

Verkenning toepasbaarheid KIK-V in de VVT-sector



VAN VERPLEEGHUISZORG NAAR DE GEHELE VVT?



Verkenning toepasbaarheid KIK-V in de VVT-sector

Uitkomsten KIK-V verkenning in de VVT-sector juli 2023

Docnr: 2023019711

Programma (KIK-V) Projectteam Zorginstituut Nederland:

- Mw. W. Kuijer
- Mw. M.E. Olthof
- Mw. E. Piller
- Mr. W. Sniekers
- Mr. M. Henry (cartoons)

Contact: verkenningenkikv@zinl.nl

Voorwoord

Zorginstituut Nederland (ZIN) voert in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en op verzoek van branchevereniging ActiZ een verkenning uit naar de toepasbaarheid van KIK-V in de gehele verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT). Gedurende deze verkenning zijn belanghebbende partijen uit de VVT-sector op verschillende niveaus – van informeren tot participeren – aangehaakt.

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 VVT-sector.

Dit document presenteert de bevindingen van de Verkenning KIK-V in de VVT-sector. In november 2022 is de nulmeting voor deze verkenning gestart. Deze nulmeting bracht de huidige gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en uitvragende ketenpartijen in kaart en de mogelijke toepasbaarheid van KIK-V binnen de VVT. Hiervoor hebben tussen november 2022 en mei 2023 gesprekken plaatsgevonden met dertien zorgaanbieders en acht ketenpartijen. Tijdens een daaropvolgende co-creatiesessie zijn de opgehaalde bevindingen besproken om vervolgens met de deelnemers aanbevelingen te formuleren voor eventuele vervolgstappen. Deze bevindingen en aanbevelingen zijn gebundeld in dit bevindingenrapport.

Het projectteam dankt de zorgaanbieders en ketenpartijen voor hun deelname en bijdrage aan deze verkenning naar de toepasbaarheid van KIK-V in de VVT-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	6	3.3 Zorginkoop & materiële controle Zorgverzekeraars	28
1 Inleiding	9	3.4 Zorginkoop Zorgkantoren	39
1.1 Het programma KIK-V	9	3.5 PREM Zorginstituut Nederland	39
1.2 Toepasbaarheid van KIK-V in andere sectoren	9	3.6 Belastbaarheid mantelzorg Zorginstituut Nederland	43
1.3 Onderzoeksvragen en scope	10	3.7 Inspectiebezoek Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	44
1.4 Betrokken partijen	10	3.8 Overige informatie-uitvragen	45
1.5 Leeswijzer	11	4 Meerwaarde en toepasbaarheid KIK-V	49
2 Methode	12	4.1 Visie op uitgangspunten en principes KIK-V	49
2.1 Fasering en methoden onderzoek	12	4.2 Verbreding KIK-V werkwijze Kansen & uitdagingen	51
2.2 Verloop onderzoek	13	4.3 Verbreding KIK-V werkwijze Behoeften & benodigdheden	54
2.3 Verwerking resultaten	14	5 Registratieproces indicatoren in beeld	59
3 Bevindingen huidige situatie gegevensuitwisseling	15	5.1 'Aantal medewerkers' JMV (CIBG)	59
3.1 Algemene bevindingen gegevensuitwisseling	15	5.2 'Aantal cliënten' JMV (CIBG)	60
3.2 Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) CIBG	22	5.3 'PREM' Kwaliteitskader Wijkverpleging (ZIN)	60

5.4 'Belastbaarheid Mantelzorg' Kwaliteitskader Wijkverpleging (ZIN)	61
6 Conclusie	64
7 Aandachtspunten bij KIK-V in de VVT	67
Bijlage 1 – Kenmerken deelnemende zorgaanbieders	71
Bijlage 2 – Deelnemende ketenpartijen	75
Bijlage 3 - Maatregelen borging onderzoekskwaliteit	76
Bijlage 4 – Woordenlijst	77

Samenvatting

Inleiding

Om bij te dragen aan het verbeteren van kwaliteit van zorg en aan vermindering van administratieve lasten is in 2018 het programma KIK-V gestart in de verpleeghuiszorgsector. Binnen KIK-V maken ketenpartijen afspraken over gegevensuitwisseling in de verpleeghuiszorg. Het doel is om de uitwisseling van kwaliteits- en bedrijfsvoeringinformatie te stroomlijnen, nieuwe uitvragen beter af te stemmen en gegevens meer te hergebruiken. 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. In andere zorgsectoren is men immers ook op zoek naar manieren om administratieve lasten te verlichten. Om inzicht te krijgen in de toepasbaarheid en meerwaarde van een KIK-V voor andere zorgsectoren, zijn medio 2022 parallel aan elkaar drie verkennende onderzoeken gestart binnen drie zorgsectoren: 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 bevindingen, conclusies en aanbevelingen van de verkenning in de VVT-sector. Binnen de scope van deze verkenning valt zorg die verleend wordt in het kader van wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en

eerstelingsverblijf (ELV). Verpleeghuiszorg valt voor deze verkenning buiten de scope, aangezien dat de scope is van het huidige programma KIK-V.

In de verkenning staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

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

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

Methode

Na deskresearch en een stakeholderanalyse is in november 2022 de nulmeting bij deze verkenning gestart. Er zijn gesprekken gevoerd met dertien zorgaanbieders en acht ketenpartijen, in de periode tot en met mei 2023. 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, registreren en aanleveren. Daarnaast werd geïnventariseerd in hoeverre een KIK-V- werkwijze meerwaarde kan hebben voor de VVT en wat ervoor nodig is om in deze sector tot implementatie van een KIK-V werkwijze te komen.

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 viertal indicatoren: aantal medewerkers, aantal cliënten, PREM en

Belastbaarheid Mantelzorg. 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. Hen is gevraagd om gezamenlijk tot aanbevelingen te komen voor een eventueel vervolg van KIK-V in de VVT-sector, uitgaande van deze bevindingen.

Bevindingen

Uitgaande van bovenstaande onderzoeksvragen zijn de volgende bevindingen opgehaald:

Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de VVT?

Zorgaanbieders lopen momenteel tegen een aantal overkoepelende knelpunten aan bij de informatie-uitvragen van ketenpartijen, namelijk:

- het ontbreken van terugkoppeling op aangeleverde gegevens, waardoor het doel en nut van de uitvraag onduidelijk is;
- het inhoudelijk overlappen van informatie-uitvragen van verschillende ketenpartijen;
- het gebrek aan uniforme en eenduidige definities, wat leidt tot veel zoekwerk, onduidelijkheid en het vergelijken met ongelijke eenheden.

De informatie-uitvragen van zorgverzekeraars in het kader van zorginkoop en contractering voor Zvw-zorg en de informatie-uitvraag JMV (DigiMV) van het CIBG worden door alle zorgaanbieders beschouwd als grootste bron van administratieve lasten. Deze uitvragen zien zij als goed aanknopingspunt voor KIK-V. Tot slot zien meerdere zorgaanbieders (hoewel de Wmo buiten scope van deze verkenning valt) de verantwoordingsplicht rondom de zorg en ondersteuning vanuit de Wmo als andere

grote bron van administratieve lasten. Meerdere zorgaanbieders spraken de wens uit om de Wmo in de toekomst mee te nemen in de verbreding van KIK-V.

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

Bijna alle deelnemers zien de KIK-V werkwijze als het ideale plaatje. Zorgaanbieders denken dat de VVT-sector veel baat gaat hebben bij gezamenlijke afspraken over en afstemming tussen informatie-uitvragen om de gegevensuitwisseling te stroomlijnen. Zowel de ketenpartijen als zorgaanbieders denken dat KIK-V kan bijdragen aan het verminderen van de administratieve lasten, het vergroten van de representativiteit van de aangeleverde gegevens en het eenvoudiger aanleveren van de gevraagde gegevens. Dat zal volgens meerdere zorgaanbieders een hoop frustraties wegnemen.

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

Alle zorgaanbieders hebben aangegeven behoefte te hebben aan goede persoonlijke begeleiding bij de implementatie van KIK-V. Om de eigen informatiehuishouding op orde te krijgen is voldoende interne capaciteit en kennis nodig. Hier moeten financiële middelen voor vrijgemaakt worden. Tot slot noemden ze is het belang van commitment op bestuurlijk niveau om de hele organisatie mee te krijgen.

Conclusies

Zowel de deelnemende zorgaanbieders als ketenpartijen staan positief tegenover de uitgangspunten en reageren enthousiast op de verbreding van KIK-V naar de gehele VVT-sector. De KIK-V

werkwijze spreekt de zorgaanbieders vooral aan omdat zij denken dat de VVT-sector veel baat gaat hebben bij gezamenlijke afspraken over en afstemming tussen informatie-uitvragen om de gegevensuitwisseling te stroomlijnen. Het ontwikkelen van duidelijke en eenduidige definities wordt gezien als belangrijk pluspunt, aangezien het de uniformiteit tussen uitvragen vergroot en interpretatieverschillen wegneemt.

Ketenpartijen en zorgaanbieders denken dat KIK-V kan bijdragen aan het verminderen van de administratieve lasten, het vergroten van de representativiteit van de aangeleverde gegevens en het eenvoudiger aanleveren van de gevraagde gegevens. De verwachting is dat het draagvlak voor verbreding naar de VVT-sector groot is. Wel benoemen de zorgaanbieders en ketenpartijen een aantal uitdagingen voor deze verbreding, zoals het betrekken en op één lijn krijgen van alle betrokken partijen en het in huis hebben van voldoende capaciteit, kennis en kunde. Tot slot is de wens uitgesproken niet alleen te verbreden naar de VVT-sector, maar ook naar andere sectoren, waaronder meer de Wmo.

Aanbevelingen

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

1. Besteed aandacht aan de noodzaak van informatie-uitvragen en bepaal welke informatievragen echt nodig zijn. Maak hierbij onderscheid tussen need to know en nice to know.
2. Focus op het organiseren van commitment van alle betrokken partijen voor de verbreding naar de VVT-sector.

3. Zet als eerste in op het oppakken van de informatie-uitvraag JMV (DigiMV) en de informatie-uitvragen vanuit zorgverzekeraars in het kader van contractering en materiële controle.
4. Verken en onderzoek de mogelijkheden om de Wmo mee te nemen in de verbreding van KIK-V.
5. Maak duidelijke keuzes in de wijze van berekenen om tot vergelijkbare informatie tussen zorgaanbieders te komen.
6. Vergroot gelijkwaardigheid tussen zorgaanbieders en uitvragende partijen door wederkerigheid en transparantie: creëer informatiestromen in beide richtingen.
7. Verken het toekennen van certificering aan softwareleveranciers die betrokken zijn bij KIK-V.
8. Zet in op het aanhaken van kleine zorgaanbieders bij KIK-V.

1 Inleiding

1.1 Het programma KIK-V

Het verbeteren van kwaliteit van zorg en verminderen van administratieve lasten blijven belangrijke ambities voor alle sectoren van de gezondheidszorg. In 2018 is het programma KIK-V van start gegaan in de verpleeghuiszorg om hieraan een nieuwe impuls te geven. Binnen het programma KIK-V maken ketenpartijen afspraken over het vaststellen en uitwisselen van informatie in de verpleeghuiszorg. Het doel van KIK-V is het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteits- en bedrijfsvoeringsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van gegevens.

Bij de aanvang van KIK-V zijn voor de verpleeghuissector verkennende activiteiten uitgevoerd, waaronder een analyse van gegevensstromen en actoren, stakeholderanalyse, bestuurlijke gesprekken over wensen en behoeften, en een nulmeting met verschillende typen zorgmedewerkers om de werkwijze en pijnpunten rondom gegevensuitwisseling in kaart te brengen. Aan de hand van de nulmeting zijn bevindingen opgesteld die als vertrekpunt dienden voor KIK-V. Dergelijk verkennend onderzoek kan ook in andere sectoren helpen om inzicht te krijgen in de huidige werkwijze en pijnpunten bij gegevensuitwisseling en de mogelijke toepasbaarheid van KIK-V.

