen. Bevindingen vanuit de interviews met zorgaanbieders en ketenpartijen zijn gebruikt voor de thematische invulling van de co-creatiesessie. Naast een plenair gedeelte voor de drie verkenningen samen was er tijdens de co-creatie per verkenning een verdiepend onderdeel. Hierin werden bevindingen gedeeld en formuleerden en prioriteerden deelnemers aanbevelingen.

2.3 Verwerking resultaten

De deelnemers hebben toestemming gegeven voor deelname aan dit onderzoek en het geanonimiseerd gebruik van de opgehaalde gegevens. Alle data die zijn opgehaald in fase 1 t/m 4 zijn door het projectteam geanalyseerd, resulterend in de bevindingen die in de volgende hoofdstukken worden besproken. In Bijlage 3 staat beschreven welke maatregelen zijn genomen om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. De bevindingen van deze verkenning zijn ondergebracht in hoofdstuk 3 t/m 5 en worden ondersteund met illustraties en quotes van respondenten. In de beschrijving van de bevindingen worden de onderstaande

aanduidingen gebruikt om aan te geven hoeveel deelnemers eenzelfde soort bevinding hebben benoemd:

- *Enkele*: tot 3 deelnemers
- *Een aantal*: 4 tot en met 7 deelnemers
- *Het merendeel*: 8 tot 11 deelnemers
- *Bijna alle*: 12 tot 14 deelnemers

Verder komen er in dit rapport een aantal afkortingen voor:

- **GGZ** – Geestelijke gezondheidszorg
- **VVT** – Verpleging, verzorging en thuiszorg
- **GHZ** – Gehandicaptenzorg
- **Wlz** – Wet langdurige zorg
- **Zvw** - Zorgverzekeringswet
- **Wmo** – Wet maatschappelijke ondersteuning
- **VWS** – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- **ZIN** – Zorginstituut Nederland
- **NZa** – Nederlandse Zorgautoriteit
- **IGJ** – Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

3 Huidige situatie gegevensuitwisseling

3.1 Administratieve lasten bij informatie-uitvragen van derden

Deze paragraaf beschrijft het algemene beeld van administratieve lasten van zorgaanbieders rondom informatie-uitvragen van ketenpartijen. Dit algemene beeld is voornamelijk gebaseerd op de ervaringen van zorgaanbieders met structurele informatie-uitvragen voor Zvw- en Wlz-zorg (onder andere wachttijden, verplichte zorg, suicidegegevens, zorgverzekeraars, jaarverantwoording, zorgkantoren en cliënttevredenheid), maar geeft ook beperkt inzicht in ervaren administratieve lasten door andere oorzaken en vanuit andere wettelijke domeinen omdat dit buiten de scope van het onderzoek valt en bijvangst is.

3.1.1 Wisselend beeld administratieve lasten informatie-uitvragen

Aan de ene kant gaf een aantal zorgaanbieders aan dat de administratieve last voor hen beperkt is. Zo ook de volgende zorgaanbieder:

"Ik vind de uitvragen wel meevallen als je kijkt naar hoeveelheid en de deadlines die daarbij horen, zeker door de ketenpartijen." - Zorgaanbieder

Aan de andere kant ervaren andere aanbieders wel lasten als gevolg van informatie-uitvragen. Een aantal zorgaanbieders vertelde dat dit afhangt van de functie die men heeft en de mate waarin informatie-uitvragen ingeregeld zijn in dagelijkse werkprocessen.

"Als het bij je functie hoort en je moet dat meerdere keren doen, dan is het onderdeel van je werk en is het geen administratieve last. Het ligt dus heel erg aan wie je het vraagt." - Zorgaanbieder

De ervaren last voor zorgaanbieders lijkt onder andere bepaald door het aantal uitvragen waar ze mee te maken hebben. Het aantal uitvragen hangt samen met het type zorg dat zij leveren en de grootte van de organisatie. Vrijgevestigde praktijken ontvangen bijvoorbeeld slechts enkele informatie-uitvragen. Ook voor beschermd wonen (vanuit de GGZ) werd aangegeven dat het aantal uitvragen gering is:

"Ik vind het aantal vragenlijsten dat we moeten invullen best meevallen als het gaat om GGZ wonen." - Zorgaanbieder

Voor zorgaanbieders die met één of twee financieringsstromen te maken hebben, ligt het aantal uitvragen lager. Bij hen komen alle informatie-uitvragen echter vaak terecht bij één of enkele personen en ze maken beperkt gebruik van ondersteunende ICT-systemen. Voor deze medewerkers kunnen de lasten aanzienlijk zijn. Grotere, geïntegreerde ggz-instellingen ontvangen informatie-uitvragen vanuit uiteenlopende ketenpartijen. Zij

hebben vaak met vier of vijf financieringsstromen te maken (Zvw, Wlz, Jeugd, Wmo, FZ). Daarbij zijn medewerkers vanuit meerdere functies en afdelingen betrokken. Bij deze organisaties lijken vooral de hoeveelheid uitvragen en het gebrek aan overzicht voor lasten te zorgen.

3.1.2 Verschil in ervaren belasting in relatie tot omvang zorgaanbieder

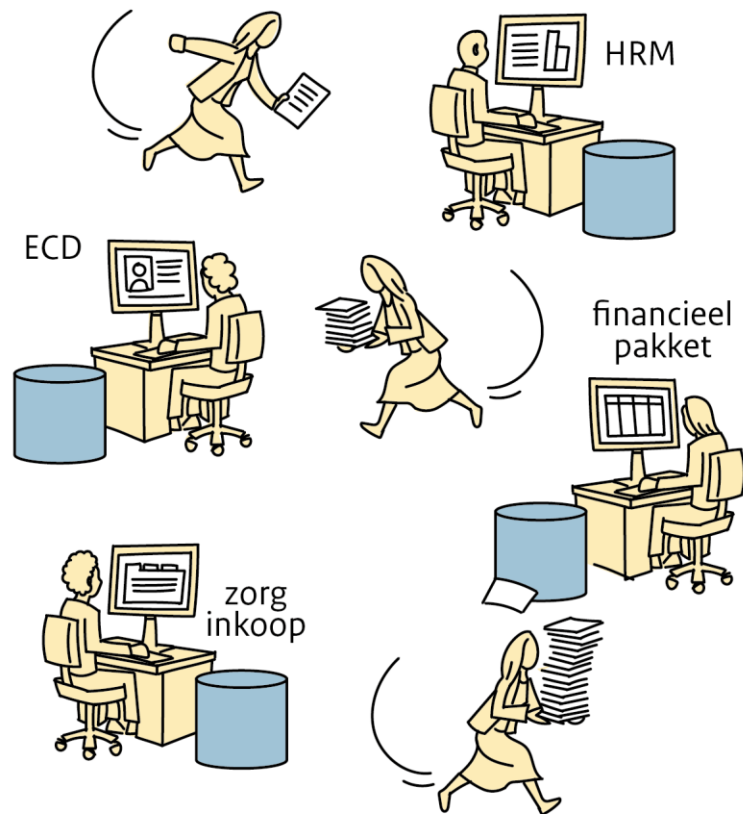
Waar bij grotere zorgaanbieders meerdere medewerkers van verschillende afdelingen betrokken zijn bij het verzamelen en aanleveren van gegevens voor informatie-uitvragen, is het hele proces voor verzameling en aanlevering bij kleinere zorgaanbieders vaak belegd bij slechts een of enkele medewerkers. Het beperkte aantal medewerkers en cliënten van kleinere zorgaanbieders maakt het voor hen overzichtelijker om informatievragen uit het hoofd te beantwoorden.

"Ik weet zo wel hoeveel medewerkers hier zijn en hoeveel cliënten we hebben." – Zorgaanbieder

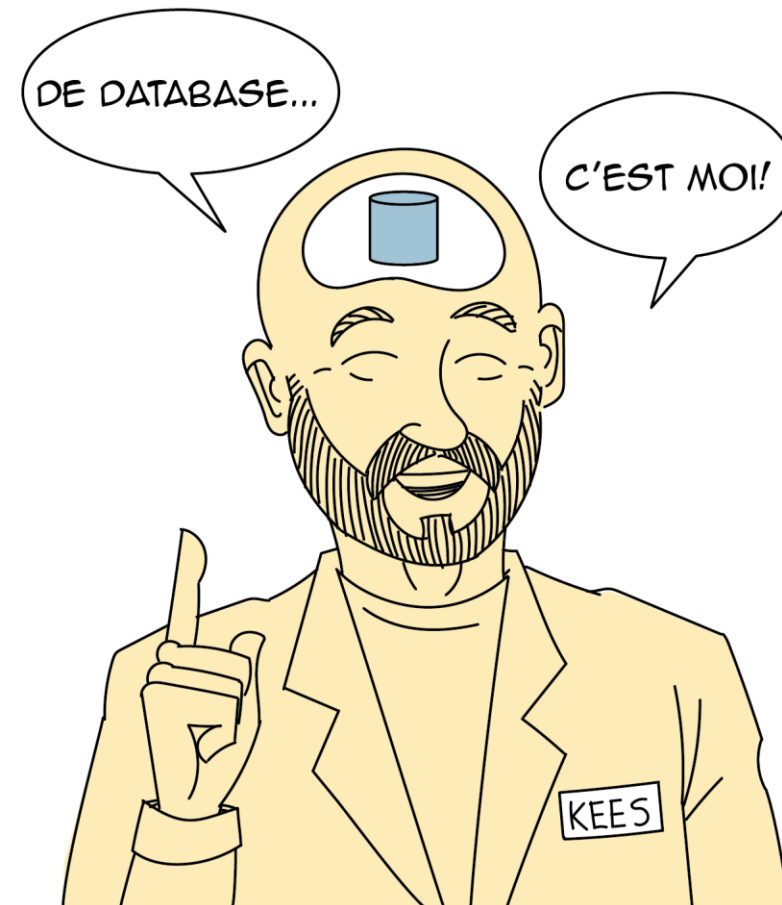
Kleinere zorgaanbieders hebben vaak een informeler werkwijze en een platte organisatie: informatie hoeft niet eerst over verschillende 'schijven' te gaan. Daardoor is de werkwijze bij verzamelen van gegevens minder complex, en kost het minder tijd dan bij grotere zorgaanbieders. Ook gebruiken kleinere aanbieders bij het verzamelen van gegevens minder systemen, in tegenstelling tot grote zorgaanbieders.

Verschillen tussen kleine en grote zorgaanbieders bij informatie-uitvragen

Beantwoording informatie-uitvragen bij grote zorgaanbieder



Beantwoording informatie-uitvragen bij kleine zorgaanbieder



3.1.3 Opeenstapeling van informatie-uitvragen

De grootste pijnpunten rond informatie-uitvragen liggen volgens het merendeel van de zorgaanbieders niet zozeer in één specifieke informatie-uitvraag, maar in de opeenstapeling van informatie-uitvragen vanuit allerlei partijen. Dit zijn voornamelijk de ketenpartijen, maar daarnaast hebben zorgaanbieders te maken met uitvragen vanuit bijvoorbeeld branche- en beroepsverenigingen, keurmerken en hun eigen organisatie. Daarbij gaf een aantal zorgaanbieders aan dat de hoeveel informatie die wordt uitgevraagd over de jaren heen sterk is toegenomen, mede door de toename van het aantal financieringsstromen.

"Voorheen had je gewoon budgetfinanciering, dat is één stroom voor de hele GGZ. Toen kwam de splitsing Zvw/Wlz, toen kregen de asielzoekers een aparte regeling, toen kregen we de Wlz-b, Wlz-w en de Wmo. En alles moet apart verantwoord worden." – Zorgaanbieder

Een aantal aanbieders merkte op dat er met elke verandering in het stelsel meer vragen bijkomen. De snelheid en hoeveelheid van veranderingen in de GGZ dragen volgens deze aanbieders bij aan de administratieve last rondom informatie-uitvragen.

*"Afgelopen jaar hebben we veel onzekerheden op ons afgeschoven gekregen met nieuwe financiering. Elke keer als ze zeggen: 'We willen de financiering transparanter maken', dan krijg je er weer een financieringsstroom bij. Er gaat er nooit een af, er komt er altijd een bij." -
Zorgaanbieder*

De vele financieringsstromen leiden tot opstapeling informatie-uitvragen binnen GGZ



3.1.4 Administratieve last hangt mede af van inregelbaarheid en planbaarheid

Informatie-uitvragen die vaker terugkomen en waarvoor informatie gemakkelijk uit een bronsysteem (EPD, HR-systeem, financieel systeem) te halen is, worden vaak als minder belastend gezien door zorgaanbieders. Een aantal zorgaanbieders gaf aan dat dit bijvoorbeeld het geval is bij informatie-uitvragen over wachttijden (NZa), suicidegegevens (IGJ) en cliënttevredenheid (ZIN).

"Na een aantal maanden probeer je het steeds meer te standaardiseren, waardoor het steeds makkelijker wordt." - Zorgaanbieder

"Als je één keer die verzameling gedaan hebt en als alle queries staan die we daarvoor nodig hebben, dan is het niet zoveel werk meer. [...] Als de leverancier het regelt met één druk op de knop, dan hebben wij er niet zoveel last van." - Zorgaanbieder

Het helpt volgens een aantal zorgaanbieders als binnen de organisatie een goed ontwikkeld datawarehouse/Bi-tooling bestaat en als gegevens voor informatie-uitvragen volgens de juiste definities opgenomen zijn in het EPD. Daarentegen zorgen informatie-uitvragen die onaangekondigd en ad hoc zijn en/of korte deadlines hebben voor de grootste knelpunten. Dit geldt ook voor terugkerende informatie-uitvragen die regelmatig van inhoud veranderen. Deze informatie-uitvragen zijn niet goed te standaardiseren en in te bouwen in systemen en zorgen voor het meeste handwerk.

"Een aantal uitvragen komt periodiek terug en die kun je automatiseren. Dan is die informatie-ontsluiting ook best wel goed te doen. Maar als het dan net weer iets anders is of als je niet precies weet wanneer het komt, dan wordt het allemaal handwerk." - Zorgaanbieder

"Het zijn uitvragen die terugkeren, maar het is natuurlijk niet zo dat je één keer iets ontwikkeld hebt en dan het jaar erop weer kan hergebruiken. Het kost tijd om te kijken of we queries die we op ons EPD uitdraaien nog een keer kunnen gebruiken. En dat is toch vaak niet het geval." - Zorgaanbieder

3.1.5 Informatie-uitvragen sluiten niet altijd aan bij processen van zorgaanbieders

Een ander knelpunt rond de inregelbaarheid van informatie-uitvragen is dat de gegevens die ketenpartijen extern opvragen en de manier waarop zij dat doen, niet altijd aansluiten bij de werkwijze van zorgaanbieders. Dit werd door het merendeel van de zorgaanbieders benoemd. Ze verwezen daarbij vaak naar uitvragen over wachttijden (NZa), de CQi (ZIN) en verplichte zorg/Wvggz (IGJ). Eén zorgaanbieder ging in op onhandigheden rond het format van uitvragen:

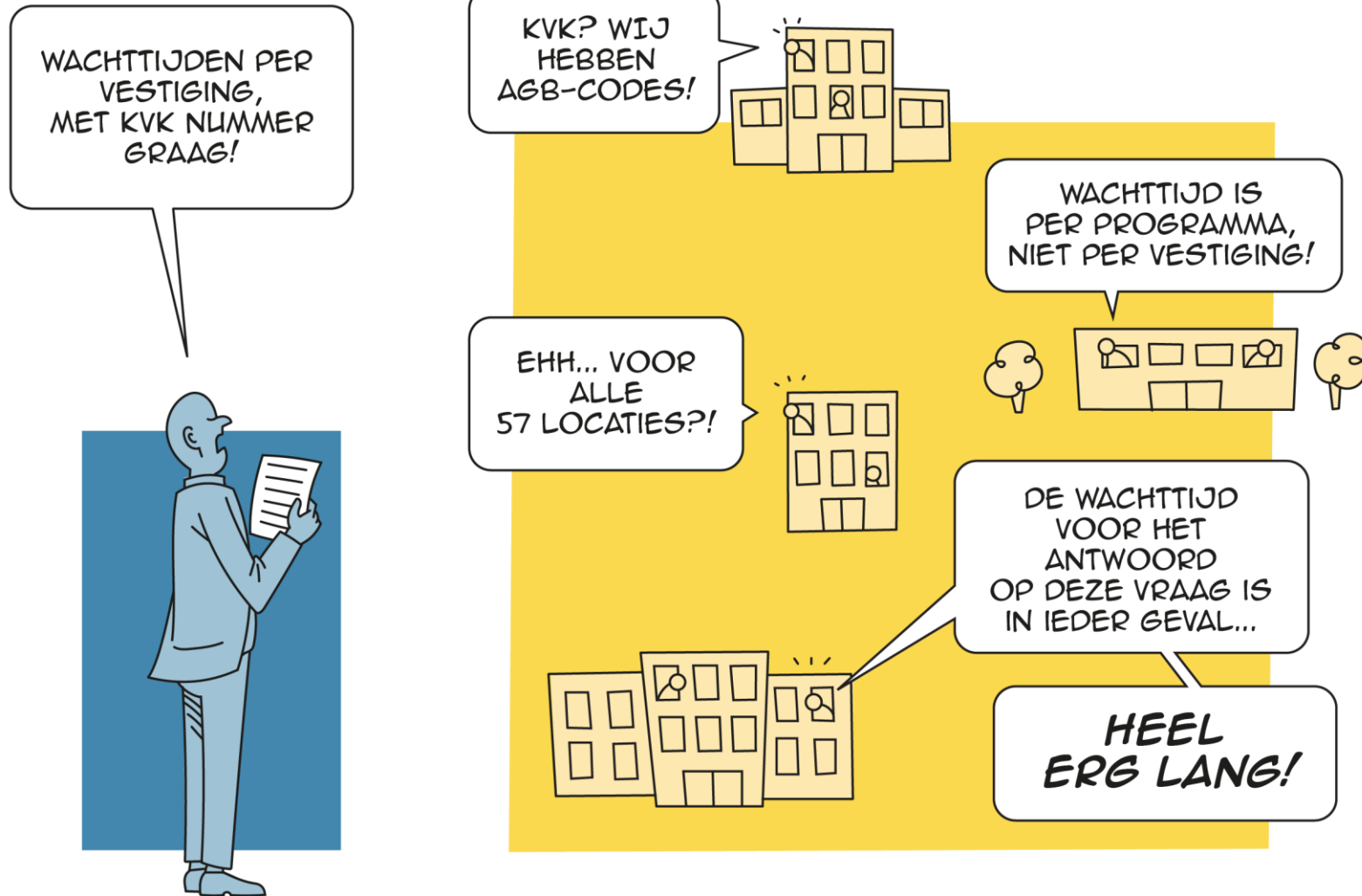
"In onze BI-tool kunnen wij makkelijk de gegevens van de Wvggz opvragen en de CQi, alleen een export daarvan voldoet dan meestal niet voor de partijen die de gegevens willen ontvangen." - Zorgaanbieder

Een specifiek pijnpunt voor meerdere informatie-uitvragen is dat de organisatie-eenheden die daarin worden gehanteerd, niet de eenheden zijn die intern worden gebruikt. Het merendeel van de zorgaanbieders en een ketenpartij gaven aan dat informatie-uitvragen niet goed aansluiten bij hoe zorgaanbieders intern georganiseerd zijn. Hierdoor moeten extra berekeningen gedaan worden en verliest de informatie voor zorgaanbieders aan betekenis.