1.2 Toepasbaarheid van KIK-V in andere sectoren

Tot nu toe richt het programma KIK-V zich op de verpleeghuiszorg. Vanuit andere zorgsectoren is echter ook interesse voor de KIK-V werkwijze. Deze werkwijze is mogelijk relevant voor zowel de volledige verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) als voor andere zorgsectoren, waar men ook manieren zoekt om administratieve lasten te verlichten. Uitbreiding van KIK-V naar andere zorgsectoren kan daarnaast een positief effect hebben op de implementatiebereidheid van KIK-V onder ketenpartijen en zorgaanbieders.

Schaalvergroting kan het doorvoeren 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. Dit gaf ActiZ aanleiding om het Ministerie van VWS te vragen een verkenning te doen van KIK-V in de gehele VVT-sector. Medio 2022 is een verkennend onderzoek gestart in deze sector. Parallel aan deze VVT-verkenning hebben soortgelijke verkenningen plaatsgevonden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de gehandicaptenzorg (GHZ). In deze onderzoeken is voor elk van deze sectoren de huidige situatie rondom gegevensuitwisseling en de toepasbaarheid van de KIK-V in kaart gebracht.

1.3 Onderzoeksvragen en scope

De hoofdvraag voor deze verkenning is:

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

Deze hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende subvragen:

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

De kaders van de verkenning werden gevormd door de volgende uitgangspunten:

- *Synergie*: Tijdens de uitvoering van deze verkenning is aansluiting gezocht met de verkenningen die gelijktijdig plaatsvonden in de GGZ 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.
- *Scope verkenning KIK-V in de VVT*: Deze verkenning richt zich op de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Binnen deze sector is het volgende zorgaanbod meegenomen in de scope: wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en eerstelijnsverblijf (ELV).

- *Domeinen buiten scope*: Zorg in het kader van verpleeghuiszorg is voor aanvang van deze verkenning al buiten de scope geplaatst, aangezien dit de scope is van het huidige programma KIK-V. In afstemming met de werkgroepleden (zie [paragraaf 1.4](#)) is besloten de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP), Wmo en Jeugdwet voor deze verkenning buiten de scope te laten om de omvang van het onderzoek haalbaar te houden. Belangrijke bevindingen over deze domeinen zijn wel als bijvangst meegenomen in deze rapportage.

1.4 Betrokken partijen

Deze verkenning is uitgevoerd door het onderzoeksteam KIK-V van Zorginstituut Nederland (ZIN) in opdracht van VWS (directie Langdurige Zorg). In de uitvoering is nauw samengewerkt met de branchepartijen voor de VVT-sector: ActiZ en Zorgthuisnl. Vertegenwoordigers van VWS, ActiZ en Zorgthuisnl hebben deelgenomen aan het afstemmingsoverleg over de voortgang van deze verkenning. Daarnaast heeft er maandelijks werkgroepoverleg plaatsgevonden om het projectteam van de verkenning te ondersteunen. Hieraan hebben vertegenwoordigers van ActiZ, Zorgthuisnl en ZIN (teams Langdurige Zorg en Procesondersteuning, afdeling Zorg) deelgenomen. De werkgroepleden hebben inhoudelijk input geleverd, bijgedragen aan het benaderen en werven van deelnemers en gecommuniceerd naar hun achterban over de uitvoering van de verkenning.

1.5 Leeswijzer

In dit hoofdstuk is de introductie en aanleiding van dit verkennende onderzoek aan bod gekomen. Hoofdstuk 2 beschrijft de gehanteerde onderzoeksmethoden en het verloop van het onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt inzicht gegeven in de structurele informatie-uitvragen in de VVT-sector en worden de bevindingen gepresenteerd over de huidige gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en ketenpartijen. Hoofdstuk 4 gaat in op de verwachte kansen, uitdagingen en meerwaarde van de toepassing van KIK-V in de VVT-sector en beschrijft welke behoeften en benodigdheden zorgaanbieders en ketenpartijen hebben om met KIK-V aan de slag te gaan. 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 vier indicatoren; aantal medewerkers, aantal cliënten, PREM en Belastbaarheid Mantelzorg. Hoofdstuk 5 beschrijft de uitkomsten van deze analyse. In hoofdstuk 6 staan de conclusies van de verkenning en wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. De aanbevelingen van zorgaanbieders en ketenpartijen om met KIK-V aan de slag te gaan in de VVT staan in hoofdstuk 7.

2 Methode

De onderzoeksvragen zoals beschreven in het vorige hoofdstuk 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 en methoden onderzoek

De verkenning is uitgevoerd in de periode augustus 2022 tot en met juli 2023. Tijdens de verkenning zijn vijf fases doorlopen, met verschillende onderzoeksmethoden:

1. *Contouren schetsen*: Tijdens deze fase is met deskresearch en een stakeholderanalyse informatie over de sector en (verplichte) gegevensuitwisseling in kaart gebracht in de VVT. Tijdens deze fase is ook de scope van het onderzoek vastgesteld in samenspraak met de branchepartijen en VWS.
2. *Nulmeting ketenpartijen en zorgaanbieders*: In de nulmeting is de huidige situatie rond gegevensuitwisseling in kaart gebracht via interviews met zorgaanbieders en ketenpartijen. Hierdoor ontstaat een beeld van de werkwijze bij registreren, verzamelen en aanleveren van gegevens voor reguliere informatie-uitvragen en eventuele pijnpunten. Voor de ketenpartijen werden, omwille van de efficiëntie en indien mogelijk, interviews voor de drie verkenningen gecombineerd. Tijdens de interviews is ook informatie opgehaald over het

registratieproces van vier specifieke indicatoren en hoe de zorgaanbieders vanuit deze registraties tot berekening van de betreffende indicatoren komen, namelijk:

- a. Aantal cliënten (Jaarmaatschappelijke Verantwoording¹ (JMV) in DigiMV);
 - b. Aantal medewerkers (Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) in DigiMV);
 - c. Patient reported experience measure (PREM, onderdeel Kwaliteitskader Wijkverpleging);
 - d. Belastbaarheid Mantelzorg (onderdeel Kwaliteitskader Wijkverpleging).
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 er volgens hen nodig is voor de VVT-sector 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, op basis van de bevindingen 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 toepasbaarheid KIK-V is deze eindrapportage opgesteld, waarin de antwoorden op de onderzoeksvragen zijn beschreven.

¹ Sinds 2023 heeft de Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) een andere naam, namelijk Jaarverantwoording in de Zorg (JVZ)

2.2 Verloop onderzoek

De verkenning is uitgevoerd in de periode augustus 2022 tot en met juli 2023. Hieronder wordt nadere toelichting gegeven over het verloop en de deelnemers van specifieke onderzoeksonderdelen.

Interviews met zorgaanbieders

Werving voor deze interviews heeft plaatsgevonden via de vertegenwoordigers van de brancheverenigingen uit de werkgroep en via het netwerk van het programma KIK-V. De deelnemende zorgaanbieders zijn geworven op basis van diversiteit in zorgaanbod (wijkverpleging, GRZ en ELV), regionale spreiding, cliëntaantallen en ECD-software. Na de aanmelding en selectie was definitieve deelname afhankelijk van beschikbaarheid en bereidheid tot deelname in de periode van dataverzameling.

In het kader van fase 2 en 3 zijn dertien zorgaanbieders in de VVT-sector geïnterviewd. Een aantal van deze zorgaanbieders is al bekend of actief bezig met de implementatie van KIK-V, voor andere zorgaanbieders was KIK-V nog geheel onbekend. Onder deze deelnemers zijn tevens zorgaanbieders die ook zorg leveren in andere sectoren dan de VVT-sector. Per zorgaanbieder is tijdens het interview gesproken met één of meer medewerkers met diverse rollen/functies binnen de organisatie. Kenmerken van de deelnemende zorgaanbieders op het gebied van regionale spreiding, omvang, zorgaanbod, en softwarepakketten zijn opgenomen in Bijlage 1.

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 zeven interviews met ketenpartijen inhoudelijk relevant voor deze verkenning in de VVT-sector, namelijk: Fizi beroepsvereniging zorgfinancials, NZa, Zorgkantoor Zilveren Kruis, Zorgkantoor CZ, IGJ, ZIN en het Ministerie van VWS. De ketenpartijen zijn geselecteerd op basis van de mate waarin zij een rol hebben in of zicht hebben op gestructureerde informatie-uitvragen in de VVT. Deelname was ook afhankelijk van beschikbaarheid en bereidheid om deel te nemen. Helaas is het niet gelukt om binnen de periode van dataverzameling (fase 2 en 3) interviews te plannen met één of meer zorgverzekeraars in het kader van Zvw-zorg.

Uitdieping registratieproces indicatoren

Op basis van de opgehaalde input uit de dertien interviews van fase 2 en 3 met zorgaanbieders heeft er een analyse plaatsgevonden om het registratieproces in kaart brengen van de eerdergenoemde vier indicatoren. Op basis van deze analyse is voor de vier indicatoren een advies opgesteld voor de toepasbaarheid van KIK-V voor de registratie en aanlevering van deze indicatoren.

Co-creatie sessie

Als onderdeel van fase 4 heeft er een co-creatiesessie plaatsgevonden met zorgaanbieders en ketenpartijen die aan de interviews uit fase 2 en 3 hadden deelgenomen. De bevindingen uit de interviews met zorgaanbieders en ketenpartijen vormden de basis voor de thematische invulling van de co-creatiesessie. Naast een plenair gedeelte voor de deelnemers van de drie verkenningen samen, was er per verkenning een verdiepend onderdeel waarin de bevindingen zijn gepresenteerd. Op basis van deze bevindingen hebben de deelnemers aanbevelingen en

prioriteiten geformuleerd voor het verwezenlijken van de verbreding van KIK-V naar de gehele VVT-sector. Deze aanbevelingen en prioriteiten zijn vervolgens verwerkt in de eindrapportage.

2.3 Verwerking resultaten

De deelnemers hebben tijdens de verschillende fases van deze verkenning 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 de 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 deelnemers

Verder komen er in dit rapport een aantal afkortingen voor:

- **VVT** – Verpleging, verzorging en thuiszorg
- **GGZ** – Geestelijke gezondheidszorg
- **GHZ** – Gehandicaptenzorg
- **GRZ** – Geriatrische revalidatiezorg

- **ELV** – Eerstelijns verblijf
- **GZSP** – Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen
- **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 Bevindingen huidige situatie gegevensuitwisseling

In dit hoofdstuk worden de bevindingen over de huidige gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en ketenpartijen besproken. Allereerst komen de algemene bevindingen aan bod. Vervolgens worden de bevindingen per informatie-uitvraag toegelicht.

3.1 Algemene bevindingen gegevensuitwisseling

Structurele informatie-uitvragen in de VVT-sector

Op basis van de interviews met zorgaanbieders en ketenpartijen is een inventarisatie gemaakt van de structurele informatie-uitvragen van ketenpartijen aan zorgaanbieders in de VVT-sector. Het overzicht van deze informatie-uitvragen staat weergegeven in Tabel 1. Per informatie-uitvraag zijn de volgende elementen in kaart gebracht: frequentie, vragende ketenpartij, doel van de uitvraag en de aanleverwijze.

Bij het afhandelen van deze informatie-uitvragen zijn per informatie-uitvraag en per zorgaanbieder vaak verschillende medewerkers betrokken. Voor alle informatie-uitvragen samen gaat het bij de deelnemende zorgaanbieders om de volgende type medewerkers in verschillende rollen:

- Beleidsmedewerkers
- Financial-/business controllers
- HR-medewerkers
- Zorgverkopers
- Administratief medewerkers
- Zorgpersoneel en -managers
- Servicemedewerkers
- Bestuurders en directeurs
- Accountants
- Leden RvB en RvT
- Leden cliëntenraad

Hieronder volgt een aantal overkoepelende bevindingen. Ze gelden niet voor één specifieke informatie-uitvraag, maar hebben een overkoepelend karakter bij de huidige wijze van gegevensuitwisseling tussen ketenpartijen en zorgaanbieders in de VVT-sector.