"Ik zou nu [meer dan honderd] vestigingen allemaal moeten aanmaken op Zorgbeeld Portaal [voor aanlevering van wachttijden bij de NZa]. Die vestigingen moeten wel ingeschreven zijn bij de KvK, want ze willen geautomatiseerde controles kunnen doen. Maar deze vestigingen zijn niet allemaal ingeschreven bij de KvK. Ze hebben wel een AGB-vestigingscode gekregen." - Zorgaanbieder

"Wij nemen de CQi constant af en dat is een constant doorlopend proces. De manier waarop we intern cijfers genereren is anders dan de manier waarop we de aanlevering moeten doen. Het geografische gedeelte is anders. Intern verzamelen wij het op bijvoorbeeld teamniveau; onze eigen indeling. Voor de aanlevering moeten we het aanleveren binnen een de straal van 10 km en dat is niet zoals we georganiseerd zijn." - Zorgaanbieder

Informatie-uitvragen over locaties sluiten niet aan op de praktijk



3.1.6 Onduidelijkheid doel en nut informatie-uitvragen zorgen voor grotere belasting

Informatie-uitvragen worden als meer belastend ervaren, wanneer het doel en het nut ervan voor de zorgaanbieder minder duidelijk is. Bijna alle zorgaanbieders gaven aan dat het bij bepaalde informatie-uitvragen niet helder is waarom ketenpartijen die informatie uitvragen en wat ze ermee doen. De aanlevering van de Jaarmaatschappelijke Verantwoording² (JMV) in DigiMV en informatie-uitvragen over verplichte zorg en suïcidegegevens (IGJ) werden door een aantal zorgaanbieders als voorbeelden genoemd.

"Waarom wordt die informatie opgevraagd? En nog veel belangrijker is: wat gebeurt er met die informatie? En nóg belangrijker: wat is het effect dan?" - Zorgaanbieder

Als gevolg hiervan ervaren deze zorgaanbieders de uitvragen als een verplichting en zien ze weinig toegevoegde waarde. Wat bijdraagt aan de beperkte toegevoegde waarde van informatie-uitvragen voor zorgaanbieders, is dat de informatie daaruit vaak niet geschikt is voor intern gebruik. Voor de interne organisatie is andere informatie nodig voor de evaluatie van zorg en voor de interne sturing. Als informatie voor meerdere doeleinden wordt gebruikt en ook intern als belangrijk wordt gezien, wordt een uitvraag minder snel als een belasting ervaren. Een van de zorgaanbieders legt uit waarom ze tevreden zijn over de uitvraag die zij vanuit hun branchevereniging krijgen:

² Sinds 2023 heeft de Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) een andere naam, namelijk Jaarverantwoording in de Zorg (JVZ)

"Het gaat echt over dingen die we zelf belangrijk vinden." - Zorgaanbieder

Bijna alle zorgaanbieders merkten op dat ze weinig tot geen terugkoppeling ontvangen van de ketenpartijen. Dit vinden de meeste jammer, gezien de hoeveelheid energie en tijd die ze in de aanlevering stoppen:

"Er komt alleen feedback als er iets niet goed is en meestal krijgen we helemaal niks. Ik vind dat wel jammer. We steken er veel tijd in om het goed te regelen. Wij zetten wel alles op alles om ervoor te zorgen dat het lukt en dat het voor de deadline lukt." - Zorgaanbieder

Terugkoppeling zou voor zorgaanbieders ook kunnen helpen om het doel te verduidelijken, omdat ze dan weten wat ketenpartijen met de gegevens doen. Ook kunnen zij dit dan binnen hun eigen zorgorganisatie terugkoppelen. Het merendeel van de zorgaanbieders gaf hierbij aan vooral terugkoppeling te willen ontvangen over hoe zij zich verhouden ten opzichte van andere zorgaanbieders.

3.1.7 Onduidelijkheid en onzekerheid over definities zorgen voor administratieve lasten

Het merendeel van de zorgaanbieders benoemde het belang van heldere definities in informatie-uitvragen voor het verminderen van administratieve lasten. Zij gaven aan dat er regelmatig

onduidelijkheid en onzekerheid is over definities, vooral wat betreft informatie-uitvragen over wachttijden (NZa), de Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) en informatie-uitvragen vanuit zorgverzekeraars. Als definities duidelijk zijn, is informatie makkelijker vast te leggen en in systemen te verwerken. Wanneer dit niet zo is, vraagt het extra uitzoekwerk en interne discussies over wat precies gevraagd wordt. Ook is het lastig voor zorgaanbieders als ketenpartijen verschillende definities hanteren voor dezelfde gegevens. De volgende uitspraken illustreren dit punt:

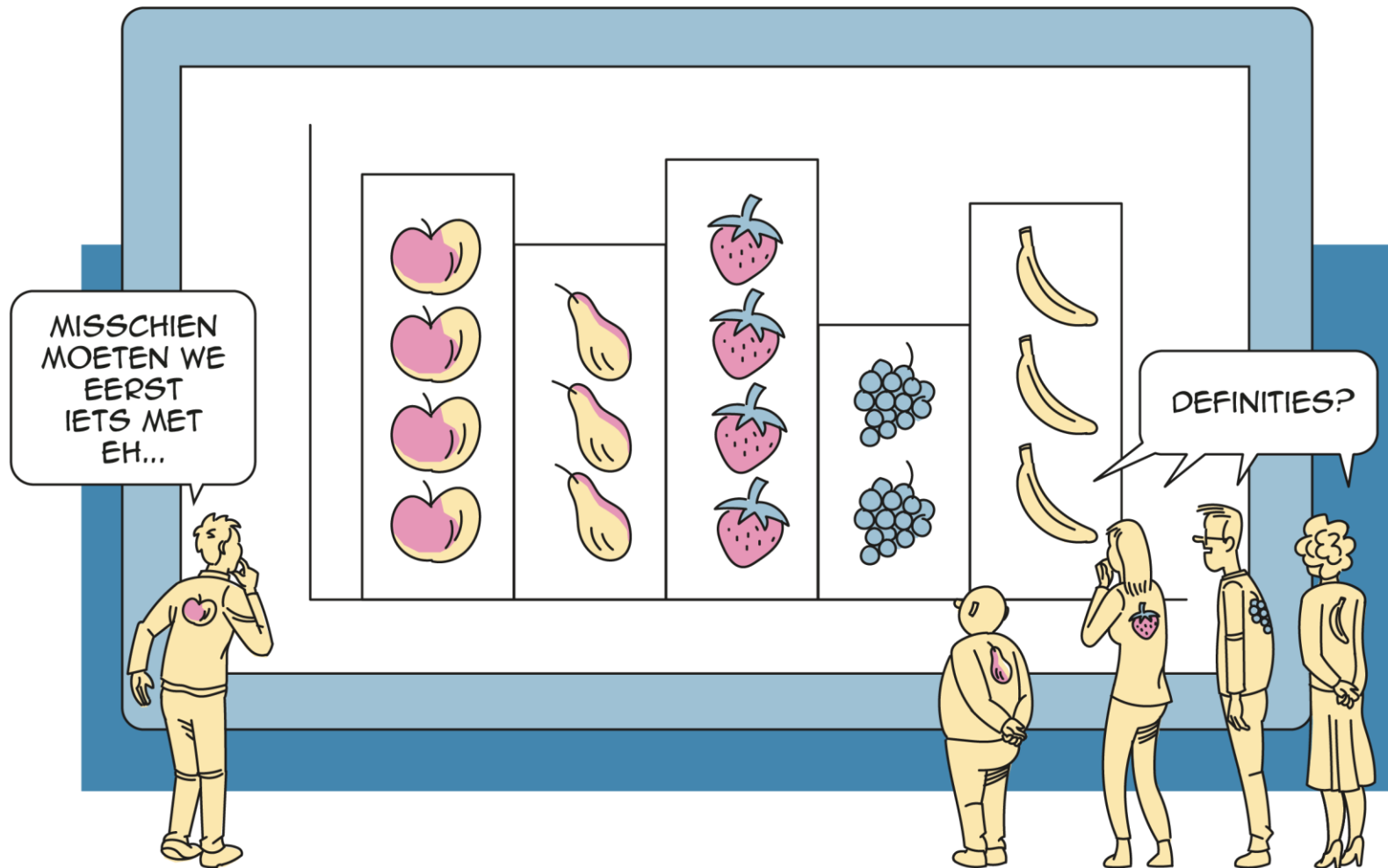
"Als er een vraag gesteld wordt en dat is een vrij algemene vraag, wat valt er dan binnen? Dan moet je zelf maar op zoek naar wat er binnen zou kunnen vallen." - Zorgaanbieder

"Het is altijd net een andere periode. Bij de een gaat het om alle actuele gegevens, bij de andere om afgelopen jaar en dat maakt natuurlijk veel uit." - Zorgaanbieder

Dergelijke onduidelijkheden kosten zorgaanbieders extra tijd. Zorgaanbieders gaan hiermee om door intern keuzes te maken over de te hanteren definities en ze leggen deze ook vast in hun protocollen en systemen. Enkele aanbieders gaven aan dat zij door onduidelijkheden in definities soms bij benadering antwoord geven in de informatie-uitvragen. Door de onzekerheden in definities maakt een aantal zorgaanbieders zich zorgen over de vergelijkbaarheid van gegevens die ketenpartijen bij zorgaanbieders ophalen. Hoewel ze behoefte hebben aan benchmarking, vermoeden zij dat de gegevens die hiervoor nu

opgehaald worden (bijvoorbeeld over wachttijden) geen goed beeld geven van de verschillen tussen zorgaanbieders.

Zorgaanbieders willen graag benchmarken maar gegevens zijn niet vergelijkbaar



3.1.8 Administratieve lasten op andere gebieden vaak groter

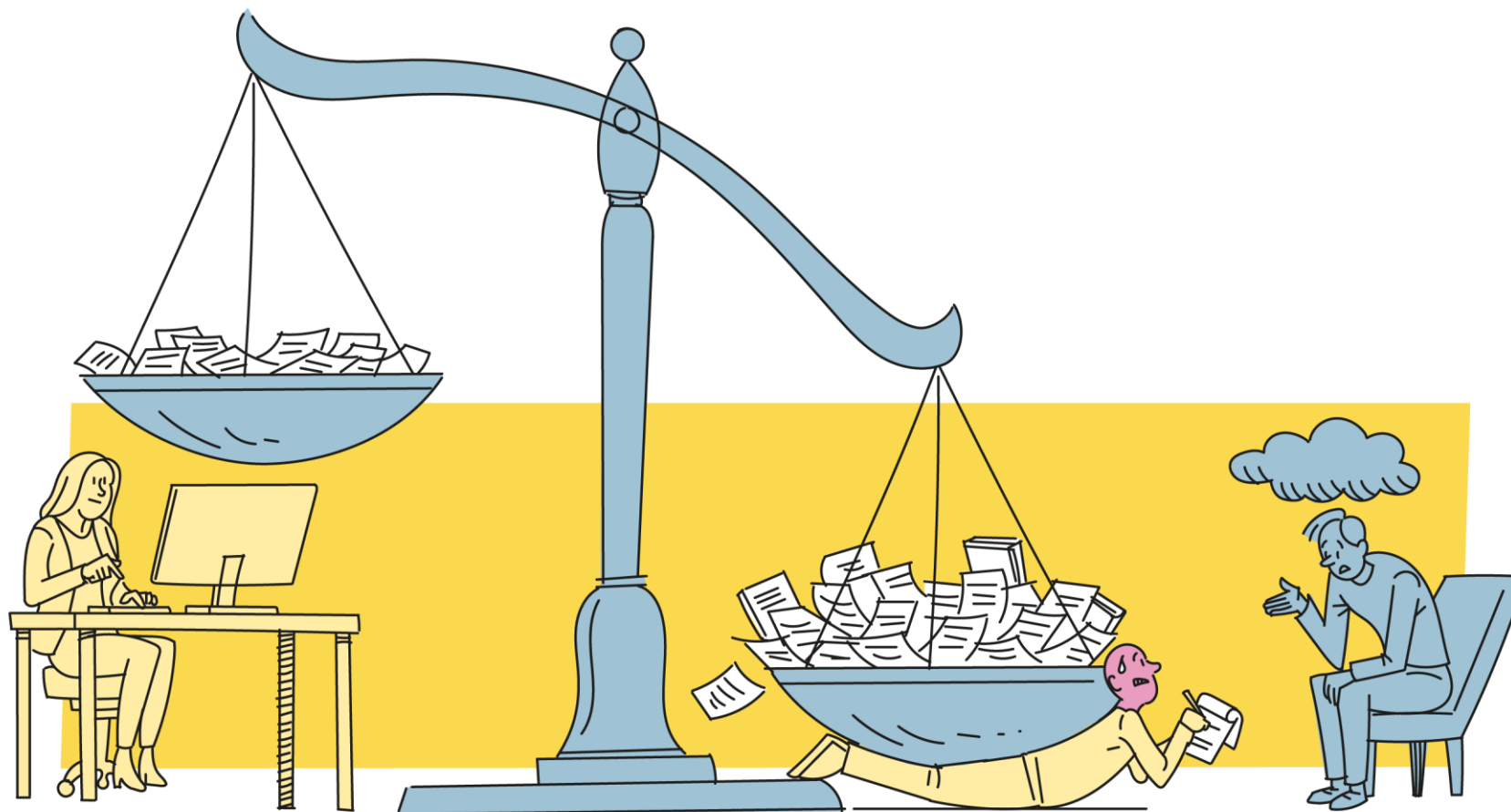
Het merendeel van de geïnterviewde zorgaanbieders en één van de ketenpartijen geven aan dat administratieve lasten bij informatie-uitvragen over de Zvw en Wlz minder groot zijn dan de lasten op andere vlakken. De administratieve last bij behandelaars rondom zorginhoudelijke informatie werd als een belangrijk punt genoemd. De behandelaars zijn veel tijd kwijt aan hun eigen administratie, verwijzingen en registratie op casusniveau.

"De administratieve lasten gelden met name voor zorgverleners die de behandeling leveren. Zij ervaren enorme administratieve lasten door dossierregistraties, verslaglegging, terugkoppeling aan huisartsen, agendavoering, dat soort registraties. [...] Alle acties die je als behandelaar uitvoert, moet je registreren." - Ketenpartij

Hoewel het nieuwe zorgprestatie­model (ZPM) voor een lastenverlichting zou moeten zorgen, is hier volgens het merendeel van de zorgaanbieders en een ketenpartij nog geen sprake van. Over de jaren heen zijn de administratieve lasten voor behandelaars juist sterk toegenomen als gevolg van de toename aan financieringsstromen en de toename van regels binnen financieringsstromen. Enkele zorgaanbieders benadrukten dat de zorg het belangrijkste onderdeel van de zorgorganisatie zou moeten zijn, maar dat dit nu niet zo lijkt te zijn:

"Wij zijn er voor de zorg en wij vinden dat de zorgprofessional de belangrijkste is, wel binnen grenzen [...] maar soms heb je wel het gevoel dat de administratie belangrijker is dan de zorg." - Zorgaanbieder

Administratieve last informatie-uitvragen valt misschien mee binnen GGZ,
maar ook voor hun behandelaars...?



De lasten op het gebied van de Wmo en de Jeugdwet zijn volgens het merendeel van de zorgaanbieders groter dan de lasten bij de Zvw en Wlz. Het gaat hierbij om zorgaanbieders die zorg of ondersteuning vanuit de Wmo en/of Jeugdwet leveren en actief zijn in meerdere gemeenten. De meeste van deze aanbieders gaven aan dat de lasten rondom de Jeugdwet het grootst zijn, terwijl een aantal andere de Wmo als het meest belastend ervaren. Ze geven aan dat gemeenten heel verschillend werken wat betreft bijvoorbeeld subsidies, tarieven, productcodes en verantwoording. Zorgaanbieders ervaren hierbij een gebrek aan uniformiteit, wat zorgt voor grote administratieve lasten.