Tabel 1. Overzicht van de structurele informatie-uitvragen van ketenpartijen aan zorgaanbieders in de VVT-sector

Informatie-uitvraag	Frequentie	Ketenpartij	Doel uitvraag	Aanleverwijze
1 Jaarmaatschappelijke verantwoording (JMV)	1x per jaar	CIBG	Jaarlijkse verantwoording	Portal DigiMV
2 Inkoop en contractering	1x per jaar/ variabel ²	Zorgverzekeraars	Zorginkoop d.m.v. afsluiten contracten voor Zvw-zorg	Vecozo, e-mail
3 Materiële controle	Variabel	Zorgverzekeraars	Controle op rechtmatigheid en doelmatigheid gedeclareerde zorg	Beveiligd portal zorgverzekeraar, e-mail
4 Inkoop en contractering	1x per jaar/ variabel ²	Zorgkantoren	Zorginkoop d.m.v. afsluiten contracten voor Wlz-zorg	Vecozo, e-mail
5 Voorbereiding inspectiebezoek	Variabel ³	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	Ophalen benodigde informatie ter voorbereiding op het inspectiebezoek	Mail
6 Patient reported experience measure (PREM) – Kwaliteitskader Wijkverpleging	1x per jaar	Zorginstituut Nederland (ZIN)	Inzichtelijk maken cliëntervaringen met ontvangen zorg Berekening NPS	Mediquest
7 Belastbaarheid Mantelzorg – Kwaliteitskader Wijkverpleging	1x per jaar	Zorginstituut Nederland (ZIN)	Inzichtelijk maken aantal mantelzorgers, vormen van mantelzorg en mate van (over)belasting	Mediquest

² De frequentie kan verschillen tussen zorgverzekeraars en hangt af van de looptijd van een contract. Hetzelfde geldt voor zorgkantoren.

³ Voor de uitvraag van de IGJ is een inspectiebezoek bepalend voor de frequentie. Hier zit geen vast patroon in en dit kan per zorgaanbieder dus verschillen.

Nauwelijks tot geen specifieke informatie-uitvragen voor GRZ en ELV

Uit de gesprekken met ketenpartijen en zorgaanbieders blijkt dat er weinig tot geen informatie-uitvragen zijn specifiek voor de GRZ en ELV. Vragen over deze zorgonderdelen worden vaak opgenomen in vragenlijsten voor de Zvw, waardoor er in één vragenlijst vragen over wijkverpleging, GRZ en ELV opgenomen zijn. Dit geldt onder andere voor informatie-uitvragen van zorgverzekeraars. Vragen over de GRZ en ELV zijn veelal verwerkt in een vragenlijst die met name gericht is op de wijkverpleging.

"Voor de ELV hoeven we eigenlijk niets aan te leveren. Voor de GRZ wordt wel het een en ander opgevraagd, maar dat is wel veel minder dan voor de wijkverpleging. De vragenlijsten zijn met name gericht op wijkverpleging. Grote zorgverzekeraars hebben een gecombineerde vragenlijst, waarin een aantal vragen staan over de GRZ en ELV. Maar minimaal 70% gaat over de wijkverpleging." - Zorgaanbieder

Doel informatie-uitvragen vaak onbekend door gebrek aan inhoudelijke terugkoppeling en transparantie

Alle zorgaanbieders geven aan bij bijna alle informatie-uitvragen geen enkele vorm van inhoudelijke terugkoppeling te ontvangen. Terugkoppeling blijft vaak beperkt tot een ontvangstbevestiging. Door het gebrek aan terugkoppeling hebben zorgaanbieders geen zicht op wat er met de aangeleverde gegevens gebeurt.

"We geven geen oordeel van goed of fout, maar ook geen ontvangstbevestiging. Die krijgt de zorgaanbieder via Mediquest na invoer in hun portaal. Voor de verpleeghuiszorg wordt een overall rapportage gemaakt met informatie over de sector. [...] De terugkoppeling binnen de wijkverpleging wordt momenteel besproken." - Ketenpartij

"We hebben niet het idee dat er echt wat met de aangeleverde informatie wordt gedaan. Vaak krijgen we überhaupt geen terugkoppeling over de aanlevering." - Zorgaanbieder

"In het voor- en najaar vindt er bestuurlijk overleg plaats met de meeste zorgaanbieders. Er wordt echter geen formele terugkoppeling gegeven over de aangeleverde gegevens." - Ketenpartij

Door het uitblijven van reactie en inhoudelijke terugkoppeling hebben zorgaanbieders geen goed beeld van de noodzaak en het doel van de uitvragen. Zij geven aan niet altijd het nut in te zien en twijfelen daardoor of de uitvraag wel zinvol is.

"Soms heb je het idee dat er wel veel gecontroleerd en opgevraagd wordt, terwijl het niet nodig is. Is het echt zinvol om het op te vragen en doen ze er überhaupt wat mee?" - Zorgaanbieder

"Ik heb geen zicht op wat er gebeurt met de data die wij aanleveren. Dus vind ik het nutteloos en een verspilling van geld en tijd." - Zorgaanbieder

Het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan dat bij de meeste informatie-uitvragen inzicht in nut en doel van de uitvragen ontbreekt. Dit kan ertoe leiden dat zorgaanbieders deze onwetendheid meenemen in het verzamelen van de benodigde gegevens.

"Organisaties gaan nu zelf nadenken over wat ermee gebeurt en op basis daarvan vullen ze gegevens in. Als je alleen maar appels wilt, dan is het wel van belang dat duidelijk is wat er met die gegevens gebeurt. Anders krijg je een hele fruitmand." - Zorgaanbieder

Volgens meerdere zorgaanbieders kan inzicht in het doel en nut van de uitvragen stimuleren om met de aanlevering van de benodigde gegevens aan de slag te gaan.

"Het kan helpen om te laten zien wat ermee wordt gedaan. Als men daar aandacht aan gaat besteden dan zal je zien dat er heel veel dingen uitgevraagd worden waar niets mee wordt gedaan. Als blijkt dat het aanleveren van bepaalde gegevens nuttig is, dan hebben we meer motivatie om het te doen." - Zorgaanbieder

Gebrek duidelijke uniforme definities leidt tot vergelijken appels en peren

Tijdens de interviews benoemden meerdere zorgaanbieders het gebrek aan duidelijke uniforme definities in de informatie-uitvragen van ketenpartijen als pijnpunt. Daarbij zitten er ook verschillen in definities tussen uitvragen. Deze verschillende en onduidelijke formuleringen leiden volgens zorgaanbieders tot interpretatieverschillen en subjectiviteit van de aangeleverde data. Dat maakt het volgens hen moeilijk om gegronde conclusies te trekken en data met elkaar te vergelijken.

"Voor verzuim kan bijvoorbeeld gerekend worden met werkdagen en kalenderdagen. Het zijn verschillende eenheden, dus je zit zo snel naar appels en peren te kijken." - Zorgaanbieder

"Wat wordt er nou eigenlijk bedoeld en opgevraagd? Dat is niet altijd duidelijk. Als alle aanbieders dit niet precies weten en hun eigen interpretaties hebben, dan kan je toch nooit eenduidige informatie ontvangen?" - Zorgaanbieder

"Het is heel interpretatiegevoelig, de informatie kan je niet altijd makkelijk vergelijken; het is naar eigen interpretatie gedaan en met data uit verschillende bronnen, ik betwijfel zelf de optelsom van al die waarden. Als je aan de voorkant stroomlijnt en uniformeert, kun je het ook vergelijken" - Ketenpartij

Dit punt is door meerdere zorgaanbieders specifiek toegewezen aan de Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) via DigiMV van het CIBG. Door het gebrek aan uniforme definities is legitiem benchmarken met de openbare JMV-cijfers volgens zorgaanbieders niet mogelijk. Voor verdere toelichting, zie [paragraaf 3.2](#).

Informatie-uitvragen van ketenpartijen vertonen overlap op inhoud

Meerdere zorgaanbieders hebben als knelpunt aangegeven dat informatie-uitvragen van diverse ketenpartijen overlappen op inhoud; de informatie-uitvragen bevatten dezelfde vragen, soms precies hetzelfde, soms net anders geformuleerd. Volgens de zorgaanbieders is deze overlap het gevolg van versnippering en het gebrek aan afstemming tussen ketenpartijen. Deze overlap levert niet alleen dubbel werk op, maar resulteert ook in frustratie en irritatie bij zorgaanbieders.

"Eigenlijk ben je steeds alles dubbel aan het doen, omdat er op meerdere plekken dezelfde informatie wordt opgevraagd, die ik dan al ergens anders heb ingevuld en die data zijn zelfs openbaar." - Zorgaanbieder

"De uitvragen zijn niet erg op elkaar afgestemd, en ik doel dan vooral op de inhoud van de uitvragen. We krijgen vaker dezelfde vraag, maar dan net weer wat anders geformuleerd. Dan krijg je ook die interpretatieverschillen, maar ook irritatie." - Zorgaanbieder

Gegevens voor externe informatie-uitvragen worden weinig gebruikt voor interne doeleinden

Bijna alle zorgaanbieders maken over het algemeen nauwelijks tot geen gebruik van de gegevens die zij moeten verzamelen en aanleveren voor externe informatie-uitvragen. De zorgaanbieders beschouwen de verzamelde gegevens als niet-relevant voor interne sturingsinformatie; de gegevens voor externe informatie-uitvragen voegen niets toe aan de gegevens die de zorgaanbieders zelf al uit dezelfde systemen (ECD, HRM, finance, BI-tooling) halen voor interne sturingsdoeleinden.

*"Ik kan wel wat met cijfers, maar niet met deze cijfers."
- Zorgaanbieder*

*"De externe aanleveringen doen we als moetje. We hebben een eigen managementinformatiesysteem, die ons alle informatie verstrekt die wij willen. De externe aanleveringen voegen hier niets aan toe." -
Zorgaanbieder*

De PREM is door meerdere zorgaanbieders wel aangemerkt als nuttige uitvraag in het kader van leren en ontwikkelen. De inzichten op het gebied van cliënttevredenheid vormen een leerzame informatiebron. Voor verdere toelichting, zie [paragraaf 3.5](#).

Benodigde tijdsinvestering voor afhandelen informatie-uitvragen onduidelijk

Geen van de deelnemende zorgaanbieders kan een inschatting geven van de benodigde tijdsinvestering voor alle uitvragen

tezamen. Het is volgens hen lastig om hier een totaalbeeld van te krijgen door de vele structurele en ad-hoc uitvragen, de verschillende betrokken medewerkers en de verschillende momenten waarop de uitvragen spelen. De ingezette uren zijn versnipperd over verschillende medewerkers over het jaar heen. Dat is niet te vatten in een vaste tijdsindicatie. Alle zorgaanbieders zijn echter wel in de veronderstelling dat het te veel tijd vraagt; tijd die ze bij voorkeur aan andere zaken besteden, zoals de zorg zelf.