"Als je kijkt naar het aantal fte op de zorgadministratie, dan zit er drie keer zoveel fte op het kleine omzetstroompje jeugd ten opzichte van de hele grote omzetstroom Zvw, omdat we met al die gemeenten te maken hebben." - Zorgaanbieder

"Bij de gemeente is voor minder geld, meer administratieve last. Elke gemeente heeft zijn eigen sausje over een bepaald zorgproduct. Daar zitten ook nog verschillende tarieven aan vast en verschillende productcodes. Daarnaast heb je ook nog veel verschillende subsidies met verschillende verantwoordingseisen en verschillende administratie." - Zorgaanbieder

Informatie-uitvragen gemeenten geven administratieve overlast



3.2 Overzicht van informatie-uitvragen

Deze paragraaf geeft inzicht in het verloop, de administratieve lasten en de belangrijkste knelpunten van informatie-uitvragen voor Zvw- en Wlz-zorg in de GGZ. Eerst wordt – in willekeurige volgorde – ingegaan op een aantal structurele informatie-uitvragen rond wachttijden, verplichte zorg vanuit de Wvvgz, suïcidegegevens, cliënttevredenheid (CQi), jaarmaatschappelijke verantwoording in DigiMV, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Vervolgens komen kort informatie-uitvragen aan bod die niet bij alle zorgaanbieders van toepassing zijn en daardoor beperkter informatie over is opgehaald en/of die niet van structurele aard zijn. Bijlage 4 bevat een overzicht van alle informatie-uitvragen die in dit onderzoek naar voren komen.

3.2.1 Wachttijden (NZa)

Hoe verloopt het proces van aanlevering?

Het merendeel van de geïnterviewde zorgaanbieders levert maandelijks informatie over wachttijden aan bij de NZa. Wanneer zorgaanbieders dit niet doen is dit omdat zij zich richten op de Wlz of nog geen gebruikmaken van de nieuwe wijze van aanlevering. Sinds oktober 2022 verloopt de aanlevering van wachttijden namelijk via Zorgbeeldportaal in plaats van via Vektis. Het merendeel van de zorgaanbieders voert informatie over wachttijden hier handmatig in. Enkele zorgaanbieders gebruiken hiervoor de importeerfunctie van het portaal. De informatie die zorgaanbieders aanleveren is afkomstig uit het EPD. Een aantal zorgaanbieders maakt gebruik van een datawarehouse of BI-tool om tot de gevraagde informatie te komen. Bij kleinere of middelgrote zorgaanbieders wordt de aanlevering vaak door één persoon gedaan, terwijl bij grotere zorgaanbieders vaak meerdere personen betrokken zijn. Het

verschilt per zorgaanbieder welke afdeling en functie de aanlevering van wachttijden doet. Het gaat bijvoorbeeld om medewerkers vanuit de zorgadministratie, centraal aanmeldbureau, compliance en control. De tijdsinvestering wordt door een aantal zorgaanbieders geschat op enkele uren per maand.

In hoeverre zorgt de informatie-uitvraag voor administratieve lasten?

Over de administratieve lasten van het aanleveren van wachttijden komt uit de interviews een wisselend beeld naar voren. Ongeveer de helft van de zorgaanbieders gaf aan de informatie-uitvraag hen weinig tijd kost, dat duidelijk is wat gevraagd wordt en dat informatie goed uit het EPD te halen is. Dit geldt vooral voor zorgaanbieders die gebruik maken van een BI-tool of datawarehouse:

"Nu is het een kwestie van ons dashboard openen en invullen, behalve bij afwijkingen of als het niet zo is als verwacht, dan kost het natuurlijk meer tijd. Op dit moment kost het bijna geen tijd meer. De ontwikkeling en validatie heeft wel tijd gekost." - Zorgaanbieder

Bovendien vindt men het een nuttige uitvraag, omdat het verminderen van wachttijden een belangrijk aandachtspunt is in de GGZ en informatie hierover ook intern wordt gebruikt. Daarentegen gaven andere zorgaanbieders aan lasten te ervaren rondom deze informatie-uitvraag, doordat er veel handwerk bij komt kijken:

"Iedere maand zit er handwerk in. Dat zou je niet moeten willen." - Zorgaanbieder

Daarnaast gaven enkele zorgaanbieders aan dat regelmatig interne afstemming nodig is om eenduidige informatie te krijgen. Dit heeft volgens hen vooral te maken met onduidelijkheden in definities van wachttijden en het niet aansluiten van de informatie-uitvraag bij de locatie-indeling.

Wat zijn de grootste knelpunten bij deze informatie-uitvraag?
Kijkend naar de aanlevering van wachttijden bij de NZa benoemde een aantal zorgaanbieders dat de definities onduidelijk zijn. Hierdoor heeft de aanlevering volgens hen beperkte toegevoegde waarde.

"Ik vind 'm betreft definiëring te kort door de bocht. Op zich is het heel duidelijk, maar het is daarmee ook heel hard. En ik vraag me af of je daarmee meet wat je wilt meten." - Zorgaanbieder

"Volgens de definitie is het eerste contact [behandelcontact] het einde van de wachttijd. Inhoudelijk gezien is dat bij ons helemaal niet zo. Je levert iets aan waarvan je weet dat het inhoudelijk niet aansluit op het doel waarvoor je het aanlevert. Je ziet ook niet echt een andere optie. Dat is soms wel vervelend; dat je iets moet aanleveren waar je niet helemaal achter staat. Waardoor het ook nog extra als

een verplichting gaat voelen en je het dan maar verstuurt." - Zorgaanbieder

Deze zorgaanbieders gaan hiermee om door intern een keuze te maken over de definities van wachttijden en deze door te voeren in het proces van aanlevering.

"Je wilt herkenbare wachttijden publiceren. Zo'n clustering is in geen enkel bronsysteem vastgelegd. Er zit een handmatige slag tussen het verkrijgen van wachttijden en wachtenden. Er is volgens mij geen echt goede definitie van hoe je je wachttijden moet berekenen. We hebben heel veel inhoudelijke keuzes moeten maken om onze basisregistratie te vertalen naar aantal wachtenden en wachttijden." - Zorgaanbieder

Enkele zorgaanbieders vermoeden dat de gehanteerde definities van wachttijden sterk verschillen tussen zorgaanbieders, waardoor data hierover beperkt vergelijkbaar is. Als verbeterpunt is dan ook meermaals genoemd dat zorgaanbieders wachttijden graag willen kunnen vergelijken met andere zorgaanbieders. Daarnaast zijn organisaties veelal anders ingedeeld als het gaat om locaties of afdelingen dan hoe de NZa dit uitvraagt. Hierdoor zijn extra berekeningen nodig om tot de juiste selectie van gegevens te komen. Het gevolg hiervan is dat de zorgaanbieders de aangeleverde gegevens over wachttijden intern niet goed kunnen gebruiken.

"Wat zo'n systeem van mij eist, is dat ik voor alle drie de locaties wachttijden ga invullen. Dit is voor de

organisatie niet reëel, omdat wij wachttijden en wachttijdsten centraal beheren.” - Zorgaanbieder

Een aantal aanbieders gaf aan op hun eigen website voor cliënten andere wachttijden te presenteren, die volgens hen beter inzicht geven. Tot slot gaven enkele zorgaanbieders aan dat niet alleen de NZa om informatie over wachttijden vraagt maar ook bijvoorbeeld zorgverzekeraars, IGJ en Zorgdomein en hierbij vaak andere definities hanteren. Het kost daardoor meer moeite om deze vragen te beantwoorden.

“Iedereen wil een andere definitie van wachttijden weten. Je moet wat op je website zetten, verzekeraars willen wat weten, je hebt [verschillende onderdelen van wachttijden] en daar zijn de definities verschillend in. In onze BI-tool hebben we daar wel wat rapportages over, maar ja... En de een wil het op stichtingsniveau, de ander op locatieniveau, soms wil de financier het voor zijn expliciete stukje weten of zijn product. Het is allemaal heel logisch dat ze het willen weten, maar het is veel zoeken, bouwen, uitsluiten en vooral de definities helder krijgen.” - Zorgaanbieder

3.2.2 Wvggz (IGJ)

Hoe verloopt het proces van aanlevering?

Zorgaanbieders die verplichte zorg verlenen onder de Wet verplichte ggz (Wvggz), leveren informatie over deze zorg aan bij de IGJ. Dit doen zij op twee manieren: een overzicht van registraties van verplichte zorg en een kwalitatieve rapportage. Beide overzichten worden elk halfjaar gemaakt. Het overzicht van

registraties van verplichte zorg van het eerste halfjaar gaat naar de IGJ en de kwalitatieve analyse van het eerste halfjaar is voor intern gebruik. Het tweede halfjaar levert de zorgaanbieder zowel de export als de analyse aan bij de IGJ.

Informatie voor deze uitvraag komt grotendeels uit het EPD en wordt met behulp van een BI-tool of datawarehouse opgehaald. Deze informatie moet daarna nog opgeschoond en gecontroleerd worden. Daarbij wordt soms gebruikgemaakt van interne lijstjes met overzichten van verplichte zorg. Bij het proces van aanlevering zijn meerdere mensen betrokken, onder wie meestal beleidsmedewerkers, stafmedewerkers, kwaliteitsfunctionarissen en de geneesheer-directeur(en). Vaak is er ook een aparte afdeling voor de Wvggz die hierbij betrokken is.

In hoeverre zorgt de informatie-uitvraag voor administratieve lasten?

Zorgaanbieders ervaren de informatie-uitvraag over de Wvggz in wisselende mate als een administratieve last. Enkele zorgaanbieders zagen deze informatie-uitvraag niet als een administratieve last omdat dit ‘met een paar drukken op de knop’ gedaan is.

“We hebben in ons EPD een tool gebouwd waarmee we rechtstreeks een export kunnen maken. Dat is hartstikke makkelijk, want die kunnen we meteen in het juiste format opslaan. We hoeven het niet eens te openen en het gaat zo naar de IGJ, dat kun je zo uploaden; helemaal geen tijdsinvestering.” - Zorgaanbieder

Bij andere zorgaanbieders kost de aanlevering wel veel tijd. Deze aanbieders gaven aan dat erg veel informatie wordt uitgevraagd en dat zij hier niet direct de waarde van inzien. Ook kost het controleren en bewerken van gegevens hen veel tijd en/of zijn gegevens niet standaard uit hun EPD te halen.

"Het analysedeel is een nog grotere operatie. Een aantal vragen zijn gewoon tellingen, dat klinkt simpel, maar dat is het niet. Het systeem waarin wij dat doen, werkt nog niet mee. Vooral niet, omdat combinatiezaken gevraagd worden. Dat is een heel gestoei en dat is ontzettend veel werk. Het lijkt een makkelijke vraag, maar is niet gemakkelijk uit de data te halen." - Zorgaanbieder

"Aan de achterkant van het EPD ontsluiten we de gegevens naar een datawarehouse en daar kunnen we onze gegevens uit halen. We kunnen niet alle gewenste informatie efficiënt in het EPD vastleggen, noch alle gewenste overzichten uit het EPD halen. Daardoor is het noodzakelijk om ook buiten het EPD om te werken met handmatige lijsten en bijvoorbeeld ook een [business intelligence tool]." - Zorgaanbieder

Het merendeel van de zorgaanbieders gaf aan dat de grootste lasten van de Wvvgz niet liggen bij de informatie-uitvraag, maar bij de registratielast bij behandelaars, juridische processen en alle verschillende actoren waarmee communicatie plaatsvindt in het kader van de Wvvgz (zoals huisartsen, Openbaar Ministerie,

veiligheidshuizen en zorgverzekeraars). Een van de zorgaanbieders vatte de lasten rond de Wvvgz als volgt samen:

"Ze verplichten je ook om te bewijzen dat je dat [registratie] gedaan hebt en vervolgens wordt die verplichting gecontroleerd door middel van een aanlevering bij de IGJ. Dus we zijn veel aan het controleren, want mensen maken er ongelooflijk veel fouten mee. Maar als je de gegevensuitwisseling wilt vergemakkelijken, dan zit daar niet de winst in bij de Wvvgz. De uitgebreidheid, de communicatie die je moet plegen en de partijen die erbij betrokken zijn, dat is het lastige. En de bewijslast." - Zorgaanbieder

Wat zijn de grootste knelpunten bij deze informatie-uitvraag?

Het grootste knelpunt bij de informatie-uitvraag voor de Wvvgz ligt volgens het merendeel van de zorgaanbieders in de beperkte meerwaarde die de uitvraag voor hen lijkt te hebben. Hoewel zij het onderwerp verplichte zorg belangrijk vinden, hebben zij het gevoel dat de IGJ veel informatie verzamelt waarvan onduidelijk is wat ermee gedaan wordt.

"Ik weet niet precies waar die cijfers terechtkomen en ik hoor er ook nooit wat van terug... Er wordt wel gezegd van 'je hebt het ge-upload, bedankt', maar wat er verder met de cijfers gebeurt daar heb ik totaal geen zicht op." - Zorgaanbieder

Enkele zorgaanbieders gaven aan graag meer terugkoppeling te ontvangen vanuit de IGJ om intern te kunnen gebruiken en te kunnen vergelijken met andere zorgaanbieders.

"We leveren het aan, maar wat horen we ervan terug? Ergens hoop je ook een landelijk beeld terug te kunnen krijgen waarmee je jezelf kunt vergelijken. Nu is het vooral gericht op de centen. Voor ons geeft het zeker inzicht, maar er worden weinig beelden verzorgd waarmee je je als instelling kunt vergelijken." -
Zorgaanbieder

"Terugkoppeling kan bijdragen aan 'daar doen we het voor'." - Zorgaanbieder

Een ander knelpunt dat enkele zorgaanbieders noemden is de tijd die nodig is om registraties van verplichte zorg vast te leggen. Zij legden uit dat er in het primaire proces regelmatig fouten worden gemaakt bij het registreren van verplichte zorg:

"Die registratie is niet goed op orde [...] Het is een extra registratie die best wel lastig is voor behandelaren en de verpleegkundigen en die niet altijd goed verloopt." -
Zorgaanbieder

Verder gaven enkele zorgaanbieders aan dat de wijze waarop informatie aangeleverd moet worden bij de IGJ niet goed aansluit bij hoe de instelling organisatorisch is ingericht. Zij moeten informatie rapporteren over organisatie-eenheden die zij zelf niet hanteren in hun EPD en andere systemen.

"Onze kostenplaatsverdeling komt niet altijd overeen met hoe je moet verantwoorden. Dat maakt dat je altijd een vertaling moet maken." - Zorgaanbieder

Volgens enkele zorgaanbieders is er ook sprake van dubbel aanleveren van gegevens, bijvoorbeeld doordat maandelijks ook lijsten aangeleverd moeten worden aan de officier van justitie met het aantal onttrekkingen en vermissingen. Tot slot vragen enkele zorgaanbieders zich af of de privacy van hun cliënten goed geborgd is in de Wvvgz informatie-uitvraag.

Zorgaanbieders willen juist leren als het gaat om de Wvggz
maar...



3.2.3 Suïcides en suïcidepogingen (IGJ)

Hoe verloopt het proces van aanlevering?

De IGJ vraagt jaarlijks informatie op bij GGZ-instellingen over aantallen suïcides en suïcidepogingen met ernstig schadelijk gevolg. Binnen dit verkennend onderzoek ontvingen alleen de grote, geïntegreerde zorgaanbieders deze informatie-uitvraag. Geïnterviewden die ervaring hebben met deze informatie-uitvraag gaven aan dat deze voornamelijk via de geneesheer-directeur verloopt. Zij houden een overzicht bij met alle meldingen van suïcides en suïcidepogingen. Sommigen doen dit in een apart managementsysteem, terwijl anderen (Excel)lijstjes bijhouden. Organisaties hebben een systeem om incidenten te melden. Dit systeem heet Veilig Incident Melden (VIM). In dit systeem staan gegevens over suïcide, maar het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan dat dit niet geschikt is voor de aanlevering aan de IGJ. Bovendien worden suïcides en suïcidepogingen in het VIM-systeem soms op de werkvloer niet goed geregistreerd en is een beoordeling van de geneesheer-directeur nodig die niet in het VIM-systeem staat. Meestal haalt een beleids- of kwaliteitsmedewerker de suïcidegegevens op bij de geneesheer-directeuren om deze vervolgens aan te leveren in het daarvoor bestemde portaal van de IGJ. Dit kost een paar uur. In hoofdstuk 5 staat een overzicht van de informatie die uitgevraagd wordt, hoe gegevens worden vastgelegd en hoe de gegevens worden opgehaald en bewerkt voor aanlevering.

Enkele grotere zorgaanbieders levert jaarlijks ook gegevens over suïcides en suïcidepogingen aan bij SUPRANET GGZ, een suïcidepreventie-actienetwerk. Deze zorgaanbieders geven aan dat deze uitvraag qua onderwerp vergelijkbaar is met de aanlevering bij de IGJ, maar dat de aanlevering bij SUPRANET

GGZ uitgebreider is. Hierdoor zijn er vaak meer personen bij betrokken, zoals een data-analist. Voor deze uitvraag worden gegevens uit het VIM-systeem gebruikt. Deze worden gecontroleerd met behulp van de gegevens die geneesheer-directeuren hebben over suïcides en suïcidepogingen. Dit kost organisaties enkele dagen per jaar.

Suicide-meldingen worden dubbel bijgehouden



In hoeverre zorgt de informatie-uitvraag voor administratieve lasten?