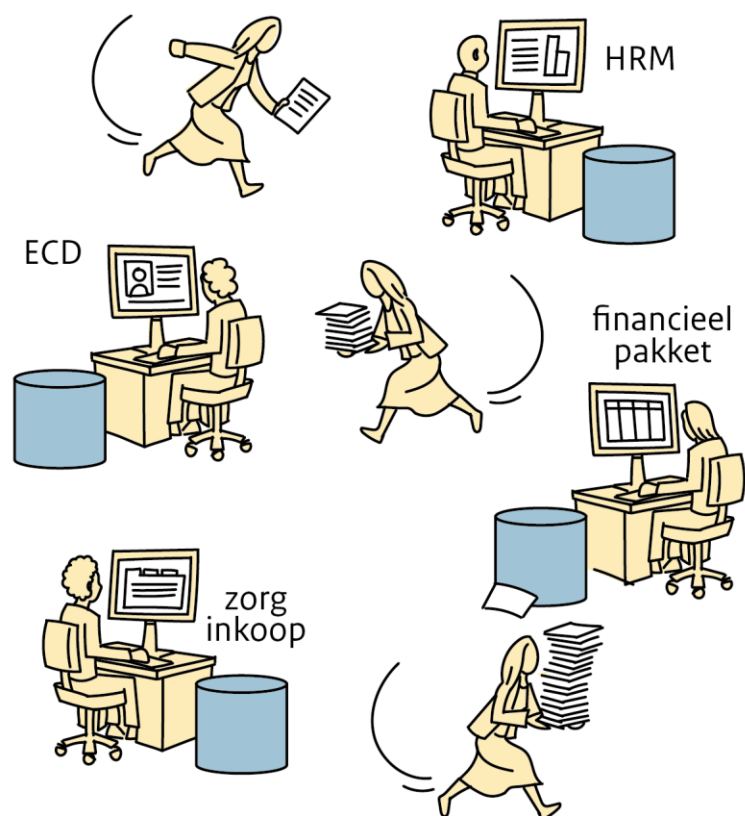
"Ik kan moeilijk uitdrukken hoeveel tijd wij voor alles kwijt zijn, maar het kost heel veel tijd, sowieso te veel tijd." - Zorgaanbieder

De inrichting van processen voor gegevensuitwisseling en informatiehuishouding verschilt tussen grote en kleine aanbieders

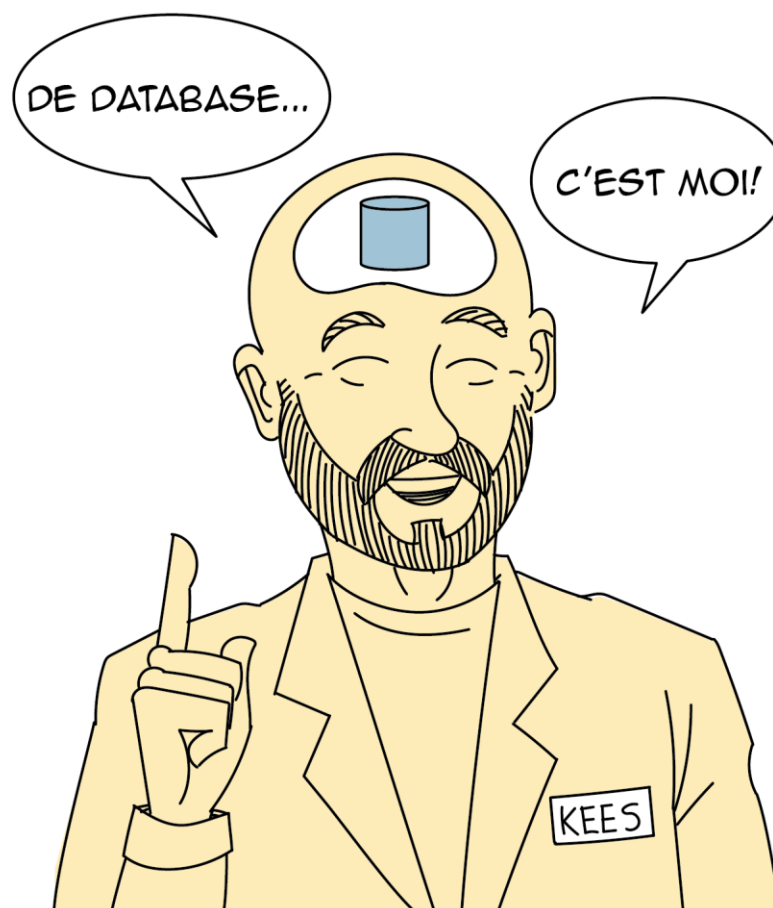
Waar bij grotere zorgaanbieders meerdere medewerkers van verschillende afdelingen betrokken zijn bij het verzamelen en aanleveren van gegevens voor informatie-uitvragen, is het hele proces voor verzameling en aanlevering bij kleinere zorgaanbieders vaak belegd bij slechts een of enkele medewerkers.

Verschillen tussen kleine en grote zorgaanbieders bij informatie-uitvragen

Beantwoording informatie-uitvragen bij grote zorgaanbieder



Beantwoording informatie-uitvragen bij kleine zorgaanbieder



"Door de kleine omvang van de organisatie heb ik alle gegevens bij de hand, dat is erg overzichtelijk. [...] Heel het administratieve proces ligt eigenlijk bij mij. Alles wat ik nodig heb staat op de Drive of zit in mijn hoofd." - Zorgaanbieder

Los van het verschil in het aantal betrokken medewerkers/afdelingen, zit er ook verschil in het aantal en het soort softwaresystemen dat grotere en kleinere zorgaanbieders gebruiken. De kleinere zorgaanbieders geven aan dat het financieel niet altijd haalbaar is om gebruik te maken van de grote bekende softwaresystemen voor HRM en finance. Terwijl zij dit wel graag zouden willen om het aantal verschillende systemen te beperken en zo geïntegreerd mogelijk te kunnen werken. Hierdoor werken deze zorgaanbieders nu met meerdere betaalbare systemen. Soms kiezen zij ervoor om gegevens op een andere manier te registreren, bijvoorbeeld met behulp van Excel en Drive.

"Voor financiën wilden we overstappen naar de software van AFAS, maar helaas is dat te duur voor ons als kleine aanbieder." - Zorgaanbieder

Daarnaast geven de kleinere zorgaanbieders aan dat de eigen informatiehuishouding en interne kennis nog niet op het gewenste niveau is om met bepaalde software aan de slag te gaan, bijvoorbeeld voor BI-tooling.

⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 19 april). Middelgrote rechtspersoon. [Wat moet ik aanleveren en hoe | Jaarverantwoording zorg](#).

3.2 Jaarmaatschappelijke Verantwoording (JMV) | CIBG

Over deze uitvraag

Zorgaanbieders zijn jaarlijks verplicht om maatschappelijke verantwoording af te leggen over hun bedrijfsvoering.⁴ Dit doen zij door gegevens aan te leveren via de portal DigiMV. De verantwoording kent een openbaar en niet-openbaar deel:

- Openbaar: o.a. de jaarrekening, accountantsverklaring, bestuursverslag en gegevens rondom bedrijfsvoering;
- Niet-openbaar: ingevulde vragenlijsten voor de NZa en het CBS.

Proces bij zorgaanbieders

Voor 1 juni moeten zorgaanbieders de JMV aanleveren in de portal van DigiMV. Hiervoor stellen zorgaanbieders zelf of met behulp van een accountant de jaarrekening op, wordt een bestuursverslag geschreven en verzamelen zij antwoorden op de vragen. Enkele zorgaanbieders geven aan dat zij vaak al een half jaar voor de datum van aanleveren bezig zijn met het verzamelen van de benodigde informatie.

Het aantal medewerkers en afdelingen dat betrokken is bij de beantwoording van deze uitvraag hangt veelal af van de organisatieomvang. Bij kleine zorgaanbieders is vaak enkel de bestuurder/directeur (in combinatie met de accountant) betrokken bij de aanlevering, terwijl er bij grotere zorgaanbieders meerdere afdelingen betrokken zijn (bijvoorbeeld: P&O, kwaliteit & veiligheid, financiën en BI). Voorafgaand aan de feitelijke aanlevering worden

de antwoorden door vrijwel alle zorgaanbieders met de Raad van Bestuur, Raad van Toezicht en/of cliëntenraad besproken.

Knippen, plakken en overtypen van de jaarrekening

Bijna alle zorgaanbieders ervaren veel overtypewerk en dubbelingen bij de aanlevering van de JMV. Het opstellen en uploaden van de jaarrekening is niet het probleem. Echter moeten er naast de jaarrekening ook vrije velden ingevuld worden. Die hebben veel overlap met de jaarrekening, maar kennen net een andere vraagstelling of formulering. Er wordt hiervoor veel geknipt en geplakt vanuit de jaarrekening, waarbij opgelet moet worden of er wel precies hetzelfde gevraagd wordt. Voor zorgaanbieders voelt dit overtypen als dubbel werk.

"Je bent eigenlijk gewoon de jaarrekening aan het overtypen in hun systeem. Je hebt er zelf niets aan. Het is meer voor de overheid dat ze er iets mee kunnen. Dat begrijp ik ook wel. Het is ook je plicht om dat te doen." - Zorgaanbieder

"Het is vooral heel veel overtypen van gegevens, met name het overtypen van de inhoud van de jaarrekening. Dat is zeer arbeidsintensief en af en toe echt wel frustrerend. Overtypen voelt nou niet alsof je waarde toevoegt. Daarnaast heb je met overtypen ook last van afrondingsverschillen." - Zorgaanbieder

De CIBG jaarverantwoording voelt als een nutteloze klus



Zorgaanbieders ontvangen geen terugkoppeling na aanleveren gegevens

Daarnaast ontvangen zorgaanbieders geen terugkoppeling naar aanleiding van de aangeleverde gegevens. Hierdoor is het voor hen niet duidelijk wat er met de gegevens gebeurt, wie er met de gegevens aan de slag gaat en of de gegevens wel juist zijn.

"Ik ben wel erg benieuwd wat ze nou met de aangeleverde gegevens doen, bijvoorbeeld bij de DigiMV. Je ontvangt alleen een bevestiging dat de gegevens zijn ontvangen en dat was het weer. Ze willen zoveel van je weten en dan denk ik: wat doen ze daar nou allemaal mee? Wat gebeurt er met die aangeleverde gegevens?" - Zorgaanbieder

"Zelfs niet als er een verkeerd getal is ingevoerd. Dan zie je dat later en dan denk je: hoe kan dat getal ingevoerd zijn? Maar er is nog nooit een vraag over gesteld." - Zorgaanbieder

Onduidelijke definities bemoeilijken benchmarking

Er bestaat onder de zorgaanbieders onduidelijkheid over de gehanteerde definities. Een voorbeeld is het aantal medewerkers dat zorg verleent. Vanuit de JMV wordt geen sluitende definitie gegeven van medewerkers die wel of niet tot zorgverlener gerekend mogen worden. Zorgaanbieders weten daardoor niet goed hoe dit bepaald kan worden. Over het algemeen kiezen ze voor een eigen inschatting op basis van functie.

"Om ervoor te zorgen dat we in ieder geval elk jaar dezelfde keuzes maken, heb ik vorig jaar screenshots gemaakt van de indeling naar zorgverlener ja/nee. Dit jaar kan ik dit dus gebruiken om dezelfde indeling te hanteren. De jaren ervoor werkten we met een ander systeem. Het was onduidelijk welke indeling toen was aangehouden. Ik heb nu voor mezelf bepaald wat wel of geen zorgpersoneel is, maar ik heb geen exacte definitie van wat het zou moeten zijn. [...] De kok heb ik niet meegenomen, want dat vond ik geen zorg. De medisch secretaresse die afspraken inplant, is dat wel of geen zorg? En een manager zorg die zich met zorgpersoneel bezighoudt?" - Zorgaanbieder

"Daar [medewerkers die wel/niet tot een zorgverlener gerekend mogen worden] kun je over discussiëren, vind ik. Een keukenhulp in de algemene keuken, ben je dan een zorgverlener of niet? Iemand die op een groep kookt en de hele dag aanwezig is op de groep, is die dan zorgverlener? Dat blijft denk ik deels een grijs gebied. Ik denk dat alle zorgorganisaties daarmee worstelen en dat je dat niet helemaal afgedekt krijgt. Wel zou het helpen om een richting mee te geven over waar je dan aan kunt denken. Dit soort grijze gebieden (kok) zou je dan kunnen definiëren en benoemen. Dan is het aan de organisatie om daar consistent mee om te gaan." - Zorgaanbieder

De meeste zorgaanbieders willen graag benchmarken met de aangeleverde gegevens. Echter geven zij aan dat een goede benchmark momenteel niet mogelijk is gezien de interpretatieverschillen in de beschikbare data.