De administratieve lasten rondom de aanlevering suïcidegegevens bij de IGJ lijken mee te vallen. Geen van de geïnterviewde zorgaanbieders benoemde deze informatie-uitvraag als administratieve last. Ook de aanlevering van suïcidegegevens bij SUPRANET GGZ zien zorgaanbieders niet als administratieve last. De meest genoemde reden hiervoor is dat men deze informatie intern belangrijk vindt en gebruikt.

"De aanlevering is totaal geen probleem, en dat [de gegevens] moeten we toch hebben, ook voor onze interne rapportage. De inventarisatie kost weliswaar wat tijd, maar die moet toch gedaan worden." - Zorgaanbieder

Wat zijn de grootste knelpunten bij deze informatie-uitvragen?

Wanneer zorgaanbieders knelpunten noemden bij het aanleveren van gegevens over suïcides en suïcidepogingen, ging dit meestal over onduidelijkheden in definities en de zeggingskracht van de aangeleverde informatie. Over de definities geven enkele zorgaanbieders aan dat het lastig is om bij een suïcidepoging te bepalen wanneer er sprake is van 'ernstig schadelijk gevolg'. Daarnaast bestaat twijfel of altijd goed wordt vastgelegd wanneer sprake is van een suïcide als een cliënt overlijdt:

"Ik heb het vermoeden dat er een andere vorm van overlijden wordt vastgelegd waarbij eigenlijk sprake is

van suïcide. Ook de ernstige poging tot is vrij subjectief." - Zorgaanbieder

Enkele zorgaanbieders twijfelen om deze reden aan de betrouwbaarheid van de gegevens. Daarnaast vragen enkele zorgaanbieders zich af hoe bruikbaar de gegevens zijn die de IGJ verzameld. Doordat de specifieke context van organisaties niet bij de cijfers wordt gegeven, is het lastig om de cijfers goed te interpreteren en te vergelijken.

"De inspectie ziet alleen maar aantallen, maar niet of iemand wel of niet in zorg was. Het hele traject voor zo'n suïcide wordt niet meegenomen in de vergelijking [...]. Wij zijn een grote instelling, dus onze cijfers springen er natuurlijk wel uit. Vervolgens wordt er niet gekeken naar hoeveel suïcides er waren in de regio die niet bij de GGZ waren. Dat is ook heel interessant." - Zorgaanbieder

Mede door het ontbreken van bruikbare (contextuele) informatie, vragen enkele zorgaanbieders zich af wat de toegevoegde waarde is van de uitvraag:

"Wat voor effort stoppen we in het aanleveren van bepaalde data en wat wordt ermee gedaan? Ik heb het gevoel dat de IGJ een soort van meldsysteem is. Maar als we kijken naar verbeterpunten in de uitvraag, dan zeggen wij: 'Je moet meer de context meenemen, dat

zegt misschien meer over de cijfers.' Maar de vraag is wat ze daar dan mee gaan doen." – Zorgaanbieder

3.2.4 Cliënttevredenheid via CQi (ZIN)

Hoe verloopt het proces van aanlevering?

Met de Consumer Quality index (CQi), brengen zorgaanbieders ervaringen van cliënten in kaart. Zij leveren dit één keer per jaar aan bij Zorginstituut Nederland. Deze informatie-uitvraag is niet van toepassing voor vrijgevestigde praktijken en voor zorg vanuit de Wlz. Zorgaanbieders die CQi-gegevens aanleveren, halen dit meestal in Excel of uit hun EPD of cliëntenportaal/platform. Vervolgens wordt de informatie gecontroleerd en worden per locatie totaalscores berekend voor verschillende indicatoren van de CQi. De totaalscores worden handmatig ingevoerd bij GGZ Dataportaal. Dit wordt door één of twee personen gedaan. Voor grotere instellingen met veel locaties kost dit een paar dagen per jaar. Voor kleinere organisaties is dit een paar uur.

In hoeverre zorgt de informatie-uitvraag voor administratieve lasten?

Zorgaanbieder beoordelen de administratieve lasten voor de aanlevering van CQi-gegevens bij het Zorginstituut verschillend. Enerzijds geven ze aan dat de CQi weinig administratieve lasten oplevert, aangezien dit hen weinig tijd kost en het proces van aanlevering soepel verloopt.

"Het is niet echt een zware last is. Het kost ongeveer een half uur om die aanlevering, CQi gegevens, jaarlijks in te vullen." – Zorgaanbieder

"Dat gaat redelijk soepel. Dat hebben ze met een paar uurtjes gedaan." – Zorgaanbieder

Anderzijds geeft een enkele zorgaanbieder aan dat de aanlevering een administratieve last is, met name door het vele hand- en rekenwerk.

"Dat zit dan in blokjes; je krijgt een heel groot Excel-sheet en dan moet je verschillende kolommen in de gaten houden. Je moet ook kijken of er respondenten zijn in die CQi die vragen hebben overgeslagen. Als je ziet hoe dat in elkaar zit; dat is een vel dat amper op mijn monitorscherm past." – Zorgaanbieder

Bij grotere zorgaanbieders hangt dit vaak samen met het grote aantal locaties waar zij informatie voor moeten aanleveren.

"Ik moet voor elke vestiging apart alle antwoorden op de vragen handmatig invoeren. Dat zijn tien vragen per vestiging met een gemiddelde score en het aantal correspondenten. Dat keer vijftig is best een behoorlijke belasting. In 2023 zou dat makkelijker moeten kunnen." – Zorgaanbieder

Kleinere zorgaanbieders maken niet of beperkt gebruik van geautomatiseerde processen voor berekeningen en al het handwerk komt bij één persoon terecht. Enkele zorgaanbieders vinden dat de hoeveelheid werk voor de aanlevering niet in verhouding staat tot wat deze hen inhoudelijk oplevert.

"Die CQi-aanvraag is, zeker voor wat je uiteindelijk aanlevert, echt een enorme last. En vooral omdat het naar mijn idee grotendeels onnodig is. Dat het inderdaad veel makkelijker en simpeler kan om die gegevens op de juiste plek te krijgen." - Zorgaanbieder

Wat zijn de grootste knelpunten bij deze informatie-uitvraag?
Het knelpunt dat zorgaanbieders het vaakst noemen bij de CQi, is de locatie-indeling in de aanlevering. In de uitvraag worden totaalscores op vestigingsniveau aangeleverd, wat vaak niet overeenkomt met de interne indeling van locaties of zorgbedrijven.

"De manier waarop we intern cijfers genereren is anders dan de manier waarop we de aanlevering moeten doen. Het geografische gedeelte is anders. Intern verzamelen wij het op bijvoorbeeld teamniveau; onze eigen indeling." - Zorgaanbieder

Daarnaast is de meerwaarde van de CQi voor enkele zorgaanbieders niet duidelijk. Een van hen legt uit:

"Eigenlijk zijn die uitkomsten al jaren hetzelfde. [...] De meerwaarde van de CQi wordt ook steeds minder gezien. [...] Ook patiënten willen de CQi niet meer invullen." - Zorgaanbieder

³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 19 april). Middelgrote rechtspersoon wat moet ik aanleveren en hoe, Jaarverantwoording zorg

Een andere reden voor de beperkte meerwaarde van de CQi is dat de vragenlijst niet voor iedere cliëntpopulatie passend is. De respons kan hierdoor lager zijn dan de minimale respons die voor de CQi vereist is.

"Voor één locatie hebben we wel voldoende [respons] beschikbaar. Voor de andere locatie niet en het komt erop neer dat ze voor die andere locatie niet kunnen aanleveren. En dat is ook wel met een reden. Die CQi is heel lastig voor die populatie." - Zorgaanbieder

3.2.5 Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV)

Hoe verloopt het proces van aanlevering?

GGZ-instellingen leggen ieder jaarmaatschappelijke verantwoording af door aanlevering van hun jaarverantwoording bij het CIBG in digitale portaal DigiMV³. Dit geldt voor alle instellingen behalve eenmanszaken. In dit onderzoek waren er daardoor enkele zorgaanbieders waar dit niet van toepassing bij was.. Daarnaast hadden enkele geïnterviewden geen informatie over deze informatie-uitvraag, omdat zij dit hadden uitbesteed of omdat de gegevens op een andere plek in de organisatie werden aangeleverd.

Doorgaans zijn één of twee personen van de afdeling voor financiën, planning en controle verantwoordelijk voor het verzamelen van de informatie. Ze verzamelen de informatie bij verschillende afdelingen (bijvoorbeeld HR, financiën en kwaliteit) en vanuit de daarbij behorende systemen. Regelmatig wordt daarbij ook gebruik gemaakt van een datawarehouse of business

intelligence (BI) tool. In grotere organisaties zijn daarnaast meerdere medewerkers van specifieke afdelingen betrokken.

Wanneer de gegevens verzameld zijn, wordt een groot deel handmatig ingevoerd. Sommige onderdelen van DigiMV zijn vooraf al automatisch ingevuld. Enkele organisaties gaven een tijdsindicatie en schatten dat men in totaal één à twee weken werk heeft aan deze informatie-uitvraag. In hoofdstuk 5 met de gegevensanalyse van het aantal cliënten en aantal medewerkers⁴ is een overzicht te vinden van de informatie die uitgevraagd wordt, hoe gegevens worden vastgelegd en hoe de gegevens worden opgehaald en bewerkt voor aanlevering.

In hoeverre zorgt de informatie-uitvraag voor administratieve lasten?

Het merendeel van de zorgaanbieders en een ketenpartij gaven aan dat de aanlevering veel werk is. Het handmatig invoeren van de gegevens in DigiMV is volgens hen tijdrovend, onnodig en foutgevoelig.

"Ze vragen je het hemd van het lijf en het is digitaal niet zo vriendelijk. En het gaat toch ook wel tot achter de komma, en omdat het al onvriendelijk is ben je weet ik niet hoe lang bezig om dat in te vullen. Daar trekken we ook een paar dagen voor uit." - Zorgaanbieder

Administratieve lasten worden volgens enkele zorgaanbieders ook veroorzaakt door onduidelijkheden in definities en de beperkte

⁴ Deze analyse werd voor drie indicatoren (suicides en suïcidepogingen voor jaarlijkse uitvraag IGJ en aantal cliënten en aantal medewerkers in Jaarverantwoording DigiMV) gedaan om inzicht te krijgen in de herbruikbaarheid van gegevens (vanuit operationeel proces) volgens KIK-V werkwijze

ervaren meerwaarde. Enkele zorgaanbieders merkten wel op dat de aanlevering in DigiMV over de jaren heen vergemakkelijkt is. Een voorbeeld hiervan is de koppeling met het CBS, waardoor bepaalde gegevens vooraf automatisch ingevuld zijn.

"De uitvraag is wel steeds beter geworden. Waar je voorheen de data van het CBS, die je al had aangeleverd, moest exporteren en dan weer in een iets ander format moest aanleveren, kun je sinds een paar jaar geleden toestemming geven voor een dooraanlevering, waarna je nog een controle moest doen. Dit jaar was het zelf zo dat je het [die controle] helemaal niet meer hoefde te doen." - Zorgaanbieder

Wat zijn de grootste knelpunten bij deze informatie-uitvraag?
Zorgaanbieders noemen onduidelijkheid van definities het vaakst als knelpunt bij de aanlevering van de jaarverantwoording in DigiMV genoemd. Het is niet altijd duidelijk wat wordt bedoeld en bovendien kan per jaar verschillen wat wordt uitgevraagd.

"Je ziet discussies ontstaan over bijvoorbeeld de groei van het aantal medewerkers. Bij uit dienst gaan, wachttijden en cliëntaantallen speelt hetzelfde." - Zorgaanbieder

"Ook als je het hebt over het aantal cliënten: Wat is een cliënt? Wat is de peildatum? Moet de cliënt in zorg zijn? Zo ja, wat is dan 'in zorg'?" - Zorgaanbieder

Verder hebben zorgaanbieders en een ketenpartij het gevoel dat er sprake is van dubbel werk. Het dubbele werk ontstaat doordat er veel handmatig overgenomen en ingevoerd moet worden en doordat een deel van de informatie die ingevoerd moet worden ook in het jaarverslag staat dat de organisatie moet uploaden in DigiMV.

"Het is veel handmatig invullen. Met name het financiële deel. Dan moet ik alle financiële gegevens, die ook in de jaarrekening staan, handmatig overnemen. Dat is wel de grootste klus, tijdrovend in ieder geval. Dat kan ik pas doen als de cijfers definitief zijn goedgekeurd door de raad van toezicht." - Zorgaanbieder

"Veel van wat er uitgevraagd wordt, staat ook in de jaarrekening. Die moet je ook uploaden. Daar zet ik wel eens mijn vraagtekens bij." - Zorgaanbieder

Voor enkele zorgaanbieders en een van de ketenpartijen is het nut en de toegevoegde waarde van de informatie-aanlevering niet helder. Ze geven aan dat deze informatie-uitvraag voor henzelf beperkte toegevoegde waarde heeft. Ook vragen ze zich af wat precies met de gegevens gedaan wordt. Voor hen voelt het daardoor als een verplichting.

"Het is gewoon een grote formaliteit. Het heeft voor ons niet een grote toegevoegde waarde. Het is ook echt een moetje. Vul je het niet in, dan wordt er gehandhaafd." - Zorgaanbieder

De CIBG jaarverantwoording voelt als een nutteloze klus



3.2.6 Informatie-uitvragen vanuit zorgverzekeraars

Wat wordt aangeleverd en hoe verloopt dit?

Bijna alle geïnterviewde zorgaanbieders die Zvw-zorg bieden, leveren informatie aan bij zorgverzekeraars. Alleen de vrijgevestigde zorgaanbieders doen dit niet, omdat zij geen contracten hebben met zorgverzekeraars. De meeste geïnterviewde zorgaanbieders hadden contracten met alle tien de partijen die zorgverzekeringen afsluiten. Het aanleveren van informatie in het kader van inkoopafspraken en contractering gebeurt via Vecozo. Ook het maandelijks declareren van zorg verloopt – volgens het zorgprestatie-model – via Vecozo. Voor informatie-uitvragen over productie gebruikten enkele zorgaanbieders de Uniforme Productie-monitor (UPM). Dit is een instrument dat zorgverzekeraars gebruiken om op uniforme wijze informatie met meerdere verzekeraars te delen. Daarnaast ontvangen zorgaanbieders van zorgverzekeraars informatie-uitvragen over productie en incidenteel vragen zorgverzekeraars informatie op over specifieke afspraken of doelen voor zorgaanbieders. Informatie voor dit soort uitvragen wordt voornamelijk uit het EPD gehaald en door één of meer personen in Excel gezet. Doorgaans zijn dit medewerkers van afdelingen die zich met financiën, inkoop, contractering, verantwoording en control bezighouden. Enkele zorgaanbieders gebruiken hiervoor een BI-tool en betrekken ook dataspecialisten. Sommige aanbieders schatten een halve tot een hele dag werk te hebben aan het aanleveren van de informatie. Hierbij merkten ze wel op dat daarnaast nog meer tijd zit in de afstemming met zorgverzekeraars en het monitoren van afspraken. Hoeveel dat is, kunnen ze lastig bepalen.

In hoeverre zorgt de informatie-uitvraag voor administratieve lasten?

Het merendeel van de zorgaanbieders die hiermee te maken had, beschouwt het aanleveren van informatie aan zorgverzekeraars als een aanzienlijke administratieve last. De belangrijkste redenen hiervoor zijn het gebrek aan uniformiteit tussen zorgverzekeraars, de hoeveelheid informatie en details die uitgevraagd worden en twijfels over het nut van een gedeelte van wat gevraagd wordt. Ook gaven enkele zorgaanbieders aan dat er veel verschillende, losse vragen vanuit zorgverzekeraars komen die – gezien de incidentele aard – niet goed te standaardiseren zijn in werkprocessen. Enkele zorgaanbieders gaven aan weinig problemen te ervaren rondom de uitvragen van zorgverzekeraars. De reden die zij gaven, is dat zij zorgverzekeraars relatief uniform vinden in hun werkwijze – vergeleken met bijvoorbeeld gemeenten – en dat de UPM hierbij helpt. Deze zorgaanbieders gaven aan dat de tijdsinvestering voor hen gering is.

Wat zijn de grootste knelpunten bij deze informatie-uitvraag?

Het grootste pijnpunt bij uitvragen door zorgverzekeraars is het gebrek aan uniformiteit en de grote verschillen tussen zorgverzekeraars in wat zij uitvragen (definities), hoe zij dit uitvragen (formats) en wanneer zij dit uitvragen. Dit werd door het merendeel van de zorgaanbieders genoemd.

"Na het invoeren van het zorgprestatie-model zijn verzekeraars hun eigen invulling gaan geven aan het maken van afspraken. En omdat de uniformiteit en het maken van afspraken juist ontbreekt, heb je ook een interne administratieve last om te verantwoorden wat je

doet. Je moet voor iedere verzekeraar op een andere manier sturing geven.” - Zorgaanbieder

“Voor sommige moet je je extra verantwoorden met een formulier en daar zitten vragen in die je niet geautomatiseerd in kunt vullen. Daar moet je dan iets extra’s voor gaan organiseren. Soms hoeft het formulier alleen maar in het dossier gestopt te worden en bij de ander moet je dit vroegtijdig aanleveren, bij de ene zorgverzekeraar krijg je een machtiging voor twee jaar en bij de ander voor drie maanden of een half jaar. Dat zijn vaak de lastige dingen.” - Zorgaanbieder

Doordat informatie die gevraagd wordt niet eenduidig is, is dit lastiger in het EPD of BI-tooling in te bouwen en is vaak extra handwerk nodig om tot de gevraagde gegevens te komen. Dit vraagt volgens aanbieders ook een grote mate van alertheid om goed overzicht te houden over de verschillende vragen die zij ontvangen. Verder gaven enkele zorgaanbieders aan dat zij informatie dubbel moeten aanleveren, omdat zij productiegegevens zowel via de UPM aanleveren als via aparte uitvragen vanuit zorgverzekeraars. Ook hebben ze het idee dat zorgverzekeraars bepaalde informatie die ze opvragen, eigenlijk al hebben vanuit de maandelijkse declaraties. Ze vragen zich daarom af waarom het nodig is om maandelijks productiegegevens aan te leveren.