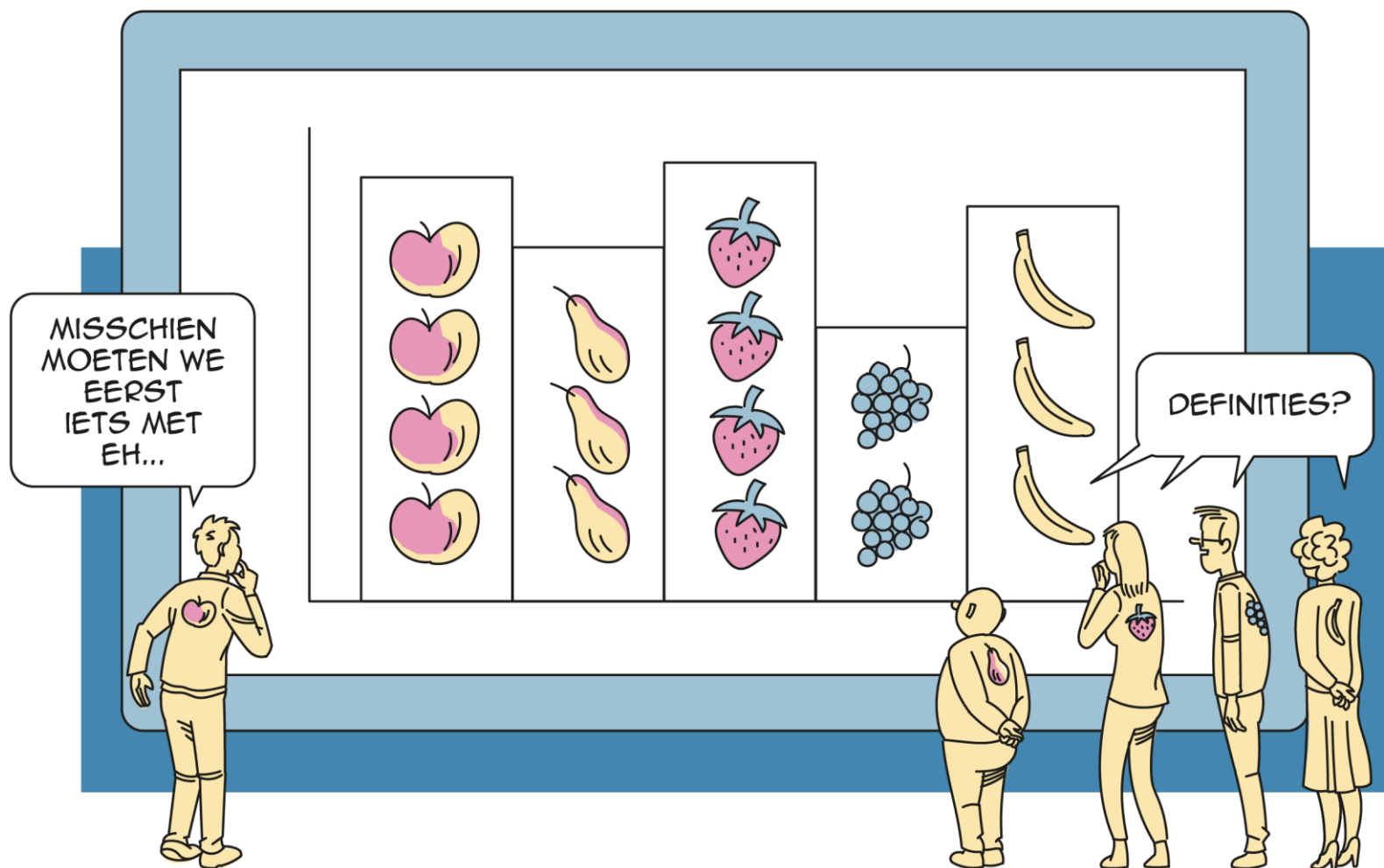
"Wat wordt er nou eigenlijk bedoeld en opgevraagd? Dat is niet altijd duidelijk. Als alle aanbieders dit niet precies weten en hun eigen interpretaties hebben, dan kan je toch nooit eenduidige informatie aanleveren?" - Zorgaanbieder

Ook zijn de beschikbare data volgens zorgaanbieders vaak te hoog over, op organisatiebreed niveau. Zo biedt de ene organisatie alleen verpleeghuiszorg en wijkverpleging en de andere organisatie verpleeghuiszorg, wijkverpleging en ziekenhuiszorg. Organisaties kunnen ook verschillende keuzes maken in bijvoorbeeld het aantrekken van meer zorgpersoneel of de inzet van technologische hulpmiddelen ter vervanging van zorgpersoneel. Dergelijke keuzes zijn niet direct te herleiden uit de gegevens die zorgaanbieders aanleveren ten behoeve van de JMV. Dit maakt dat organisaties onderling niet vergelijkbaar zijn.

"Ik heb geprobeerd organisaties naast elkaar te houden, maar organisaties zijn zo verschillend qua intra- en extramuraal. De hele opzet van de jaarrekening is ook niet meer zo passend bij waar we nu staan. Je ziet steeds meer eHealth kosten die komen onder informatisering. Terwijl ik denk dat is ter vervanging van zorgpersoneel. Maar dat kan niet in het model. Dan lijkt

het of we veel ICT-kosten hebben, terwijl we veel bezig zijn met eHealth. Waar het om moet gaan is: wat vraag je uit en wat biedt toegevoegde waarde? Dat vind ik voor DigiMV echt heel minimaal." - Zorgaanbieder

Zorgaanbieders willen graag benchmarken maar gegevens zijn niet vergelijkbaar



Verzamelen van de juiste gegevens vergt veel tijd

De benodigde gegevens voor aanlevering in DigiMV zijn bij de meeste zorgaanbieders aanwezig in de systemen. Desondanks zijn de juiste antwoorden niet met één druk op de knop te genereren. De grootste tijdsinvestering zit in het ontsluiten en samenvoegen van de gegevens, vaak uit meerdere systemen: financieel, HRM, het cliëntsysteem en Excel. Daarbij komt dat de systemen veelal ingericht zijn voor interne bedrijfsprocessen en niet voor het beantwoorden van vragen voor externe verantwoording. Op de eigen brondata moeten correcties worden doorgevoerd om de juiste antwoorden te krijgen en dat vergt veel tijd.

"Het intikwerk in DigiMV is het werk niet, maar om de juiste cijfers te krijgen is wel behoorlijk wat werk. We zijn hier al vanaf januari met meerdere collega's mee bezig, dus het is lastig om in te schatten hoeveel tijd dit precies kost. Ga er maar van uit dat het ontzettend veel tijd kost voor een organisatie van onze grootte om dat allemaal netjes voor elkaar te krijgen." - Zorgaanbieder

"De uitvraag zou wel wat compacter mogen. Het kost ons gezamenlijk ongeveer 20 uur om alle informatie samen te brengen. Eerder meer dan minder." - Zorgaanbieder

3.3 Zorginkoop & materiële controle | Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders wisselen gegevens uit in het kader van diverse informatie-uitvragen. Uit de gesprekken met zorgaanbieders zijn een aantal informatie-uitvragen naar voren gekomen waarvoor zorgaanbieders informatie aanleveren aan zorgverzekeraars, namelijk: declaratieverkeer (on)gecontracteerde zorg, inkoop en contractering, materiële controles en subsidieaanvragen. Daarnaast geven zorgaanbieders aan contact te hebben met zorgverzekeraars in het kader van het budgetplafond. Hieronder worden de bevindingen over deze informatie-uitvragen en contactmomenten toegelicht.

3.3.1 Gegevensuitwisseling voor declaratie Levering van ongecontracteerde zorg levert administratieve lasten op

De gegevensuitwisseling voor declaratie en facturering in het kader van gecontracteerde zorg vormt geen obstakel voor zorgaanbieders. Dit proces verloopt automatisch via het elektronisch cliëntendossier (ECD) van de zorgaanbieder en kost weinig tot geen tijd en moeite. Het declaratie- en factureringsproces voor ongecontracteerde zorg is echter een ander verhaal. De administratieve lasten die hierbij komen kijken worden als dusdanig hoog ervaren, dat zorgaanbieders bij voorkeur of bewust geen ongecontracteerde zorg leveren. Het afhandelen van de administratie in het kader van ongecontracteerde zorg kost verhoudingsgewijs nog meer tijd en energie dan het hele proces rondom contractafspraken en -onderhandelingen.

"Het kan wel, maar dat is heel veel gedoe. Dus we houden dat eigenlijk af." - Zorgaanbieder

"Voor ongecontracteerde zorg is er heel veel over en weer verkeer over met name de tarieven. Je wordt dan echt tekortgedaan en ook je businesscase komt op wankelende poten te staan, dat gaat niet. En er gaat zoveel extra tijd in zitten." - Zorgaanbieder

Administratieve last PGB-zorg voor zorgaanbieder valt mee

De zorgaanbieders die PGB-zorg leveren vertellen dat de administratieve lasten voor hen zelf meevallen, doordat de cliënt of de naaste zelf budgethouder is en daarmee verantwoordelijk voor de administratie en verantwoording rond de ontvangen PGB-zorg. De zorgaanbieders geven aan hierdoor relatief weinig administratieve lasten te ervaren.

"Het proces rondom het PGB is wel wat makkelijker, dat gaat via de SVB. Ook daar wordt de indicatie van de zorgvrager opgevraagd, maar we hoeven verder minder verantwoording af te leggen." - Zorgaanbieder

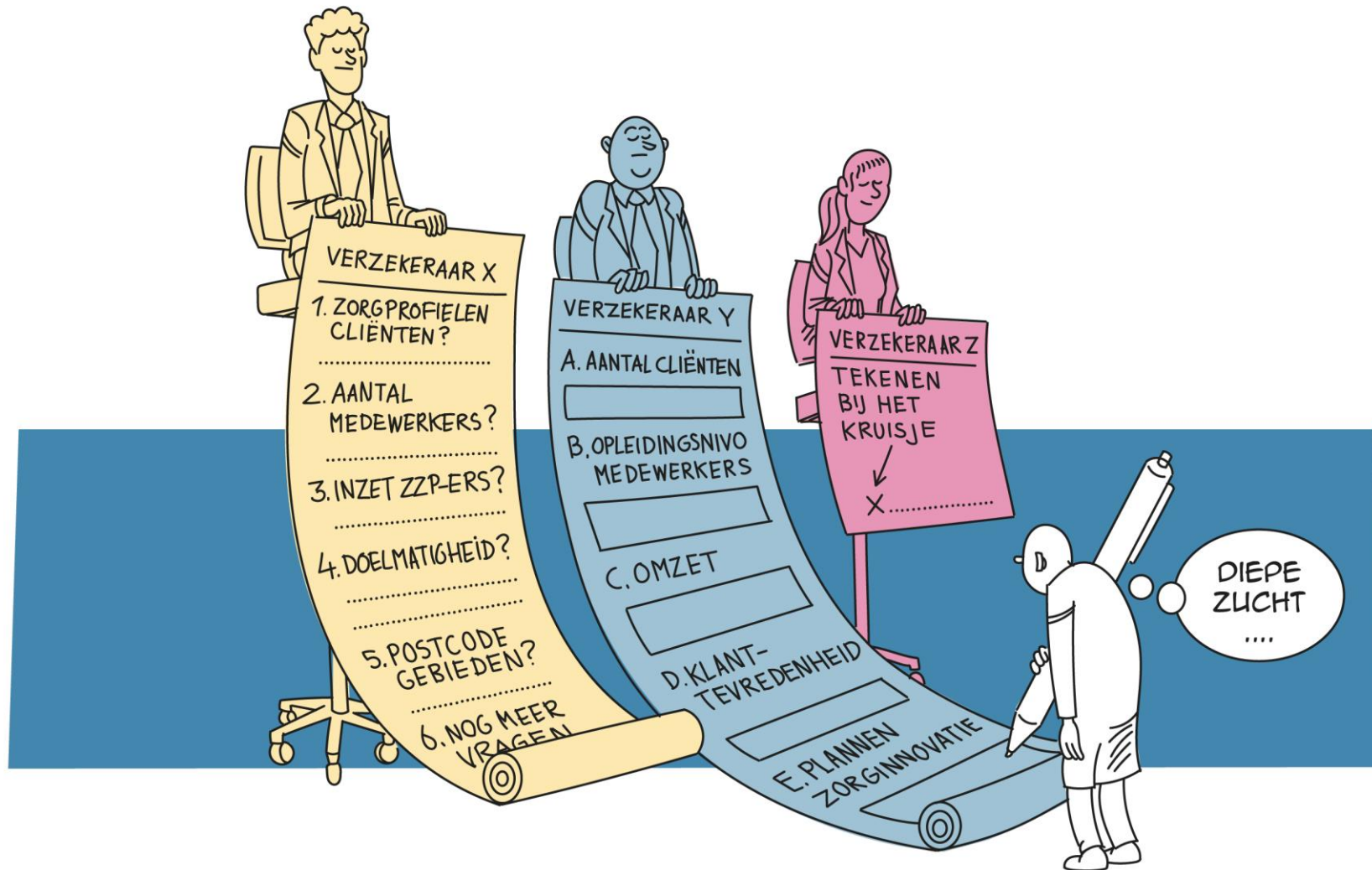
3.3.2 Zorginkoop en contractering

Proces zorginkoop en contractering: verschillende vragen, eisen en voorwaarden

Bij het doornemen van de gegevensuitwisseling in het kader van zorginkoop en contractering geven alle zorgaanbieders aan dat iedere zorgverzekeraar gebruikmaakt van een andere (eigen) vragenlijst met eisen en criteria op basis van haar eigen inkoopbeleid. Deze verschillen in de vragenlijsten scheppen

verwarring, leiden tot frustratie en onbegrip en roepen de vraag op waar een zorgaanbieder nou precies op wordt beoordeeld en wat er aangeleverd moet worden.