“Wij moeten natuurlijk voor grote zorgverzekeraars iedere twee maanden een productiemonitor inleveren.

Daarvan kon je zeggen dat is zinvol in het systeem van DBC’s met lange looptijden, nu is het zo dat er iedere maand wordt afgerekend.” - Zorgaanbieder

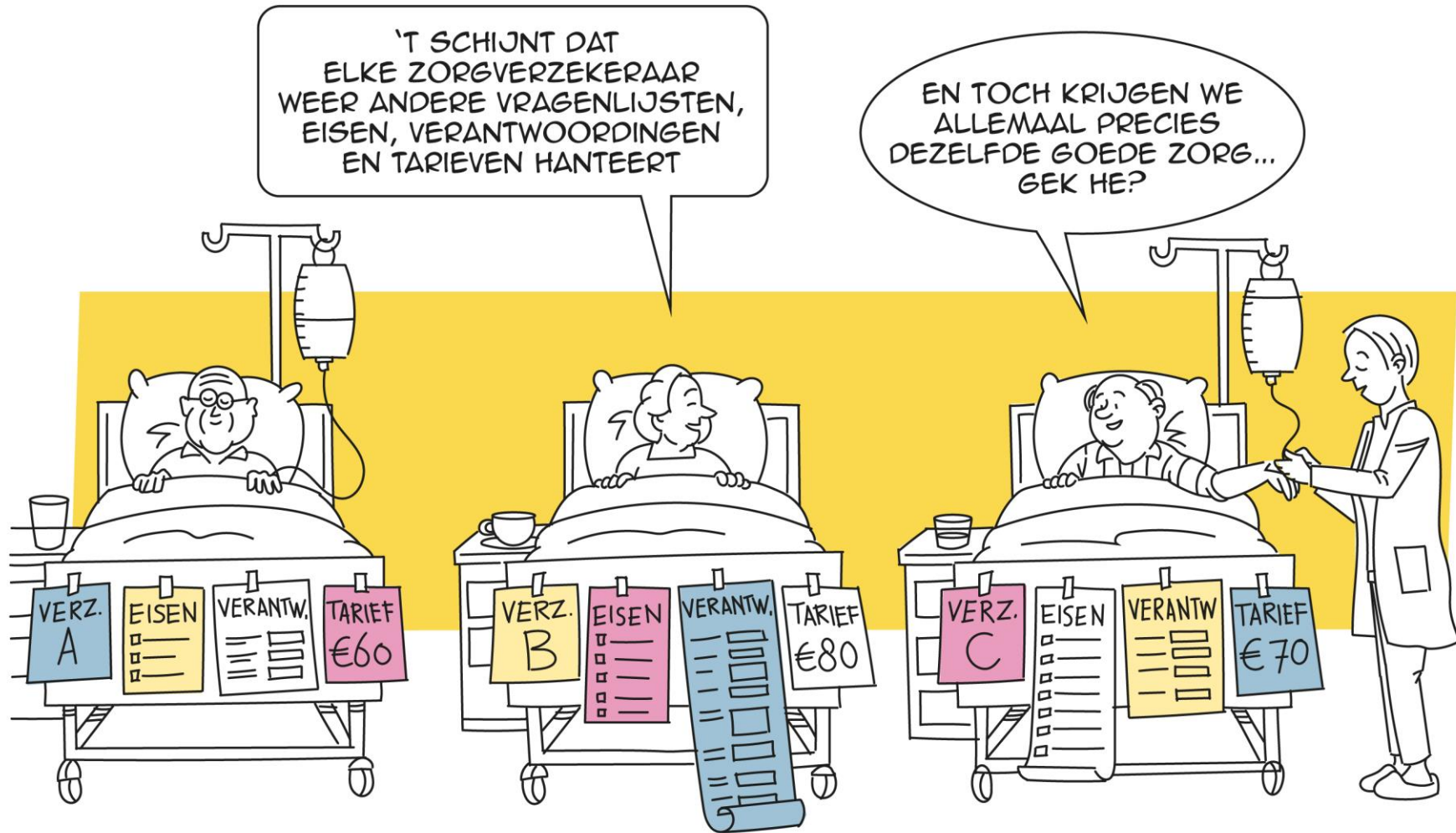
Een groot knelpunt betreft het nut en de hoeveelheid informatie die zorgverzekeraars uitvragen bij zorgaanbieders. Het merendeel van de zorgaanbieders benoemde dit. Enkele zorgaanbieders gaven aan dat zorgverzekeraars meer informatie uitvragen dan wat zij denken dat nodig is om afspraken goed te monitoren. Ze hebben het gevoel hier weinig inspraak in te hebben.

“Dat regels er wel bij komen, maar niet losgelaten durven te worden. We moeten heel veel gegevens aan de zorgverzekeraar aanleveren en daar kunnen zij allemaal data-analyses op doen. Dan krijgen we allerlei vragen terug en dat moeten we dan ook weer allemaal aanleveren, dat moeten we laten zien en dat moeten we dan weer registreren” - Zorgaanbieder

“De uitvraag die zorgverzekeraars doen correspondeert heel vaak niet met de afspraken die ze maken. De informatie correspondeert niet met wat je van mij zou moeten weten omtrent de afspraken die we met elkaar gemaakt hebben.” - Zorgaanbieder

Bovendien verschillen deze afspraken per zorgverzekeraar, waardoor de inhoud en de wijze van verantwoording per zorgverzekeraar anders is.

Informatie-uitvragen verschillen per zorgverzekeraar



3.2.7 Informatie-uitvragen vanuit zorgkantoren

Zorgaanbieders die Wlz-zorg bieden, leveren verschillende typen informatie aan bij de zorgkantoren waar zij contracten mee hebben. Doorgaans hebben zorgaanbieders contracten met enkele zorgkantoren. De geïnterviewde zorgaanbieders deelden slechts beperkt ervaringen over de verschillende typen uitvragen en de administratieve lasten en knelpunten hierbij. De belangrijkste reden hiervoor is dat de focus in de interviews meer op de Zvw (zorgverzekeraars) lag dan op de Wlz. Dit komt doordat geïnterviewden vanuit hun functie vaak meer zicht hadden op de Zvw en/of aangaven dat de administratieve lasten bij de Zvw groter zijn dan die bij de Wlz. Een van hen zei over het Wlz-zorg:

"Dat is een geolied proces. Ik ben er tevreden over hoeveel administratieve lasten wij daar in de laatste jaren uit hebben gehaald." - Zorgaanbieder

Hieronder wordt ingegaan op verschillende typen informatie die zorgkantoren bij zorgaanbieders uitvragen.

Financiële informatie

Het aanleveren van informatie in het kader van inkoopafspraken en contractering en de declaratie van geleverde zorg verloopt via Vecozo. Zorgkantoren hanteren hiervoor een vast format. Daarnaast doen zorgkantoren per kantoor eigen prognose-uitvragen om de productie van zorgaanbieders te monitoren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een bevoorschottingssystematiek: zorgaanbieders ontvangen een voorschot op basis van gemaakte productieafspraken. Door monitoring van productiegegevens wordt bepaald of afspraken bijgesteld moeten worden. Een van de zorgaanbieders gaf aan dat

zorgkantoren dit op verschillende manieren en met verschillende frequenties doen. Het proces van dit soort uitvragen loopt bij zorgaanbieders voornamelijk via afdelingen die zich met inkoop en contractering van zorg bezigheden. Zij gebruiken hier meerdere systemen voor, zoals het EPD, Vecozo, facturatiesystemen en een datawarehouse/BI-tool.

Kwaliteitsinformatie

Zorgkantoren vragen bij zorgaanbieders ook informatie op over kwaliteit. Omdat er in de GGZ nog geen Kwaliteitskader voor de Wlz is, richten zorgkantoren dit op verschillende manieren in. Zo vragen sommige zorgkantoren aan de zorgaanbieder om een verslag te maken, terwijl anderen gebruik maken van documentatie die al bij de aanbieder beschikbaar is. Een van de geïnterviewde zorgkantoren licht toe:

"Er wordt eventueel een kwaliteitsverslag naar eigen inzicht opgesteld door de zorgaanbieder; er zijn geen landelijk eisen. Grote instellingen hebben doorgaans een jaarrapportage of jaarverslag. Daarin worden vaak ook kwalitatieve onderwerpen beschreven, en ziekteverzuim, tevredenheidsonderzoeken, et cetera." - Ketenpartij

Een zorgaanbieder vertelt dat het zorgkantoor met hen een dialoog voert over de kwaliteit van zorg en daarnaast recentelijk voor het eerst ook informatie heeft uitgevraagd met een vragenlijst. Deze zorgaanbieder geeft aan dat dit redelijk wat tijd kostte en ziet ook ruimte voor verbetering:

"Allemaal dat soort vragen, dat is best wel een klusje. Een groot deel kun je uit je hoofd doen, maar een aantal dingen moesten we opzoeken en afstemmen [...] De vragenlijst komt duidelijk voort uit de GGZ behandeltek en er stonden ook vragen hoe je omgaat met onvrijwillige zorg etc. Dat is helemaal niet van toepassing. Dat vond ik een beetje zonde van onze tijd. Ik was liever met elkaar in gesprek gegaan." - Zorgaanbieder

Wachttijstgegevens

Zorgaanbieders leveren doorlopend gegevens over wachtlijsten aan bij zorgkantoren. Wachttijstgegevens worden aangeleverd door de status van een cliënt door te geven op basis van classificaties van wachtenden. Hiervoor zijn landelijke afspraken gemaakt, die verwerkt zijn in het iWlz-verkeer. Een van de geïnterviewde zorgkantoren licht toe:

"Het aanleveren van wachtlijstinformatie is een continuproces. Zorgaanbieders moeten aangeven wie ze wel en niet in zorg hebben genomen. Voor cliënten die (nog) geen zorg hebben ontvangen (terwijl er wel een indicatie is), is het belangrijk voor het zorgkantoor om te weten waarom dit het geval is en welke maatregelen er in de tussentijd worden genomen. [...] Het monitoren is een geautomatiseerd proces dat gekoppeld is aan de indicatieverstrekker CIZ." - Zorgaanbieder

Materiële controle

Zorgkantoren doen ook een materiele controle bij zorgaanbieders, waarbij zij controleren of de geleverde zorg doelmatig en rechtmatig is verleend. Een van de geïnterviewde zorgkantoren legt uit dat zij dit op twee manieren doen: door controles achteraf op basis van vooraf gemaakt afspraken en op basis van signalen vanuit zorgaanbieders over het (mogelijk) niet kunnen voldoen aan afspraken.

Overige informatie-uitvragen vanuit zorgkantoren

Naast de eerder genoemde uitvragen van zorgkantoren, doen zorgkantoren ook incidentele uitvragen en uitvragen die slechts voor bepaalde cliënten van toepassing zijn. Voorbeelden hiervan zijn informatie-uitvragen over beveiligd wonen (incidenteel), de behoefte aan hoog beveiligde bedden (incidenteel) en meerzorg (kan aangevraagd worden voor cliënten met een complexe zorgvraag).

3.2.8 Overige informatie-uitvragen

Kostprijsonderzoek en zorgvraagtypering (NZa)

Naast informatie over wachttijden leveren zorgaanbieders bij de NZa ook informatie aan voor kostprijsonderzoeken en de zorgvraagtypering. Kostprijsonderzoek vindt eens in de drie tot vijf jaar plaats. Enkele geïnterviewde zorgaanbieders gaven aan dat deze informatie-uitvraag omvangrijk is en dat het veel tijd kost om informatie goed aan te leveren. Doordat deze uitvraag slechts eens in de paar jaar gedaan wordt en elke keer weer anders is, is het voor zorgaanbieders elke keer zoeken en intern afstemmen wat precies aangeleverd moet worden. Ook geïnterviewden van de NZa erkenden dat de eenduidigheden van vragen en definities in het kostprijsonderzoek verbeterd kan

worden. Een belangrijk knelpunt hierbij is dat gegevens aangeleverd moeten worden voor specifieke financieringsstromen, terwijl zorgaanbieders vaak werken met locaties/afdelingen waar cliënten vanuit meerdere financieringsstromen samen zitten. Hierdoor moeten zorgaanbieders extra berekeningen uitvoeren.

"Het aantal medewerkers is nog wel eens lastig afpellen voor ons. Dat vergt aan onze kant nog een hoop werk bijvoorbeeld om bepaalde informatie alleen voor de Zvw en FZ specifiek uit te lichten. En dan wordt al heel gauw de sleutel gebruikt tot het percentage van de opbrengst." - Zorgaanbieder

Daarnaast zetten zorgaanbieders vraagtekens bij het nut van het kostprijsonderzoek. De grootste kritiek is dat de kostprijs wordt berekend op basis van gegevens die zorgaanbieders aanleveren over de geleverde zorg, terwijl zij bij die zorg vastzitten aan de kaders van de NZa. Hierdoor wordt niet gekeken naar wat nodig is en stellen zorgaanbieders de cijfers die ze aanleveren bij op basis van de kaders.

De NZa vraagt ook gegevens op voor de zorgvraagtypering als onderdeel van het in 2022 ingevoerde zorgprestatiemodel. Hierbij wordt het instrument HoNOS+ gebruikt. Doordat aanlevering van de zorgvraagtypering is uitgesteld, hadden veel van de geïnterviewde zorgaanbieders hier nog geen ervaring mee. Een aanbieder van verslavingszorg gaf aan dat de zorgvraagtypering voor hen niet passend is:

"De zorgvraagtypering is niet gebaseerd op verslavingsdiagnoses, maar op een algemeen instrument, de HoNOS+, dat niet geschikt is voor verslaafden. Wij nemen twee vragenlijsten af: één die geschikt is voor verslaafden en één voor zorgvraagtypering." - Zorgaanbieder

Uitvragen vanuit branche- en beroepsverenigingen
Tijdens enkele interviews kwam naar voren dat zorgaanbieders regelmatig uitvragen ontvangen vanuit branche- en beroepsverenigingen. Daarbij gaat het deels om structurele informatie-uitvragen, bijvoorbeeld om kwaliteit en eigenschappen van aangesloten zorgaanbieders te evalueren. Regelmatig gaat dit gepaard met visitaties. Daarnaast kan het gaan om incidentele informatie-uitvragen gericht op actuele thema's of ontwikkelingen in de sector. Zorgaanbieders zien dit soort uitvragen als nuttig en relevant. Zij benoemden deze specifieke uitvragen doorgaans niet als een administratieve belasting, maar ze dragen wel bij aan opeenstapeling van administratieve lasten.

Aanlevering van informatie voor keurmerken, certificeren en opleidingen

Enkele zorgaanbieders gaven aan dat het verkrijgen en onderhouden van keurmerken en certificeringen vaak gepaard gaat met veel werk. Zij noemden hierbij bijvoorbeeld HKZ-certificering, het keurmerk Basis GGZ en het keurmerk Top GGZ. Vaak gaat het om aanlevering van informatie in combinatie met een locatiebezoek. Soms zijn het eenmalige uitvragen, terwijl andere uitvragen eens per (paar) jaar terugkomen. Hoewel zorgaanbieders hier het belang van inzien, geven ze aan dat dit

voor enige administratieve belasting kan zorgen, bijvoorbeeld als de informatie niet goed uit het EPD te halen is en er korte tijd is om dit bij elkaar te zoeken.

"Het is heel veel informatie die je verplicht bent aan te leveren. Om dat op tijd van iedereen bij elkaar te krijgen, kost tijd. We weten dat we iets goed doen, daarom zijn we [bij dit keurmerk aangesloten], maar haal het maar eens uit je systeem." - Zorgaanbieder

Enkele zorgaanbieders benoemden ook de administratieve lasten rond het regelen van opleidingsplekken, doordat zij hiervoor veel informatie bij verschillende partijen moeten aanleveren.

Resterende informatie-uitvragen

Enkele uitvragen zijn door één of enkele zorgaanbieders genoemd zonder dat daarbij ingegaan is op details over het verloop of specifieke ervaringen. Het gaat hierbij om: informatie-uitvragen vanuit het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), de uitvraag voor het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) voor de verslavingszorg en de informatie-uitvraag voor de generieke module Acute psychiatrie (GMAP).

4 Meerwaarde en toepasbaarheid KIK-V

4.1 Meerwaarde KIK-V

Wat betreft de meerwaarde van KIK-V in de GGZ komt een tweeledig beeld uit de interviews naar voren. Hoewel de meeste geïnterviewde zorgaanbieders een duidelijke positieve indruk hadden van de uitgangspunten van KIK-V (zie kader), was dit niet voor alle zorgaanbieders het geval. Ook plaatsten zorgaanbieders en ketenpartijen verschillende kanttekeningen bij de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ. Hieronder lichten we dit verder toe.

4.1.1 Eerste reactie op uitgangspunten KIK-V vaak positief

Uitgangspunten KIK-V

KIK-V heeft als doel het verbeteren van de uitwisseling van (kwaliteits)gegevens tussen zorgaanbieders en ketenpartijen (informatie-uitvragen), waarbij:

- data eenmalig wordt geregistreerd voor meervoudig gebruik;
- data afkomstig is uit het operationele proces;
- de administratieve lasten worden verlaagd.