De vragen bij contractering verschillen per zorgverzekeraar



"Ik vind dat echt pijnlijk dat je voor elke zorgverzekeraar een verschillende uitvraag moet invullen. De een vraagt het aantal fte op niveau 2 en het aantal cliënten, de ander vraagt om het aantal ingeschrevenen bij de V&VN, de PREM en postcodes. De ene bepaalt dus het budgetplafond op basis van deskundigheid en de ander op basis van het kwaliteitsregister van de V&VN en postcodes." - Zorgaanbieder

"De verschillen per verzekeraar zijn gigantisch. Het zijn allerlei soort vragen. Het gaat bijvoorbeeld over het soort cliënten, het aantal medewerkers of de soort zorg die je levert. Sommige verzekeraars vragen weer helemaal niets, die geven gewoon een contract. [...] Eigenlijk vind ik heel veel van deze uitvraag. Ze doen allemaal wat anders en ze hebben allemaal een ander idee bij hun uitvragen." - Zorgaanbieder

"Ze vragen hele diverse dingen: informatie over de jaarrekening, kwaliteitsinstrumenten, certificering, postcodegebieden, KvK-nummer, namen toezichthouders. Of wij iets aan innovatie doen. Dat soort data. Het is niet zo dat we van alle zorgverzekeraars dezelfde vragen krijgen, was het maar zo'n feest." - Zorgaanbieder

"Het zijn allerlei lijsten waarin werd gevraagd: opleidingsniveau van medewerkers, of ze bij V&VN zijn ingeschreven, wat voor soort cliënten wij verzorgen, in welk postcodegebied dat is, of we mee willen doen aan bepaalde projecten zoals wassen zonder water." - Zorgaanbieder

"Iedere verzekeraar vraagt weer iets anders, ze gooien er allemaal een ander sausje overheen. Over het aantal ingeschreven medewerkers in het kwaliteitsregister, hoeveel niveau 2 medewerkers, hoeveel cliënten in zorg, het totale cliëntenbestand. De ene vraagt het wel en de ander weer niet." - Zorgaanbieder

Op basis van de verhalen van alle zorgaanbieders is een inventarisatie gemaakt van alle onderwerpen en elementen die aan bod kunnen komen in de vragenlijsten voor zorginkoop van zorgverzekeraars, zie Tabel 2.

Tabel 2. Geïntervieweerde onderwerpen en elementen uit de vragenlijsten van zorgverzekeraars in het kader van zorginkoop en contractering

Statuten	Inzet zzp'ers	Omzet	KvK-registratie
Uitkomsten PREM	Solvabiliteitscijfers	Doelmatigheid	Certificering
Postcodegebieden	Samenwerkingsverbanden	AGB-code	Namen toezichthouders
Medewerkers in loondienst	Cliëntenbestand en zorgprofielen	Ingeschreven medewerkers in kwaliteitsregister V&VN	Opleidingsniveau medewerkers

De hoeveelheid tijd en energie die zorgaanbieders kwijt zijn aan het verzamelen en aanleveren van alle benodigde gegevens voor de verschillende inkoopvragenlijsten, maakt dat sommige zorgaanbieders het aantal contracten met zorgverzekeraars beperken.

"Iedere zorgverzekeraar heeft zijn eigen eisen, richtlijnen en voorwaarden. We zouden wel contracten willen met meer zorgverzekeraars, maar dat is voor ons te veel extra werk. Ik zou graag willen dat ze [de zorgverzekeraars] met elkaar om tafel gaan voor het opstellen van één duidelijke lijn voor zorginkoop." - Zorgaanbieder

Alle zorgaanbieders pleiten, gezien hun ervaringen met de verschillen tussen de vragenlijsten, voor meer uniformiteit in de vragenlijsten voor inkoop en contractering van zorgverzekeraars.

"Als ik één ding zou mogen veranderen zou ik pleiten voor één vragenlijst voor alle zorgverzekeraars voor hun inkoopbeleid." - Zorgaanbieder

Contracteringsproces van A tot Z kost veel tijd

Alle zorgaanbieders geven aan dat het doorlopen van het gehele contracteringsproces heel veel tijd kost. Zowel door het verzamelen en aanleveren van alle gegevens voor de verschillende vragenlijsten als door het wachten op terugkoppeling en toekenning.

"Het kost echt weken tijd! We kunnen hen [finance-controller en beleidsmedewerker] tussen 1 mei en 1 september echt niet storen." - Zorgaanbieder

"Op het invullen en aanleveren na kan je niets anders doen dan wachten, je bent afhankelijk van de verzekeraars. Je moet wachten op hun beleid, de vragenlijsten, het contractvoorstel en de afhandeling. [...] Je bent er eigenlijk wel elke week mee bezig. De contracteringen lopen ook niet synchroon. Het ligt er ook maar net aan wat de looptijd van de contracten is. Je krijgt nu ook meer langdurige contracten, dat scheelt tijd, dus dat is fijn, maar als je alles bij elkaar optelt zijn het heel wat uren!" - Zorgaanbieder

De tijdsinvestering en administratieve lasten worden volgens meerdere zorgaanbieders verder verhoogd, doordat deze vragenlijsten bij contractverlenging volledig opnieuw ingevuld moeten worden.

"Het hele proces is vermoeiend door de verschillende vragen, die hetzelfde zijn als het jaar ervoor. Als het contract afloopt moet je die vragen weer opnieuw beantwoorden." - Zorgaanbieder

"Deze vragenlijsten moeten jaarlijks, tweejaarlijks of driejaarlijks ingevuld worden, afhankelijk van de contracteringstijd." - Zorgaanbieder

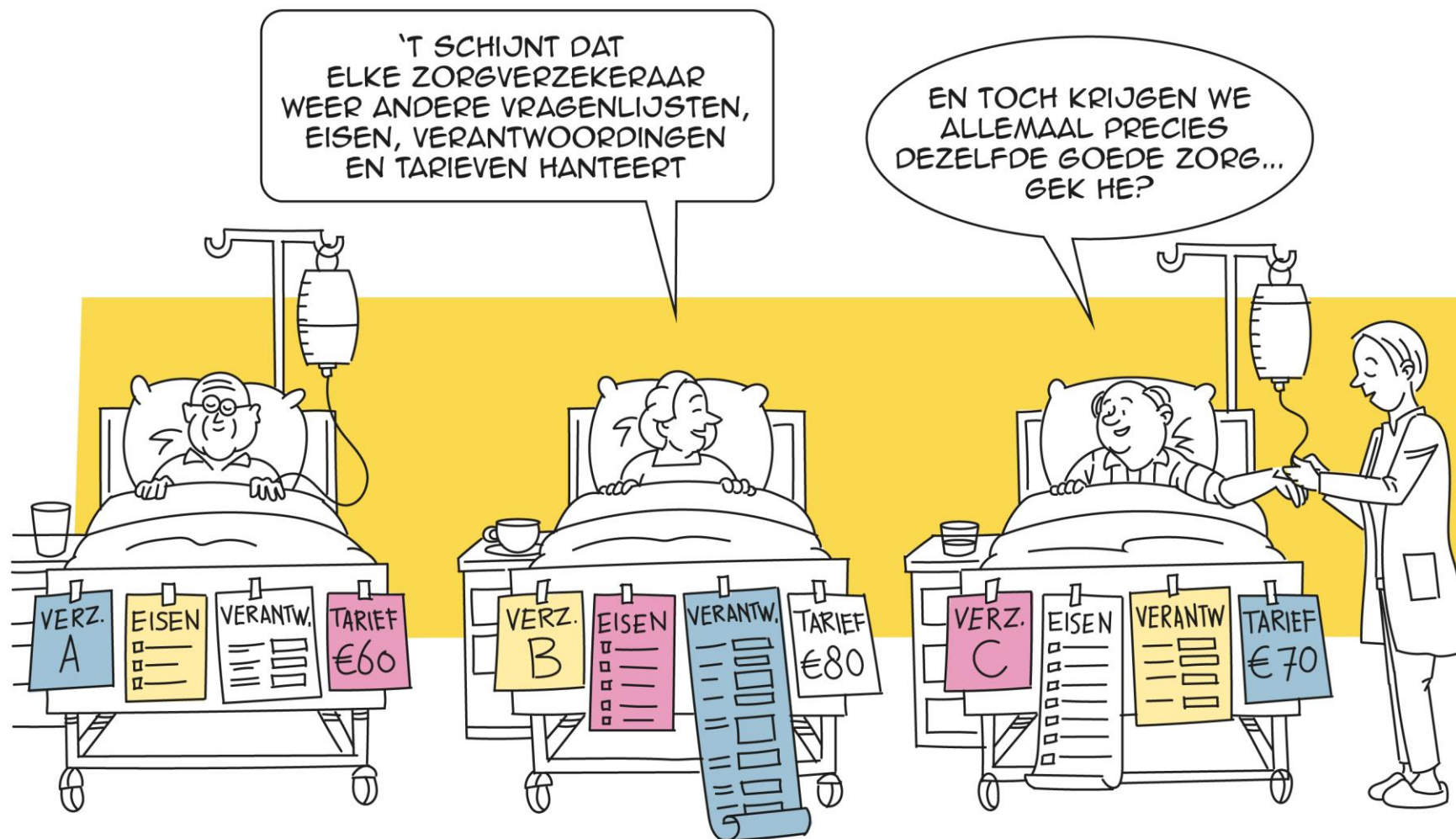
Vanwege de hoge administratieve lasten en verschillende tarieven geven enkele zorgaanbieders de voorkeur aan de oude situatie, waarin sprake was van één contract met de dominante zorgverzekeraar.

"Wat mij betreft gaan we weer terug naar één contract met de dominante zorgverzekeraar. Dat liever dan tien keer andere eisen, andere tarieven, andere prijsplafonds. Zoals het nu is, is het echt het ophogen van de administratieve lasten." - Zorgaanbieder

Verschillende eisen, andere tarieven, dezelfde zorg

Een ander knelpunt, gerelateerd aan de verschillende vragen en eisen van zorgverzekeraars, is het verschil in toegekende tarieven tussen zorgverzekeraars. Bijna alle zorgaanbieders geven aan dat zij door iedere zorgverzekeraar op basis van andere criteria worden beoordeeld, waar vervolgens een tarief aan wordt gekoppeld. Door de verschillende eisen en beoordelingen van zorgverzekeraars lopen deze tarieven soms behoorlijk uiteen. Meerdere zorgaanbieders ervaren dit als frustrerend.

Informatie-uitvragen verschillen per zorgverzekeraar



"Het is gewoon raar en frustrerend dat ze andere vragen stellen en andere dingen belangrijk vinden, terwijl wij aan alle cliënten van verschillende zorgverzekeraars dezelfde kwaliteit zorg leveren." - Zorgaanbieder

"Je krijgt bij de ene verzekeraar een hoger tarief dan bij de ander, terwijl je dezelfde zorg levert." - Zorgaanbieder

"We leveren echt geen andere zorg per zorgverzekeraar." - Zorgaanbieder

3.3.3 Materiële controle

Materiële controle vraagt veel tijd en energie en schaadt vertrouwensband

De gegevensuitwisseling in het kader van materiële controle ervaren veel zorgaanbieders ook als belastend. De gevraagde gegevens zijn beschikbaar en staan in de systemen, maar het kost veel tijd en energie om alle gegevens te verzamelen.