Hiervoor maken zorgaanbieders en ketenpartijen gezamenlijk afspraken over:

- welke gegevens voor welk doel door welke partij mogen worden opgevraagd en gebruikt;
 - gehanteerde definities;
 - vorm en momenten van uitwisseling.
- Zie ook de [video over KIK-V](#) voor een korte uitleg over KIK-V.

Alle ketenpartijen en het merendeel van de geïnterviewde zorgaanbieders reageerden positief op het idee van KIK-V. De video over KIK-V is voor hen heel herkenbaar. Ze verwezen vooral naar de veelheid en het gebrek aan uniformiteit in de uitvragen die zij ontvangen, waardoor een situatie ontstaat van 'appels met peren vergelijken'.

Wat zorgaanbieders en ketenpartijen aanspreekt aan KIK-V is de ambitie om administratieve lasten te verminderen en gegevensuitwisseling makkelijker te maken. Alles wat hieraan bijdraagt is wat hen betreft positief.

"Volgens mij kan iedereen dit alleen maar toejuichen, omdat het de zorgaanbieder ontlast. Maar vooral omdat het op deze manier bijdraagt aan de belangen en doelen van alle partijen. Als meerdere partijen kunnen profiteren van dezelfde data aan de bron is dat alleen maar mooi." - Ketenpartij

Ze hopen dat KIK-V dit kan bereiken door het verminderen van informatie die wordt uitgevraagd en door hergebruik van gegevens.

"Het kan echt heel erg helpend zijn. De winst zit in tijd of het aantal mensen dat met een vragenlijst bezig is. En ook in frustratie." - Zorgaanbieder

"Ik vind het heel mooi dat je uitgaat van je registratie die er al is. Dat is sowieso het belangrijkste. De basis van wat je wilt bereiken is dat je gewoon eenmalig registreert. En dat dat dan gebruikt wordt." - Zorgaanbieder

Ook hopen ze dat afspraken over definities helpen om processen intern beter te standaardiseren en daardoor lasten te verminderen:

"Op het moment dat je daar [definities] allebei achter staat dan maakt het format niet meer zoveel uit. Op het moment dat ofwel de definiëring onduidelijk is, ofwel bij de ene partij anders dan bij de andere partij, dan wordt het een administratieve last, omdat je het niet kunt standaardiseren." - Zorgaanbieder

Zorgaanbieders en ketenpartijen staan ook positief tegenover het uitgangspunt van KIK-V dat zorgaanbieders en ketenpartijen afspraken maken over definities, vormen en momenten van uitwisseling. Dergelijke afspraken zijn er nu veelal niet en dit is een belangrijk onderdeel van het verlagen van administratieve lasten.

"Dat er in ieder geval afstemming is over wat je mag en kunt met de gegevens [van de zorgaanbieder]. En dat er continue afstemming blijft." - Zorgaanbieder

"Ik denk dat het goed is dat je eenduidigheid krijgt in de gegevens die je vastlegt en aanlevert. Dat gaat heel veel tijd schelen." - Ketenpartij

Een van de ketenpartijen hoopt dat ook afspraken gemaakt kunnen worden over definities van locaties:

"Nu worden er bij zo'n zorgaanbieder net andere locatienummers ingevuld, waardoor de NAW-gegevens verschillen en er geen match kan worden gelegd. KIK-V zou hier echt een uitkomst in zijn." - Ketenpartij

Het uitgangspunt dat data afkomstig zijn uit het operationele proces werd door een aantal zorgaanbieders als een positief punt benoemd. Hiermee wordt gegevensuitwisseling meer aanbodgestuurd. Aanbieders denken dat dit de hoeveelheid bewerkingen en handmatig werk kan verminderen. Ook kunnen ze informatie hierdoor intern beter gebruiken, bijvoorbeeld als sturingsinformatie.

"Dat zou het mooiste zijn, dat je een én-én-situatie krijgt, namelijk: je hebt een stukje wat je moet verantwoorden wat voor iedereen duidelijk en uniform is. [...] Buiten de tijd die je overhoudt, zou je graag willen dat wat je verzamelt de organisatie ook wat

oplevert; dat je vanuit kwaliteits-, financieel of medewerkersperspectief ook met die informatie kunt sturen of er iets van kunt leren". - Zorgaanbieder

De geïnterviewde ketenpartijen gaven aan dat de uitgangspunten van KIK-V aansluiten bij de algemene principes die nu gelden op het gebied van automatisering en verslaglegging in de verschillende sectoren. Ketenpartijen die in de verpleeghuiszorg al met KIK-V werken zouden graag in de andere sectoren ook volgens deze principes werken. Hierdoor kunnen ze deze manier van werken ook beter en breder in hun eigen organisatie doorvoeren.

4.1.2 Wensen en uitdagingen voor het vergelijken van zorginstellingen

Enkele zorgaanbieders en ketenpartijen uitten de hoop dat KIK-V kan bijdragen aan het vergroten van de kwaliteit en vergelijkbaarheid van gegevens. Geïnterviewden geven aan een sterke behoefte te hebben aan benchmarking, zodat zorgaanbieders meer inzicht krijgen in hoe zij 'het doen' ten opzichte van andere aanbieders. Op dit moment bieden informatie-uitvragen vanuit ketenpartijen vaak weinig tot geen mogelijkheid tot relevante vergelijkingen voor zorgaanbieders onderling.

"Wij zijn continu aan het bepalen hoe we ervoor staan en in dat opzicht krijgen we weinig referentie vanuit andere organisaties. Als we dat zouden kunnen, zou dat mooi zijn." - Zorgaanbieder

Enkele aanbieders zien hier als risico dat wanneer gegevensuitwisseling wordt gestroomlijnd tot een niveau waarbij data van verschillende instellingen vergelijkbaar zijn, de zeggingskracht van die data verloren gaat op een zeker aggregatieniveau.

4.1.3 Lukt het alle partijen op één lijn te krijgen?

Het merendeel van de zorgaanbieders en enkele ketenpartijen zagen uitdagingen in het op één lijn krijgen van alle betrokken partijen bij het maken van afspraken voor KIK-V in de GGZ. Een deel van deze zorgaanbieders was overwegend positief over de mogelijkheid om samen te werken aan gezamenlijke afspraken, terwijl andere dachten dat dit mogelijk niet zal lukken. De volgende uitspraken illustreren deze punten:

"Het [ketenpartijen in de GGZ] zijn partijen die heel erg bereid zijn zich te conformeren aan standaarden of gezamenlijke afspraken. Het zal wel even duren voor we het met elkaar eens zijn. Daar gaat de uitdaging in zitten." - Zorgaanbieder

"Het kan echt veel beter, er zijn enorm veel partijen die allemaal hun eigen dingetje vragen, maar probeer dat maar eens te stroomlijnen. Nou, ik wens jullie veel succes." - Zorgaanbieder

De belangrijkste reden voor de uitdagingen is volgens een aantal zorgaanbieders dat de ketenpartijen uiteenlopende belangen hebben, waardoor iedereen aan zijn eigen uitvragen vast wil houden. Verder verwachten sommige aanbieders dat het lastig is

om tot gezamenlijke afspraken te komen vanwege de diversiteit binnen de sector in zorgaanbod, werkwijzen en systemen. Dit geldt met name voor het formuleren van gedeelde definities:

"Dat lijkt me heel lastig, een definitie bedenken die toepasbaar is voor verschillende instellingen die allemaal hun eigen softwarepakket en eigen processen hebben." - Zorgaanbieder

Ook de vele veranderingen binnen organisaties kunnen er volgens zorgaanbieders voor zorgen dat processen moeilijk te stroomlijnen zijn.

4.1.4 Wat is de invloed van de zorgaanbieder?

Een aantal zorgaanbieders uitten hun zorgen over de mate waarin zij daadwerkelijk invloed zouden hebben op afspraken die in het kader van KIK-V gemaakt zouden worden. De meeste van hen benoemden dit als een algemene zorg. Enkele zorgaanbieders zien de sterke positie van financiers bij het bepalen van informatie-uitvragen als mogelijke belemmering voor hun inspraak.

"Mijn zorg is gelijk, als ik het filmpje bekijk, dat het weer al die uitvragers zijn die gaan bepalen wat er gevraagd gaat worden. Wat verandert er dan?" - Zorgaanbieder

"Dat gaat niet werken, want als we alleen vastleggen wat wij vast willen leggen, dan krijgen financiers niet de detailinformatie die ze nu hebben en willen hebben. Dus

gaan ze uiteindelijk toch weer definiëren wat wij vast moeten leggen." - Zorgaanbieder

4.1.5 De lasten moeten omlaag, toch komt er elke keer iets bij

Veel zorgaanbieders benoemden als randvoorwaarde voor KIK-V in de GGZ, dat het niet tot meer werk moet leiden. KIK-V zou wat hen betreft een succes zijn als het eraan bijdraagt dat er minder wordt uitgevraagd. Een deel van hen twijfelt of dit haalbaar is. Sommigen zijn bang dat KIK-V de administratieve lasten juist zal vergroten. Ze verwijzen er hierbij regelmatig naar dat door de jaren heen de administratieve lasten alleen maar zijn toegenomen, ondanks meerdere initiatieven gericht op het verminderen van lasten. Ze vragen zich af in hoeverre KIK-V hier anders in zou zijn:

"Waarin zie ik terug dat het straks niet net zo ingewikkeld wordt uitgevraagd, alleen op een andere manier?" - Zorgaanbieder

"Want zoals het mij nu lijkt, heb je weer een extra vorm van aanleveren van data." - Zorgaanbieder

KIK-V zou volgens sommige zorgaanbieders en een ketenpartij daarom ook moeten kijken op welke punten informatie-uitvragen en administratieve lasten verminderd kunnen worden:

"Meestal komen er meer vragen bij dan dat er af gaan, dus het zou ook helpen als ze periodiek door een lijstje

*gaan van: willen we dit eigenlijk nog wel weten?" -
Zorgaanbieder*

"Ik denk dat we anders de sector tegen ons krijgen. De GGZ is de afgelopen jaren overspoeld met administratieve lasten door alle versnipperingen die hebben plaatsgevonden. We moeten zien te voorkomen dat dit erbij komt. Dat het 'in plaats van' is en uiteindelijk een besparing." - Ketenpartij

4.1.6 Welke investering vraagt KIK-V van zorgaanbieders?

Een aantal zorgaanbieders vraagt zich af wat de toepassing van KIK-V van hen als organisatie zou vragen. Ze verwachten dat dit de nodige inzet aan tijd, geld en mensen vraagt, zeker bij het opstarten.

*"Er zitten gewoon initiële tijd, energie en kosten in om dit voor elkaar te krijgen. Ook voor een aanbieder schat ik in. Daar zit wel een beetje een bedenking bij mij." -
Zorgaanbieder*

Ze verwachten vooral een uitdaging bij de bereidheid om financieel te investeren, zowel voor henzelf als voor ketenpartijen:

"De ervaring leert dat de partijen op één lijn krijgen heel lastig is, en zo gauw het gaat over wie moet dat betalen, dan wordt het stil." - Zorgaanbieder

Gezien de verwachte investering is het volgens enkele zorgaanbieders en een ketenpartij extra belangrijk dat KIK-V daadwerkelijk tijdswinst gaat opleveren.

4.1.7 Wat levert het voor behandelaars op?

Enkele zorgaanbieders benadrukten dat verlaging van administratieve lasten in het primair proces een prioriteit zou moeten zijn van KIK-V.

*"Ik vind het jammer dat het heel erg gericht is op de management- en bedrijfsinformatie die we hier op het servicebedrijf doen. De mensen van de zorgadministratie zijn gewend om analyses te maken en cijfers te verwerken; zij doen dit soort dingen voor hun werk. Je moet juist bij de behandelaars beginnen." -
Zorgaanbieder*

*"Ik denk dat we moeten kijken naar regelarme zorg; dat moet leidend zijn. We moeten onze aanbieders koesteren, we hebben ze knetterhard nodig om alle zorg te kunnen (blijven) bieden. Als we het hen iets makkelijker kunnen maken, ben ik voor. Al die uitvragen kosten veel tijd, mankracht en geld. Dat is ook hoe we het met elkaar hebben weggezet de afgelopen jaren, maar het gaat ten koste van direct zorg leveren." -
Ketenpartij*

4.1.8 Aandacht nodig voor interne processen

Hoe zorgaanbieders zelf met data en definities omgaan, is volgens een aantal zorgaanbieders een belangrijke factor voor eventuele realisatie van KIK-V. Ze beseffen dat het een bepaalde mate van automatisering vraagt en dat ze ook intern het gebruik van definities goed in hun werkprocessen en systemen zullen moeten verwerken. Sommige zorgaanbieders verwachten dat KIK-V goed bij hun interne processen aansluit, terwijl enkele andere denken dat eerst aandacht nodig is om dit technisch en organisatorisch op orde te krijgen. Een zorgaanbieder licht toe:

"Hoe gaan we dat organiseren? We moeten ook kritisch kijken naar wat wij willen." - Zorgaanbieder

Enkele zorgaanbieders benadrukten dat definities goed verwerkt moeten kunnen worden in EPDs en andere systemen die zij gebruiken. De rol van softwareleveranciers is volgens hen dan ook cruciaal en een mogelijk knelpunt:

"Als dat wettelijk afgedwongen wordt, dan kunnen we leveranciers verplichten om hieraan te voldoen. De crux zit eigenlijk bij de leveranciers. Daar zullen wel problemen ontstaan." - Zorgaanbieder

Verder vragen zorgaanbieders zich regelmatig af wat hun rol en investering zou worden in het beheer en onderhoud van de infrastructuur van KIK-V, met name wanneer er veranderingen komen vanuit de organisatie zelf of in de informatie-uitvragen van ketenpartijen.

Ook enkele ketenpartijen gaven aan dat aandacht nodig zal zijn voor hun eigen interne processen:

"Dit is wel meer een inrichtingsvraagstuk vanuit het technisch perspectief. Kunnen alle manieren en methoden die we nu gebruiken voor het meten en aanleveren van de resultaten nog wel gefaciliteerd worden als dat via de KIK-V werkwijze gaat verlopen? Ik vraag mij af of dat voor deze uitvraag dan wel kan." - Ketenpartij

"We moeten verder van tevoren nadenken over wat we willen, terwijl dit normaal nog kon tot het laatste moment voor een uitvraag. Dat betekent dat als je een keer iets wil wat niet van tevoren is vastgelegd, je lang moet wachten voor je dit kan aanpassen." - Ketenpartij

4.1.9 Rekening houden met de AVG

Het belang van privacy bij gegevensuitwisseling werd door een enkele zorgaanbieders en ketenpartijen benadrukt. De AVG speelt een belangrijke rol in de huidige gegevensuitwisseling en daarom verwacht men dat dit ook voor KIK-V iets is om rekening mee te houden:

"Herleidbaarheid is binnen de GGZ toch altijd een heel belangrijk aandachtspunt." - Zorgaanbieder

"Ik ben als het gaat over onderling uitwisselen van gegevens tussen verschillende partijen wel altijd

benieuwd hoe zich dat verhoudt tot AVG. Wat je oplost met KIK-V, moet wel kloppen met wetgeving. Maar als dat kan voor verpleeghuiszorg, is er geen reden om aan te nemen dat het niet ook kan voor gehandicaptenzorg en GGZ.” - Zorgaanbieder

4.1.10 Beperkte meerwaarde KIK-V bij lage administratieve lasten

Enkele zorgaanbieders zien niet direct de meerwaarde van KIK-V. De belangrijkste reden is dat zij weinig administratieve lasten ervaren:

“Het uitdraaien van zo’n export is voor ons geen moeite. Zo’n proces hoeft voor mij niet nog meer gestroomlijnd te worden [...] ik heb zelf niet zo’n moeite met die gegevensaanleveringen, dus ik zie nog niet precies wat het kan opleveren.” – Zorgaanbieder

4.2 Benodigheden voor toepassing KIK-V

Deze paragraaf beschrijft wat volgens zorgaanbieders nodig zou zijn in de GGZ om met KIK-V aan de slag te kunnen.

4.2.1 Duidelijk maken wat KIK-V oplevert

Bijna alle zorgaanbieders en de geïnterviewde ketenpartijen denken dat een duidelijk verhaal over wat KIK-V voor organisaties kan opleveren, hen kan motiveren om ermee aan de slag te gaan. De belangrijkste opbrengst die ze hierbij noemden is tijdwinst.