"In het ECD zit alles wat ze nodig hebben voor hun materiële controle. Maar we moeten de informatie wel bij elkaar zoeken en doornemen, dat is nog best een werk. Het zou fijn zijn als al die informatie met één druk op de knop uit één bron of systeem gedeeld kan worden." - Zorgaanbieder

Daarnaast lopen zorgaanbieders ook bij deze informatie-uitvraag aan tegen het verschil in vragen tussen zorgverzekeraars. Sommige van deze vragen wekken door hun controlerende karakter de indruk dat de zorgverzekeraar op de stoel van de zorgaanbieder gaat zitten. Dat leidt tot frustratie en onbegrip bij de zorgaanbieders. Sommige zorgaanbieders ervaren wantrouwen door deze controlerende vragen.

"Ook bij de materiële controles vragen ze verschillende dingen op; de ene vraagt om financiële gegevens, de ander gaat op de stoel van de wijkverpleegkundige zitten en controleert of de indicaties wel goed zijn, en weer een ander focust op de kwaliteit van de geleverde zorg. Maar we hebben een geldende accountsverklaring, we zijn gecertificeerd en we hebben gediplomeerd personeel. Ik denk dan, neem daar dan genoeg mee." - Zorgaanbieder

"Dan gaan ze in discussie: waarom heb je 40 minuten nodig voor douchen? Kan dat niet binnen een half uur. Dat is soms allemaal zo frustrerend. De wijkverpleegkundige heeft in principe autonomie om dingen te bepalen, maar de zorgverzekeraars lijken dat zo langzamerhand overgenomen te hebben." - Zorgaanbieder

"Verzekeraars denken vanuit schadelast, terwijl zorgaanbieders het belangrijk vinden dat cliënten goede zorg krijgen. Dat is wel een hele andere wereld." - Zorgaanbieder

3.3.4 Bijkomende administratieve lasten

Extra stimuleringsgelden verhogen administratieve lasten zorgaanbieder

Om regionale plannen, samenwerking en innovatie te stimuleren stellen zorgverzekeraars extra subsidie en stimuleringsgelden ter beschikking, waar zorgaanbieders zich voor kunnen aanmelden. Meerdere zorgaanbieders reageren in eerste instantie positief op deze ontwikkeling vanuit zorgverzekeraars. Maar de inschrijving op deze extra gelden gaat volgens hen gepaard met omvangrijke inschrijfprocedures en papierwerk, waardoor de administratieve lasten verder oplopen.

"Voor subsidies moeten mooie rapporten geschreven worden. Wil je überhaupt in aanmerking komen voor de subsidie, dan moet je ook weer aan allerlei regels voldoen. Dit is de volgende papieren tijger. Als je kijkt hoeveel tijd daarin gaat zitten. Dan denk je dat je het goed hebt aangeleverd, maar dan krijg je nog een vraag over dit en een vraag over dat. Het kost gewoon heel veel tijd. En als je niet goed hebt opgelet dat er subsidiegeld was of je bent te laat, dan krijg je dit niet." - Zorgaanbieder

"We willen graag meedoen aan deze projecten waarvoor we extra geld ontvangen, maar dan moet je wel meedoen aan hele omvangrijke inschrijfprocedures. Ze zeggen dan dat de projectplannen pragmatisch moeten zijn, maar vervolgens stellen ze wel heel veel eisen aan die plannen." - Zorgaanbieder

Scherp zitten op het budgetplafond

Naar aanleiding van de gesprekken over zorginkoop en contractering geven meerdere zorgaanbieders aan tijdens de looptijd van het contract het budgetplafond goed in de gaten te moeten houden. Wanneer een zorgaanbieder niet tijdig melding maakt van het overschrijden van het budgetplafond, wordt er in het kader van de zorgplicht verwacht dat er gewoon zorg geleverd wordt. De kosten zijn dan echter voor de zorgaanbieder zelf. Om dit te voorkomen benadrukken deze zorgaanbieders het belang van het op orde hebben en duidelijk zicht hebben op de eigen (financiële) administratie. Dat vergt volgens hen wel extra tijd en aandacht.

"Het budgetplafond bij de zorgverzekeraars is een pijnpunt. Normaal is het zo dat als je dit plafond overschrijdt, dan moet je als organisatie zelf opdraaien voor de kosten. Maar dan zegt een zorgverzekeraar, je hebt zorgplicht, dus je moet de cliënt zorg verlenen. Maar ik heb geen budget en dus geen plek, door jullie plafond kan ik niet meer leveren." - Zorgaanbieder

"Als je 70% hebt bereikt, moet je contact opnemen, zodat er nog een buffer is van 30%. Als je te laat aan de bel trekt en er is geen buffer meer, dan moet je gewoon zorg leveren vanuit de zorgplicht en zijn de kosten voor eigen rekening." - Zorgaanbieder

Het ophogen van het budgetplafond kost volgens sommige zorgaanbieders behoorlijk wat tijd, vooral door het moeizame contact met zorgverzekeraars. In sommige gevallen leidt het overschrijden van het budgetplafond tot het afwijzen van cliënten. Zorgaanbieders vinden dat kwalijk. Er is vanuit deze zorgaanbieders begrip voor het monitoren van het budgetplafond en het trekken van grenzen, maar zij zouden het fijn vinden als het contact hierover soepeler zou verlopen en de tijdinvestering in het kader van afstemming en gegevensuitwisseling beperkt kan worden.

"Ik vind het best kwalijk dat als je twee zorgaanvragen hebt liggen en het budget van zorgverzekeraar A blijkt op te zijn, je aan die cliënt geen zorg kan leveren en aan die andere cliënt wel. Dat is frustrerend, vooral omdat het ook zoveel moeite kost om het budget omhoog te krijgen. Ik snap dat ze ergens een grens moeten stellen, maar het is kwalijk dat het contact hierover zo moeilijk verloopt." - Zorgaanbieder

"Het contact zoeken is echt een ding. Het is allemaal zo onpersoonlijk en verloopt zo moeizaam." - Zorgaanbieder

Uitvragen van zorgverzekeraars als grootste pijnpunt

Bijna alle zorgaanbieders geven op basis van bovengenoemde ervaringen en knelpunten aan de hoogste administratieve lasten te ervaren bij de informatie-uitvragen van zorgverzekeraars. Hierbij vergelijken de zorgaanbieders de administratieve lasten voor Zvw-zorg vaak met de lasten die zij ervaren voor Wlz-zorg.

"De administratieve lasten liggen met name aan de Zvw-kant. 90% van onze omzet is Wlz-zorg, maar we zijn daar het snelste mee klaar." – Zorgaanbieder

"Ik vind het echt extreem hoeveel tijd in zorginkoop gaat zitten." - Zorgaanbieder

Meerdere zorgaanbieders geven aan dat de administratieve lasten voor de contractering van Zvw-zorg zo hoog zijn, doordat per zorgverzekeraar per zorgsoort een apart contract afgesloten dient te worden, waarvoor de zorgaanbieders de eerdergenoemde vragenlijsten moet invullen.

"De administratieve last zit met name bij de Zvw. Bij de Wlz hebben we er maar één [contract met zorgkantoor] en bij de Wmo zijn het er twee. Dat is niets in vergelijking met de tien zorgverzekeraars voor de Zvw, waarbij per onderdeel van de Zvw een contract wordt afgesloten. We hebben wijkverpleging, ELV, GRZ, GZSP

en voor paramedische zorg hebben we ook een aantal onderdelen, bijvoorbeeld fysiotherapie en ergotherapie. Je mag dus tien zorgverzekeraars keer acht contracten doen. Dan hebben we het dus over tachtig vragenlijsten als je pech hebt, die je elk jaar weer moet invullen.” - Zorgaanbieder

3.4 Zorginkoop | Zorgkantoren

Over de gegevensuitwisseling met zorgkantoren hebben zowel de zorgaanbieders als de zorgkantoren zelf weinig op of aan te merken. Ook over het contact rondom zorginkoop en contractering zijn de zorgaanbieders te spreken. Het contact met het zorgkantoor is volgens hen laagdrempelig, de lijntjes zijn kort en reacties volgen snel.

Administratieve lasten zorginkoop en contractering vallen mee

Bijna alle zorgaanbieders zijn tevreden over het contact met en het contracteringsproces van de zorgkantoren. Vooral in vergelijking met de gegevensuitwisseling met zorgverzekeraars zijn de zorgaanbieders zeer positief. Deze tevredenheid komt volgens hen doordat de administratieve lasten in het kader van contractering met zorgkantoren lager zijn. Deze lagere lasten zijn volgens de zorgaanbieders het gevolg van het gebruik van meerjarige contracten en het verlagen van de contracteringseisen. Deze zorgaanbieders hebben de indruk dat de zorgkantoren bewust aandacht besteden aan het verminderen van administratieve lasten, onder meer door aan de slag te gaan met de gegevensuitwisseling tussen henzelf en hun zorgaanbieders.

“Waar zorgkantoren hebben geïnvesteerd in administratieve lastenverlichting voor zorgaanbieders, heb ik dat bij zorgverzekeraars nog niet teruggezien.” - Zorgaanbieder

“Dat kostte in het verleden heel veel tijd, maar dat is nu gelukkig van de baan. We moeten nog steeds kwaliteitsplannen en -verslagen maken, maar er hangt geen prijskaartje meer aan.” - Zorgaanbieder

Een enkele zorgaanbieder geeft aan geen contract met het zorgkantoor aan te gaan voor Wlz-zorg, gezien de extra bijkomende administratieve lasten. Deze zorgaanbieder levert momenteel Zvw-zorg en heeft overwogen om ook gecontracteerde Wlz-zorg te gaan leveren. Door de ervaren hoge administratieve lasten heeft deze zorgaanbieder echter besloten om af te zien van uitbreiding naar Wlz-zorg, om de administratieve lasten niet verder te verhogen.

“Wij hebben er bewust voor gekozen om geen contract aan te gaan met het zorgkantoor voor Wlz-cliënten, omdat er dan echt weer een extra administratie bij komt met weer andere systemen.” - Zorgaanbieder

3.5 PREM | Zorginstituut Nederland

Over deze uitvraag

De PREM (patient reported experience measure) is een vragenlijst die de ervaring en beleving van cliënten met de wijkverpleging meet. Zorgorganisaties kunnen de resultaten van de meting

gebruiken voor leren en verbeteren. Zorgaanbieders die wijkverpleging leveren, zijn verplicht om jaarlijks de PREM aan te leveren via Mediquest. Mediquest levert de gegevens door aan Zorginstituut Nederland voor publicatie in het Openbaar Databestand (ODB). Als cliënten toestemming geven, worden de data via Mediquest ook aangeleverd bij ZorgkaartNederland.

Proces bij zorgaanbieders

Voor de aanlevering van de PREM kunnen zorgaanbieders de meting zelf uitvoeren, de meting laten verlopen via een ECD-leverancier of de meting laten uitvoeren door een meetbureau. Hierbij gaat het om zowel het verzamelen van de data als het aanleveren van de data bij Mediquest. Het merendeel van de zorgaanbieders laat de meting en aanlevering door een meetbureau doen. Zij noemen de onafhankelijkheid van een meetbureau richting cliënten en het beperken van de belasting op zorgmedewerkers als redenen om voor een meetbureau te kiezen.

Het toepassen van in- en exclusiecriteria is een handmatige klus

De PREM-vragenlijst kan niet uitgezet worden bij alle cliënten die wijkverpleging ontvangen. Vanuit de PREM zijn er in- en exclusiecriteria gedefinieerd. Om ervoor te zorgen dat de vragenlijst alleen wordt uitgezet onder cliënten die binnen de inclusiecriteria vallen, moeten in de systemen van zorgaanbieders de juiste selecties worden gemaakt. Zorgaanbieders moeten nagaan wat voor zorg een cliënt heeft gehad, hoelang een cliënt al zorg ontvangt en of de cliënt wel of niet mee wil doen aan de PREM. Zorgaanbieders geven aan dat deze selecties vaak niet geautomatiseerd vanuit een systeem kunnen worden gedaan, waardoor dit een handmatige klus voor zorgaanbieders is.