“Je moet er een eigen belang bij hebben. Het is toch best een investering [...] Ik denk dat daar de kansen

zitten en dat je ook heel duidelijk moet benoemen wat de organisatie er zelf aan heeft.” - Zorgaanbieder

“Als er een goed genoeg verhaal ligt waarin de winst duidelijk is, dat er echt wel mensen zullen zijn die daar graag mee aan de slag gaan [...] vooral tijdwinst, als je mensen tijd kunt bieden of in ieder geval kunt aantonen dat ze tijd overhouden.” - Zorgaanbieder

Het zou volgens enkele zorgaanbieders vooral duidelijk moeten zijn dat KIK-V ook tijdwinst en verlaging van lasten voor het primair proces met zich meebrengt. Een van hen gaf aan:

“Op het moment dat wij aan behandelaren kunnen laten zien dat het voor hen helpt, dan denk ik dat we iedereen ervoor kunnen winnen.” - Zorgaanbieder

Een andere opbrengst die zorgaanbieders kan motiveren om met KIK-V aan de slag te gaan is de mogelijkheid om de eigen instelling beter te vergelijken met andere instellingen. Zorgaanbieders zijn vaak benieuwd naar wat KIK-V oplevert voor de verpleeghuiszorg en denken dat als hier goede voorbeelden uit komen, dit binnen de GGZ kan helpen om er ook mee aan de slag te gaan:

“Maar ik ben ook echt heel erg benieuwd naar hoe het werkt in de verpleegzorg. Als het maar bruikbaar is, zodat het echt minder werk is.” - Zorgaanbieder

4.2.2 Partijen op één lijn krijgen voor definities

Een belangrijke eerste stap volgens zowel zorgaanbieders als ketenpartijen is om de betrokken partijen bij elkaar te brengen. In dit proces worden allereerst alle belangen verhelderd en vervolgens wordt gewerkt aan gezamenlijke definities. Een van de ketenpartijen benadrukt dat het belangrijk is om knopen door te hakken en te zorgen dat het maken van afspraken niet te lang gaat duren. Een aantal zorgaanbieders vindt het belangrijk dat alle relevante partijen hierbij zijn, zodat afspraken ook echt breed, liefst landelijk, gedeeld worden in de sector. De meeste geïnterviewden noemden hierbij geen specifieke partijen. Enkele zorgaanbieders en een ketenpartij noemden gemeenten, zorgverzekeraars, de NZa en softwareleveranciers als cruciale partijen om te betrekken. Dit komt naar voren in de volgende uitspraken:

"Als we dit gaan doen, zorg dan dat er een landelijke dataset en definities zijn. Zodat de softwareleveranciers dat ook gaan regelen." - Zorgaanbieder

"Ik denk dat in ieder geval de NZa erbij moet zijn: dat is de marktmeester voor de Zvw en FZ. En ook ZN, hoewel zij eigenlijk niet zoveel zelf uitvragen. Misschien ook wel de VNG, voor de Wmo en de Jeugdwet. Daar zit wel een hele belangrijke als het gaat om administratieve lasten, maar ook als het gaat om informatie die uitgevraagd wordt." - Ketenpartij

4.2.3 Doelmatigheid van uitvragen

Het merendeel van de zorgaanbieders ziet de doelmatigheid van uitvragen als een belangrijk aandachtspunt voor KIK-V. Hiermee bedoelen zij dat informatie-uitvragen teruggebracht moeten worden tot "alleen het hoogstnoodzakelijke" vanuit wetgeving en financieel oogpunt. Ze zien dit als een belangrijke eerste stap in het maken van afspraken. Zo ook de volgende zorgaanbieder:

"Volgens mij zijn wij heel veel data aan het verzamelen via behandelaren waar niemand iets mee doet verder. Dat zou volgens mij het eerste moeten zijn, dan kan je namelijk eerst eens gaan afstrepen wat niet meer nodig is." - Zorgaanbieder

4.2.4 Stap voor stap aan de slag

Het merendeel van de zorgaanbieders denkt dat het raadzaam is voor KIK-V om klein te beginnen en te kiezen voor een gefaseerde aanpak. Een aantal zorgaanbieders noemde specifieke informatie-uitvragen of gegevens om mee te beginnen omdat daar veel winst te behalen valt. Bijvoorbeeld de Wvggz, de CQI, zorgzwaarte en informatie-uitvragen vanuit zorgverzekeraars. Daarnaast denken zorgaanbieders en ketenpartijen dat het goed is om te starten met definities die veel gebruikt worden en belangrijke aspecten van zorg weergeven, zoals de aanmelddatum van een cliënt of het aantal unieke cliënten.

4.2.5 Leren van eerdere ervaringen

Zorgaanbieders en ketenpartijen gaven regelmatig het belang aan van het leren van ervaringen vanuit andere initiatieven op het gebied van gegevensuitwisseling. Sommige noemden dit als een algemeen punt, terwijl andere verwezen naar specifieke

initiatieven zoals het Landelijk Schakelpunt en VIPP GGZ. Het is hierbij volgens hen belangrijk om te kijken wat in het verleden niet heeft gewerkt, wat wel en waarom.

Veel zorgaanbieders zijn daarnaast benieuwd wat er te leren valt van de ervaringen met KIK-V in de verpleeghuiszorg. Enkele geïnterviewde zorgaanbieders en een ketenpartij gaven daarbij aan dat de situatie in de GGZ wat complexer is dan in de verpleeghuiszorg. Een reden hiervoor is dat behandelingen in de GGZ vaak van kortere duur zijn dan in de verpleeghuiszorg en daardoor meer administratie met zich meebrengen. Daarnaast heeft de GGZ met meer financieringsstromen en daardoor ook met meer actoren te maken dan de verpleeghuiszorg:

"Ik kan me voorstellen dat verpleeghuiszorg eenvoudiger is in financieringsopzicht. Hoe gaat het dan in GGZ-land? We hebben daar heel veel verschillende eisende en betalende partijen." - Zorgaanbieder

"Een VVT-instelling heeft doorgaans te maken met één a twee zorgkantoren, die het gros van de rekeningen betalen van de VVT-instelling. Wij hebben in de GGZ te maken met negen zorgverzekeraars, de bijbehorende zorgkantoren, gemeenten, Dienst Justitiële Inrichtingen en gemeenten. En mogelijk vergeet ik nog iets. Het is enorm versnipperd en ook de manier waarop het bekostigd wordt. Daarmee verschilt de manier waarop het geregistreerd wordt ook enorm." - Ketenpartij

4.2.6 Aansluiten bij andere ontwikkelingen

Een aantal zorgaanbieders en ketenpartijen adviseerden om met KIK-V waar mogelijk aan te sluiten bij andere ontwikkelingen in de zorg. Ontwikkelingen die hierbij vaak werden genoemd zijn ontwikkelingen vanuit Akwa GGZ, het Integraal Zorgakkoord (IZA), de zorginformatiebouwstenen (zibs) en het netwerkmodel voor gegevensuitwisseling. Een van hen zei bijvoorbeeld:

"Ik zat met name nog na te denken over die zibs, die informatie is er. Maar dat is een heel beperkte set. Hoe ga je ervoor zorgen dat ook al die andere zibs in gebruik komen?" - Zorgaanbieder

5 Registratieproces indicatoren in beeld

Naast ervaringen rond aanleveringen is er met zorgaanbieders meegekeken naar het registratieproces van drie indicatoren: twee uit de jaarmaatschappelijke verantwoording (aantal cliënten en aantal medewerkers) en de indicator suïcide (IGJ).

Zorgaanbieders hebben laten zien in welke systemen zij deze gegevens vastleggen en hoe zij met selecties en berekeningen vanuit deze gegevens komen tot de betreffende indicatoren. Op basis hiervan is onderzocht in hoeverre de KIK-V werkwijze kan worden toegepast voor deze drie indicatoren. Hieronder wordt per indicator stilgestaan bij het huidige registratieproces en de toepasbaarheid van KIK-V voor deze specifieke indicator.

5.1 Aantal cliënten

De indicator 'Aantal cliënten' uit de [regeling openbare jaarverantwoording WMG](#) staat onder vraag 3 (vragen over de overige bedrijfsvoering van de zorgaanbieder) sub C en bestaat uit drie componenten:

- Hoeveel unieke patiënten waaraan Zvw of Wlz zorg is verleend, inclusief de patiënten in onderaanneming, waren in het boekjaar ingeschreven?
- Aan hoeveel unieke patiënten heeft de zorgaanbieder in totaal, inclusief de patiënten in onderaanneming, in het boekjaar Zvw of Wlz zorg verleend?

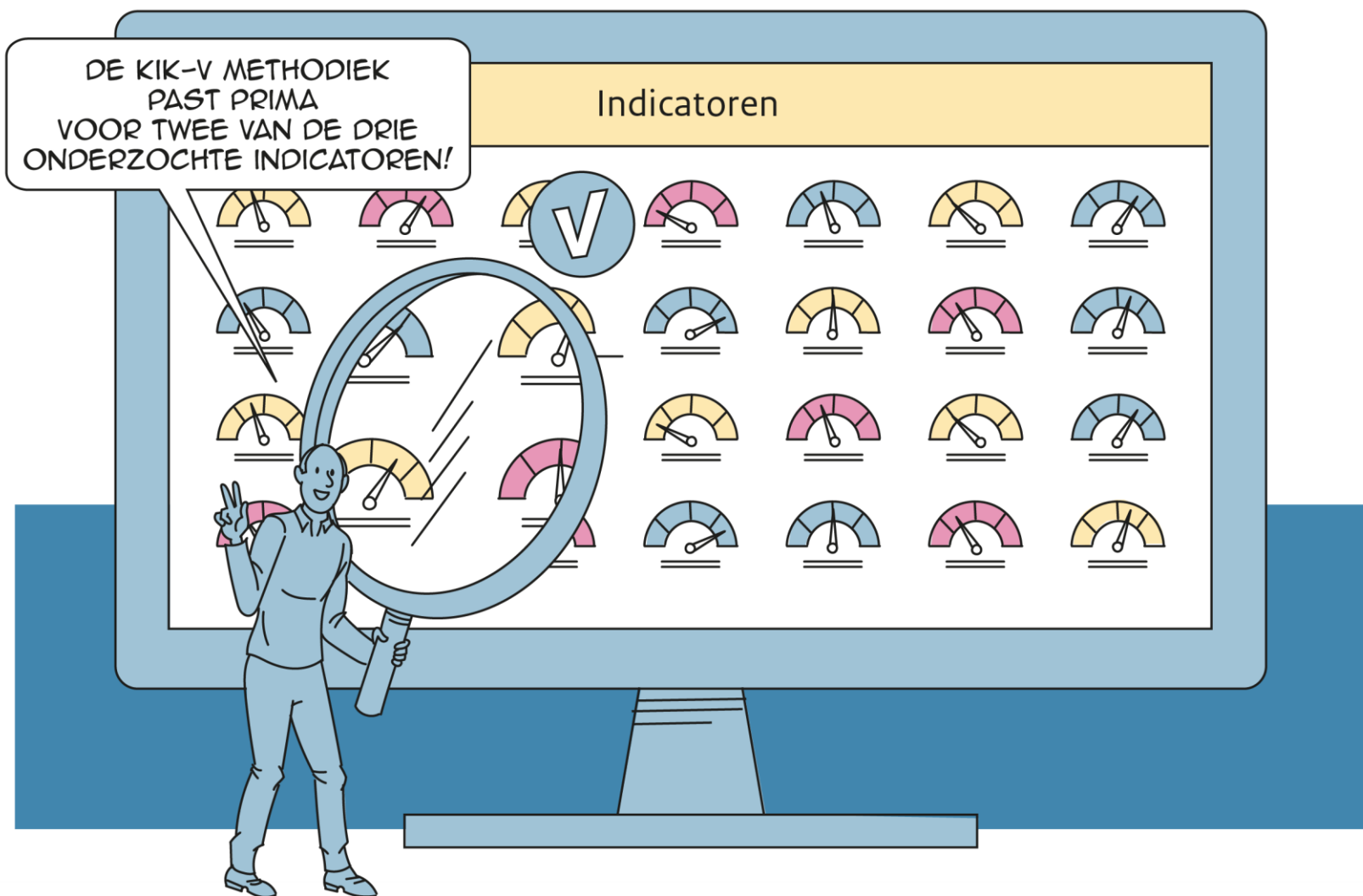
- Hoeveel unieke patiënten waaraan Zvw of Wlz zorg is verleend, inclusief de patiënten in onderaanneming, zijn in het boekjaar uitgeschreven?

Tijdens de verkenning zijn op basis van de interviews met zorgaanbieders de volgende bevindingen over de indicator 'Aantal cliënten in zorg' opgehaald. Een aantal zorgaanbieders registreert de gegevens in het EPD, bij enkele andere is de indicator niet van toepassing en bij enkele zorgaanbieders is onbekend hoe ze de indicator registreren. Voor het ophalen en bewerken van de gegevens maken enkele zorgaanbieders gebruik van een mogelijkheid in het EPD, eventueel in combinatie met een BI-systeem. En enkele zorgaanbieders voeren een handmatige bewerking uit via Excel.

Toepasbaarheid KIK-V voor de indicator 'aantal cliënten'

De KIK-V methodiek is goed toepasbaar voor deze indicator. Voor zeven van de dertien organisaties lijkt het mogelijk om deze indicator aan te leveren vanuit geregistreerde brongegevens. De ontsluitingsmogelijkheden van de meest gebruikte EPD's in de verpleeghuissector heeft KIK-V op dit moment al in beeld. KIK-V heeft al gelijksoortige indicatoren geformuleerd. De gevraagde informatie is naar verwachting goed uit bestaande registraties in het EPD te beantwoorden (dit moet uiteraard nog in de praktijk getoetst worden). Dat geldt zowel voor het aantal cliënten waaraan in de meetperiode zorg is verleend, als voor de in- en uitstroom.

Enkele indicatoren onder de loep



5.2 Aantal medewerkers

De indicator 'Aantal medewerkers' uit de [regeling openbare jaarverantwoording WMG](#) staat onder vraag 3 (vragen over de overige bedrijfsvoering van de zorgaanbieder) sub B en bestaat uit twee componenten:

- Aantal werkzame personen in het boekjaar.
- Aantal natuurlijke personen die beroepsmatig zorg verlenen in het boekjaar

Tijdens de verkenning zijn op basis van de interviews met zorgaanbieders de volgende bevindingen over de indicator 'Aantal medewerkers in dienst' opgehaald. Een aantal zorgaanbieders gebruikt een HRM/urenregistratiesysteem voor de vastlegging van de gegevens. Bij enkele zorgaanbieders is de registratiewijze onbekend en enkele zorgaanbieders hoeven de indicator niet aan te leveren. Voor het ophalen en bewerken van de gegevens maakt een aantal zorgaanbieders gebruik van de functionaliteit in het HRM/urenregistratiesysteem, eventueel in combinatie met een BI-systeem. Enkele voeren een handmatige bewerking uit in Excel.

Organisaties bepalen over het algemeen of een werknemer wel of niet zorgverlener is op basis van functie. Er bestaat enige onduidelijkheid over de wijze van het bepalen van het aantal medewerkers. Is dat per einde jaar of een gemiddelde? Een enkele organisatie blijkt fte's te tellen in plaats van personen.

Toepasbaarheid KIK-V voor de indicator 'aantal medewerkers'

KIK-V heeft al gelijksoortige indicatoren geformuleerd. De gevraagde informatie is naar verwachting goed te beantwoorden

vanuit bestaande registraties in personeelssysteem, urenregistratiesysteem, financieel systeem en/of EPD.

De KIK-V methodiek is goed toepasbaar voor deze indicator. Voor zeven van de dertien organisaties is aanleveren van deze indicator vanuit geregistreerde brongegevens in het HRM-systeem/urenregistratiesysteem mogelijk. KIK-V specificeert de indicatoren 'SMART' en neemt zodoende onduidelijkheid weg over de wijze van bepalen van de indicatoren.

5.3 Suïcide

Deze uitvraag wordt beschreven in de [Handreiking uniforme meldingsroute suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel](#). Aan te leveren informatie:

- Het totaal aantal suïcides in het afgelopen kalenderjaar bij patiënten van de instelling.
- Het totaal aantal suïcidepogingen met ernstig letsel in het afgelopen kalenderjaar bij patiënten van de instelling.
- Maakt de instelling gebruik van een systeem om systematisch incidenten te registreren en te analyseren en om op basis daarvan conclusies en eventuele verbetermaatregelen te formuleren?
- Heeft de instelling het afgelopen kalenderjaar verbetermaatregelen getroffen op grond van de analyse van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel?

Tijdens de verkenning zijn op basis van de interviews met zorgaanbieders de volgende bevindingen over de indicator 'Suïcide' opgehaald. Een aantal zorgaanbieders maakt gebruik van facility services applicatie, een aantal van Excel voor handmatige registratie en bewerking, voor enkele zorgaanbieders is de indicator niet van toepassing.

Toepasbaarheid KIK-V voor de indicator 'suicide'

De bijdrage van KIK-V voor deze indicator is nog niet bekend. De huidige steekproef is te klein om algemene conclusies te kunnen trekken. Hoewel KIK-V in beginsel geschikt lijkt voor deze indicator, moeten er wel voldoende zorgorganisaties zijn die de benodigde informatie gestructureerd vastleggen waarna uitgebreidere analyse kan plaatsvinden voor het doen van een definitieve uitspraak over de toepasbaarheid van KIK-V op deze indicator.

6 Conclusie

De in deze eindrapportage gepresenteerde bevindingen geven antwoord op de vraag:

Wat is de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ?

Deze hoofdvraag werd beantwoord met behulp van de volgende sub-vragen:

- Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de GGZ?
- Wat is de meerwaarde voor de GGZ om aan te sluiten bij KIK-V?
- Wat is er nodig voor de GGZ om aan te kunnen sluiten bij KIK-V?

Conclusies huidige situatie gegevensuitwisseling in de GGZ-sector

In de huidige gegevensuitwisseling rondom informatie-uitvragen vallen op grote lijnen drie punten op.

Ten eerste blijken administratieve lasten van specifieke informatie-uitvragen vanuit derden regelmatig mee te vallen voor zorgaanbieders. Belangrijke redenen hiervoor zijn dat medewerkers die zich hiermee bezighouden dit vaak als onderdeel van hun werk zien en dat dit soort processen gestandaardiseerd en/of geautomatiseerd zijn. Daarnaast ontvangen bepaalde zorgaanbieders, zoals vrijgevestigde praktijken en aanbieders van Wlz-zorg, minder uitvragen.

Ten tweede blijkt dat administratieve lasten grotendeels voortkomen uit een opeenstapeling van informatie-uitvragen vanuit verschillende financieringsstromen en verschillende actoren, zoals zorgverzekeraars, de NZa, gemeenten en branche- en beroepsverenigingen. Andere oorzaken liggen in de beperkte inregelbaarheid van (delen van) informatie-uitvragen in ICT-systemen, slechte planbaarheid van uitvragen en het niet aansluiten van informatie-uitvragen bij de organisatorische inrichting van zorgaanbieders. Ook het ontbreken van een duidelijk doel of nut van informatie-uitvragen en onduidelijkheid in definities dragen bij aan de ervaren lasten onder zorgaanbieders.

Tot slot valt op dat administratieve lasten groter lijken op andere gebieden dan de informatie-uitvragen vanuit de Zvw en de Wlz, waar dit verkennend onderzoek zich op richtte. Administratieve lasten lijken vooral te liggen bij behandelaars, met name door de complexiteit en versnippering van wet- en regelgeving, de gedetailleerdheid van registraties en landelijke veranderingen in het systeem van financiering (zoals de invoering van het zorgprestatiemodel). Daarnaast lijken lasten ook groter in het gemeentelijk domein (Wmo en Jeugdwet) door gebrek aan uniformiteit in vorm en inhoud van informatie-uitvragen vanuit verschillende gemeenten.

Conclusies meerwaarde voor de GGZ-sector om aan te sluiten bij KIK-V

Op basis van de bevindingen uit dit verkennend onderzoek zijn zorgaanbieders en ketenpartijen positief over de uitgangspunten van KIK-V voor de GGZ-sector. KIK-V spreekt hen vooral aan, omdat het zich richt op de hoeveelheid en het stroomlijnen van uitvragen en het brengen van uniformiteit daarin.

Hierbij kan klein begonnen worden, met enkele specifieke, veelgebruikte definities, om vervolgens uit te breiden. Doelmatigheid vormt daarbij een uitgangspunt, zodat niet méér wordt uitgevraagd dan strikt nodig is.

Al met al komt een tweeledig beeld van de toepasbaarheid van KIK-V voor de GGZ-sector naar voren. Enerzijds zijn zowel zorgaanbieders als ketenpartijen positief over de uitgangspunten van KIK-V en er is een sterke behoefte aan initiatieven die bijdragen aan vermindering van administratieve lasten. Anderzijds worden veel uitdagingen en randvoorwaarden gezien voor de toepasbaarheid van KIK-V in de sector. KIK-V lijkt bovendien niet gericht te zijn op de grootste prioriteiten in de sector, die meer liggen bij de administratieve lasten bij behandelaars en het gemeentelijk domein (Wmo en Jeugdwet). De vraag is of KIK-V een passende oplossing biedt voor de vraagstukken die nu in de GGZ aandacht vragen. Ook is de vraag of er op dit moment in de GGZ voldoende draagvlak is om met KIK-V aan de slag te gaan, gezien de inzet die dat van zorgaanbieders zou vragen.

Herbruikbaarheid van gegevens uit operationele proces

De gegevensanalyse van de indicatoren 'suïcides en suïcidepogingen' (jaarlijkse aanlevering IGJ), 'aantal cliënten' en 'aantal medewerkers' (beide Jaarverantwoording DigiMV) geeft een eerste indruk van de herbruikbaarheid van gegevens vanuit operationele processen volgens de KIK-V werkwijze.

De KIK-V werkwijze lijkt goed toepasbaar voor de indicatoren 'aantal cliënten' en 'aantal medewerkers'. KIK-V heeft al gelijksoortige indicatoren geformuleerd. De gevraagde informatie is naar verwachting goed te beantwoorden uit bestaande registraties

in het EPD en personeelssysteem, urenregistratiesysteem en financieel systeem. Ongeveer de helft van de deelnemende instellingen kan deze indicator aanleveren vanuit geregistreerde brongegevens in het HRM-systeem/urenregistratiesysteem. Dit moet uiteraard nog in de praktijk getoetst worden. Er bestaat enige onduidelijkheid over bijvoorbeeld de wijze van bepalen van het aantal medewerkers (per einde jaar of een gemiddelde? Fte's of aantal personen tellen?). KIK-V specificeert de indicatoren 'SMARTer' en kan zodoende onduidelijkheid over de wijze van bepalen van deze indicatoren wegnemen.

De bijdrage van KIK-V voor de indicator 'suïcides en suïcidepogingen' is nog onduidelijk. De huidige steekproef is te klein om conclusies te kunnen trekken. Hoewel KIK-V in beginsel geschikt lijkt voor deze indicator, moeten er wel voldoende zorgorganisaties zijn die de benodigde informatie gestructureerd vastleggen. Het is aan te raden dit nader te onderzoeken.

Op basis van de gegevensanalyse lijkt de huidige werkwijze in de GGZ in de basis aan te sluiten bij KIK-V. De geanalyseerde gegevens uit het operationele proces zijn naar verwachting in principe herbruikbaar volgens de KIK-V werkwijze. Deze indruk is echter gebaseerd op een beperkt aantal indicatoren en instellingen.

7 Aandachtspunten bij KIK-V in de GGZ

De bevindingen uit de nulmeting zijn tijdens een co-creatiesessie besproken met zorgaanbieders en ketenpartijen die hebben deelgenomen aan de verkenning. De aanwezigen gingen met elkaar in gesprek om op basis van de bevindingen mogelijke aanbevelingen voor vervolg te verkennen. De aanbevelingen zijn hieronder uitgewerkt.

1. Alle partijen op één lijn

Een eerste essentiële stap voor de GGZ is zorgen dat alle relevante partijen in beeld zijn en samengebracht worden om landelijke vraagstukken m.b.t. informatie-uitvragen af te stemmen en eventueel te komen tot vervolgacties. Daarbij is belangrijk dat al deze partijen de uitgangspunten van KIK-V onderstrepen en bereid zijn om te werken aan gezamenlijke doelen en afspraken.

2. Focus op doelmatigheid

In de GGZ-sector is bij eventuele implementatie van KIK-V extra aandacht nodig voor doelmatigheid van uitvragen. Hoewel doelmatigheid een van de uitgangspunten van KIK-V is, lijkt in de GGZ behoefte te zijn aan een sterke focus op dit punt. Dit betekent dat eerst gekeken wordt hoe de hoeveelheid uitvragen omlaag kan en hoe specifieke uitvragen teruggebracht kunnen worden tot wat wettelijk noodzakelijk is vanuit primaire processen.

3. Begin klein met afspraken over kerndefinities

De GGZ zou kunnen beginnen met het maken van afspraken met ketenpartijen over enkele kerndefinities. Dit zijn definities die veel gebruikt worden en belangrijke elementen van zorg weergeven, zoals definities van 'unieke cliënt' of 'aanmelddatum'. De inhoudelijke betekenis van de definities wordt door de partijen geformuleerd waarbij deze getoetst kunnen worden aan de KIK-V uitgangspunten. KIK-V kan hier mogelijk aan bijdragen door het uniformeren van definities. Belangrijk is dat partijen samen bepalen welke definities als eerste opgepakt worden. Op deze manier wordt klein begonnen vanuit gezamenlijke en concrete doelstellingen.

4. Laten zien dat het werkt en wat daarvoor nodig is

Het is belangrijk om zorgaanbieders en ketenpartijen inzicht te geven in wat KIK-V hen op kan leveren en welke investering dit vraagt voor zij hiermee aan de slag gaan. Ervaringen en resultaten vanuit andere sectoren kunnen helpen om inzicht te bieden in concrete opbrengsten van KIK-V. Bij de interpretatie van resultaten uit een andere sector moet uiteraard rekening gehouden worden met de specifieke context van de GGZ, zoals de hoeveelheid financieringsstromen en de diversiteit van ggz-aanbieders.

5. Inzetten op terugkoppeling en benchmarking

Terugkoppeling aan zorgaanbieders over informatie-uitvragen is een punt waarop veel verbetering mogelijk lijkt. Wanneer zorgaanbieders (meer) bruikbare informatie terugontvangen nadat zij iets aanleveren bij een ketenpartij, draagt dit bij aan het ervaren nut van informatie-uitvragen. Hierbij verdient benchmarking specifieke aandacht; zorgaanbieders willen graag weten hoe zij het doen ten opzichte van andere zorgaanbieders. Ketenpartijen kunnen

echter ook los van KIK-V meer inzetten op terugkoppeling en benchmarking.

6. Rekening houden met de ontwikkelingen in zorg/ GGZ

Bij toepassing van KIK-V in de GGZ is belangrijk dat rekening gehouden wordt met ontwikkelingen in de zorg en de GGZ om daarop aan te sluiten. Het kan hierbij zowel gaan om ervaringen met eerdere ontwikkelingen om daaruit te leren, als om nieuwe ontwikkelingen waarbij aangesloten kan worden. Voorbeelden hiervan zijn ontwikkelingen rondom het IZA, zibs en benchmarking (zoals vanuit Akwa GGZ).

7. Aandacht voor de grootste administratieve lasten

Uit het verkennend onderzoek komt als bijvangst een beeld naar voren van hoge administratieve lasten bij behandelaars op het gebied van zorginhoudelijke informatie en rondom informatie-uitvragen in de Wmo en Jeugdwet. Het KIK-V programma focust echter niet direct op deze onderwerpen. Het is raadzaam om samen met de partijen die zich hierop richten nader te bekijken in hoeverre KIK-V toepasbaar zou kunnen zijn voor de informatie-uitvragen in de Wmo en Jeugdwet.

Bijlage 1 – Kenmerken deelnemende zorgaanbieders

Tabel 1: Kenmerken deelnemende zorgaanbieders (n=14)

Kenmerk	Waarden	Aantal
Type GGZ-aanbieder	Grote, geïntegreerde instelling	6
	Gespecialiseerde instelling	2
	Psychologenpraktijk	2
	Vrijgevestigde praktijk	2
	Beschermd wonen (Wlz)	1
	Instelling voor verslavingszorg	1
Regio ⁵	West (Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht)	8
	Oost (Gelderland, Flevoland, Overijssel)	6
	Zuid (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg)	3
	Noord (Friesland, Groningen, Drenthe)	2

⁵ Het totaal komt hoger uit dan het aantal deelnemende instellingen (n=14), doordat enkele zorgaanbieders in meerdere regio's actief zijn.

Kenmerk	Waarden	Aantal
Aantal cliënten in zorg (omvang) ⁶	Klein (< 600)	4
	Middel (600-5.000)	3
	Groot (5.000 <)	7
EPD systeem ⁷	Ons (Nedap)	3
	USER (Avinty)	3
	PinkRoccade (mijnQuarant)	2
	Incura	2
	XMcare (NEXUS)	1
	Medicore (Tenzinger)	1
	Oscar	1
	Extenzo	1
	Pluriform Zorg (Adapcare)	1

⁶ Bij instellingen die naast GGZ ook in andere sectoren actief zijn, is alleen naar het aantal ggz-cliënten gekeken.

⁷ Het totaal komt hoger uit dan het aantal deelnemende instellingen (n=14), doordat één zorgaanbieder meerdere EPD's heeft.

Kenmerk	Waarden	Aantal
HR systeem ⁸	Visma Raet	4
	AFAS	4
	SAP	1
	VvAA	1
	n.v.t.	3
Financieel systeem ⁵	AFAS	4
	Visma	3
	Exact	1
	SAP	1
	Eigen systeem	1
	E-boekhouding	1
	n.v.t.	2
BI-tool/ datawarehouse	ValueCare	4
	Power BI voor Microsoft 365	2
	Oracle	1

⁸ Niet van alle zorgaanbieders is bekend welk HR-systeem in gebruik is.

SQL	1
Eigen systeem	1
n.v.t	4

Bijlage 2 – Deelnemende ketenpartijen

Figuur 1. Overzicht van de deelnemende ketenpartijen aan de drie verkenningen (VVT, GGZ en GHZ) tezamen. Voor de verkenning naar de toepasbaarheid van KIK-V in de GGZ is inhoudelijke input opgehaald uit 5 van de 8 interviews, namelijk: Fizi, NZa, Zorgkantoor CZ, Zorgkantoor Zilveren Kruis en ZIN.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Zorginstituut Nederland

Bijlage 3 – Maatregelen borging onderzoekskwaliteit

Borging van onderzoekskwaliteit

Om de kwaliteit van onderzoek te borgen zijn verschillende strategieën gehanteerd:

- In opdracht van VWS en op verzoek van de betreffende branchepartij heeft het Zorginstituut het onderzoek uitgevoerd.
- Er is hebben gewerkt met verschillende manieren van dataverzameling die hielpen om bevindingen te verifiëren en aan te vullen.
- Voor elk van de onderzoeksactiviteiten is een leidraad of plan van aanpak uitgewerkt. Dit is gedaan op basis van bestaande inzichten en met inbreng van meerdere methodologische en inhoudelijke experts.
- Er is een plan opgesteld voor de analyse van onderzoeksgegevens, zodat verzamelde gegevens op een gestructureerde manier konden worden verwerkt. Bij de analyse zijn altijd meerdere onderzoekers betrokken geweest. Bevindingen zijn tussentijds en aan het eind geëvalueerd met het projectteam.
- Door regelmatig terug te koppelen aan betrokken partijen en gebruik te maken van citaten uit nulmetinggesprekken, is zo goed mogelijk aansluiting gezocht bij de praktijk. Door het regelmatig terugkoppelen was het mogelijk om processen tijdig bij te sturen wanneer dit nodig was.
- Tijdens het onderzoek zijn privacy en persoonsgegevens beschermd door te werken volgens de Algemene Verordening

Gegevensbescherming (AVG). Tevens wordt uitgegaan van ethische onderzoeksprincipes van onafhankelijkheid en transparantie van onderzoek en bescherming van de belangen van deelnemers aan het onderzoek. Met de zorgaanbieders is een geheimhoudingsverklaring afgesloten over de ontvangen data.

- Er is zorgvuldig omgegaan met de gevraagde tijd van de ketenpartijen en zorgaanbieders. Er is voor gewaakt om ketenpartijen (personen) onnodig dubbel te bevragen door vooraf met de ketenraadleden van KIK-V af te stemmen wie het beste geïnterviewd kon worden. Indien zorgaanbieders in meerdere sectoren actief waren, is afgestemd met de andere trajecten om mogelijk een en ander te combineren.

Bijlage 4 – Overzicht informatie-uitvragen

Uitvraag	Frequentie	Type
CIBG	1x p/jaar	Maatschappelijke verantwoording met aanlevering van openbare jaarverantwoording via DigiMV
IGJ	2x p/jaar + 1x p/jaar	Registraties van verplichte zorg + kwalitatieve analyse (Wvvggz)
	1x p/jaar	Aantallen suïcides en suïcidepogingen met ernstig schadelijk gevolg
NZa	1x p/maand	Wachttijden
	1x p/half jaar	Zorgvraagtypering met HoNOS+ vragenlijst
	1x p/3 a 5 jaar	Kostprijs- en productieonderzoek
ZIN	1x p/jaar	Cliëntenervaringen via Consumer Quality Index (CQI)
Zorgkantoren	verschillend	Financiële informatie (o.a. prognoses en productie)
	verschillend	Kwaliteitsinformatie
	doorlopend	WachtlIJstgegevens
	verschillend	Materiële controles
Zorgverzekeraars	verschillend	Informatie in relatie tot contractering
	verschillend	Productie monitoring (incl. Uniforme Productie monitor)
	verschillend	Informatie in relatie tot inkoopafspraken en verantwoording

Uitvraag	Frequentie	Type
Uitvragen van branche- en beroepsverenigingen	verschillend, vaak ad hoc	Bijv. dNggz, LVVP, platform MeerGGz
Certificaten, keurmerken en opleidingen	verschillend, eens per jaar/ meerdere jaren	Bijv. HKZ, Basis GGZ, TOP-GGZ
Resterende uitvragen	verschillend	o.a. CBS, LADIS, Gmap

Bijlage 5 – Woordenlijst

Afsprakenset: een verzameling afspraken tussen de deelnemende partijen over de onderlinge gegevensuitwisseling, onder meer over te hanteren definities, momenten van uitwisseling, informatieveiligheid en te gebruiken techniek. Ook worden er afspraken gemaakt over de manier waarop de uitvragende partijen de gegevens gebruiken en hoe zij hierover terugkoppelen.

Clïënt: persoon die gebruik maakt van de geleverde zorg.

Gegevensuitwisseling: het verstrekken en ontvangen van gegevens tussen een zorgaanbieder en een ketenpartij.

Indicator: een bepaald meetbaar onderwerp.

Informatie-uitvragen: uitvragen waar informatie wordt opgevraagd.

Ketenpartij: organisatie die informatie uitvraagt bij de zorgaanbieder op basis van een wettelijke taak.

KIK-V werkwijze: organisatie van gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en ketenpartijen waarbij gebruik wordt gemaakt van een afsprakenset, modelgegevensset en uitwisselprofielen.

Koplopers: zorgaanbieders die als eerste aan de slag gaan met de implementatie van KIK V.

Modelgegevensset: hierin is vastgelegd welke soort gegevens zorgaanbieders moeten gebruiken en/of registreren en met welke gegevenselementen landelijke ketenpartijen rekening moeten houden bij het beantwoorden van hun vragen (de informatiebehoefte).

Nulmeting: inventarisatie van de huidige situatie van een sector.

Ontologie: een technische vertaling van de modelgegevensset. Ontologie wordt gebruikt om de samenhang en overlap tussen de verschillende gegevens in kaart te brengen.

Uitwisselprofiel: iedere ketenpartij kan gegevens opvragen op grond van een eigen uitwisselprofiel. Dit profiel beschrijft hoe de ketenpartij omgaat met de aangeleverde gegevens, waarvoor deze gegevens gebruikt worden en op welke manier de zorgaanbieder een terugkoppeling krijgt.

Zorgaanbieder: organisatie die zorg levert en heeft deelgenomen aan de nulmeting bij deze verkenning.