"Er gelden voor de PREM best wel wat exclusiecriteria met betrekking tot cliëntgroepen en gegevens die niet mogen worden meegenomen. Het is nu best een handmatig uitzoekwerkje om deze exclusiecriteria toe te passen. [...] Het ECD voorziet hier nog niet voldoende in. We kunnen niet even een vinkje aanzetten dat die cliënt heeft aangegeven niet mee te willen doen." -
Zorgaanbieder

Geen ruimte voor toelichting op de cliëntenpopulatie

De cliëntenpopulatie van een zorgaanbieder kan door de jaren heen veranderen, maar verschilt vaak ook tussen zorgaanbieders. Een aantal zorgaanbieders vermeldt dat er bij de aanlevering van de PREM geen ruimte is voor toelichting op de cliëntenpopulatie. Zij geven aan dat een toelichting op de cliëntenpopulatie van groot belang is om de resultaten te duiden.

"Je cliëntenpopulatie verandert. Deze context kan je verder niet meegeven bij de opgehaalde gegevens. Ik denk dat elke zorgaanbieder wel die context zou willen meeleveren bij de resultaten van de PREM." -
Zorgaanbieder

"Via het externe bureau mag je volgens de criteria voor externe meetbureaus maar een beperkt aantal cliënten benaderen, aangezien er alleen gemeten mag worden over de afgelopen twee maanden, dus er vallen veel cliënten buitenboord die dat jaar wel zorg hebben ontvangen. Je wilt natuurlijk verse, recente data, maar

dat is wel jammer natuurlijk. Nu bevroag je maar een klein stukje van het cliëntenbestand.” - Zorgaanbieder

Resultaten PREM niet zichtbaar in landelijke benchmark bij minder dan 25 respondenten

Zorgaanbieders die relatief weinig cliënten in de wijkverpleging in zorg hebben, geven aan dat zij het nut en de verplichting van de PREM discutabel vinden. Dit komt enerzijds omdat de zorgaanbieder de cliënten door en door kent en de uitkomsten van de PREM de zorgaanbieder vaak geen nieuwe inzichten oplevert voor leren en verbeteren.

“Ik heb er nog nooit iets uitgehaald wat ik niet al wist.” - Zorgaanbieder

Anderzijds worden de uitkomsten van de PREM pas gepubliceerd bij een respons van minimaal 25. Het is voor een zorgaanbieder met weinig cliënten in de wijkverpleging moeilijk om aan deze responsvereiste te voldoen, maar het uitzetten van de vragenlijst vergt wel veel tijd, geld en moeite.

“Dan heb je het hele circus doorstaan en dan worden de gegevens niet gepubliceerd omdat de respons te laag is. Dat wisten we toch van tevoren? We hebben hier maar dertig cliënten, dus als je er twintig hebt die antwoord geven, dan is dat toch een mooie respons?” - Zorgaanbieder

Zevens en achten tellen niet mee in de berekening van de NPS

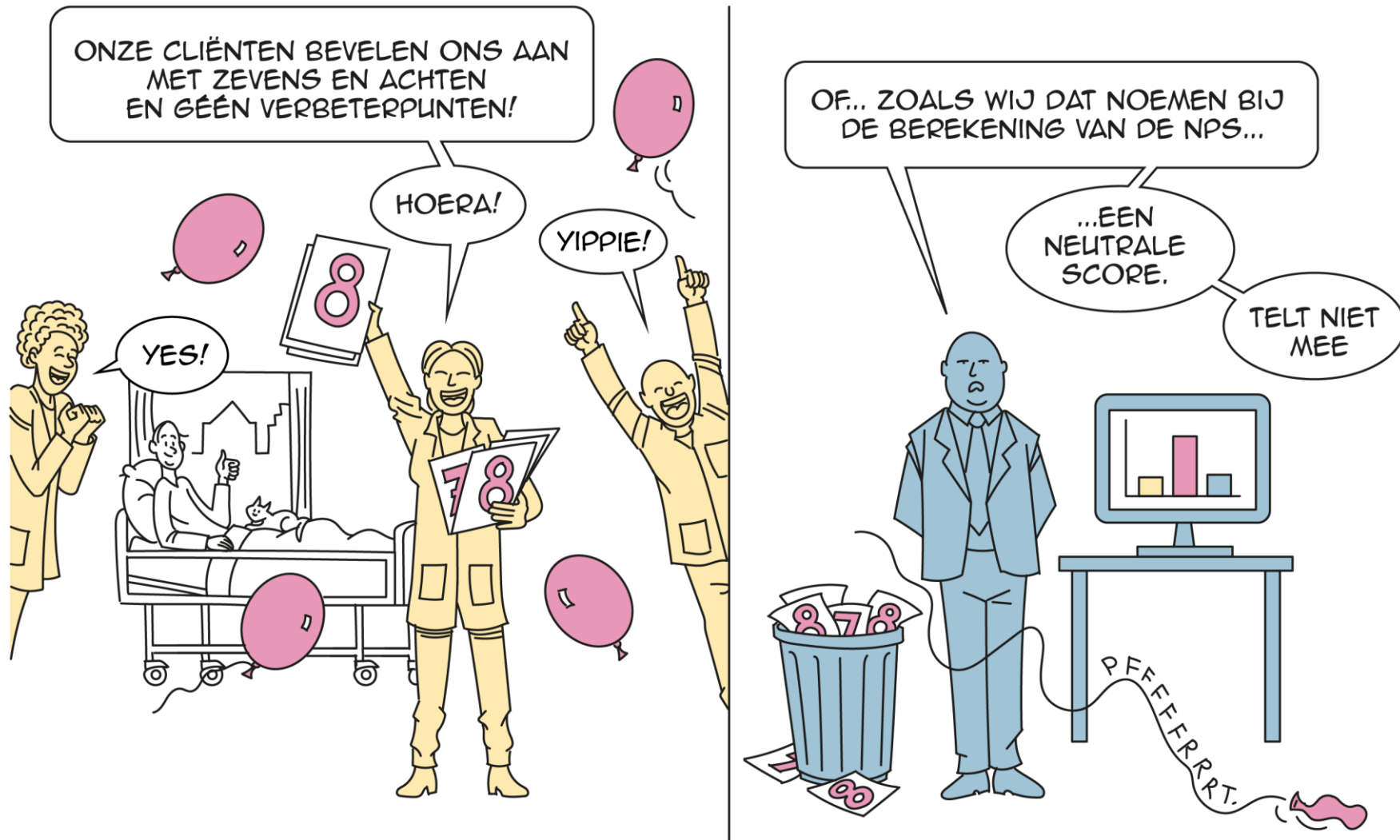
Onderdeel van de PREM is de NPS (net promotor score). De NPS gaat over de mate waarin cliënten de zorgaanbieder zouden aanbevelen. Hierbij kunnen cliënten een cijfer geven op een schaal van 1 tot 10, waarbij geldt:

- 0-6: criticaster
- 7-8: neutraal
- 9-10: promotors

De NPS-score is het percentage promotors minus het percentage criticasters. Dit betekent dat alle cliënten die een zeven of acht hebben gegeven niet worden meegerekend in deze score. Dat vergt uitleg richting cliënten. De aanlevering zelf wordt door zorgaanbieders niet als veel werk ervaren, maar het voeren van gesprekken met en het geven van uitleg aan cliënten wel.

“De NPS-score is wel even lastig, aangezien het eigenlijk alleen maar gaat om alles tussen de 9 en 10 of alles onder de 6. Als je een 8 geeft, valt die score er eigenlijk buiten, en een 8 wordt eigenlijk wel veel gegeven. Nederland is dan toch een beetje calvinistisch. Een 8 geven is echt al een goed cijfer, een 9 of 10 wordt toch wel als uitzonderlijk gezien. Dat is wel een dingetje waarvan we zeggen, het is fijn dat het onafhankelijk wordt uitgevoerd met betrouwbare resultaten, maar we kunnen nu geen toelichting geven op die NPS-score en het effect ervan. Het zou fijn zijn als we zouden kunnen toelichten aan de cliënten wat die score nou echt betekent en hoe de score doorwerkt.” - Zorgaanbieder

Een goede beoordeling bij de PREM betekent nog geen goede score



"Een 8 als NPS-score in de PREM wordt dan niet meegeteld, maar negens en tienen wel. Dat is gewoon frustrerend, want onze cliënten zijn gewoon tevreden. Een 8 is ook een mooi cijfer." - Zorgaanbieder

Intern gebruik van resultaten PREM verschilt per zorgaanbieder

Het merendeel van de zorgaanbieders is positief over de PREM. Zij gebruiken de uitkomsten van de PREM als interne sturingsinformatie in het kader van leren en verbeteren.

"Zo bleek twee jaar geleden dat er wat ontevredenheid was over de begeleiding van de BBL'ers. We zijn toen in gesprek gegaan met de BBL'ers [leerlingen] en zij hadden zelf ook puntjes. Nou, hiermee zijn we aan de slag gegaan en het gaat nu hartstikke goed." - Zorgaanbieder

Toch zijn enkele zorgaanbieders wat kritischer op deze uitvraag. Een deel van de vragen staat voor alle zorgaanbieders vast en daarnaast is ruimte voor het toevoegen van eigen, organisatiespecifieke vragen. Enkele zorgaanbieders geven aan dat de standaardvragen niet altijd relevant zijn, of dat cliënten deze vragen niet goed begrijpen.

"Niet alle vragen in de landelijke vragenlijst zijn even relevant en sommige vragen zijn ook best lastig. Bijvoorbeeld de vraag of een cliënt nu beter kan omgaan met de ziekte of aandoening door de hulp van de

zorgverlener. We merken dat cliënten deze vraag vaak lastig vinden om te beantwoorden en dat ze extra uitleg nodig hebben. Ze interpreteren de vraag anders, waardoor die erg verschillend wordt ingevuld en wij eigenlijk niet veel met de uitkomst kunnen." - Zorgaanbieder

3.6 Belastbaarheid mantelzorg | Zorginstituut Nederland

Over deze uitvraag

In 2021 is een indicatorenset op het thema 'belastbaarheid mantelzorg' opgesteld om een meting uit te kunnen voeren door zorgaanbieders van wijkverpleging. Het doel van deze meting is dat teams in de wijkverpleging zicht krijgen op het aantal mantelzorgers, welke vormen van mantelzorg geboden worden en de mate waarin deze mantelzorger (over)belast is. De resultaten van de meting kunnen binnen zorgorganisaties worden gebruikt voor het leren en verbeteren. In 2021 konden zorgaanbieders zelf kiezen of zij wilden deelnemen aan deze meting en in 2022 konden zorgaanbieders aanleveren die dit in 2021 niet hadden gedaan. Vanaf 2023 is de aanlevering voor alle zorgaanbieders verplicht.

Proces bij zorgaanbieders

De meeste zorgaanbieders geven aan dat bij de intake van een nieuwe cliënt in de wijkverpleging al aandacht wordt besteed aan de potentiële overbelasting van mantelzorgers. Momenteel is er geen standaard verplichte meetmethode, maar zorgaanbieders krijgen de vrijheid om uit meerdere meetmethodes te kiezen. In de ECD's van zorgaanbieders zijn veelal mogelijkheden ingebouwd

om informatie over mantelzorgers te registreren en te monitoren. Dit kunnen ingebouwde meetinstrumenten zijn (in de vorm van een vragenlijst) of onderdeel van het zorgplan (bijvoorbeeld in de vorm van een vrij tekstveld).

"Uiteindelijk is het aan de zorgprofessional om in te schatten of een mantelzorger overbelast is en daarover in gesprek te gaan. Zorgprofessionals komen dagelijks over de vloer en proberen mee te denken over wat per situatie het beste is." - Zorgaanbieder

De aanlevering van de indicatoren belastbaarheid mantelzorg is tot op heden nog geen structurele, verplichte aanlevering. Daarom zijn veel zorgaanbieders intern bezig om afspraken te maken over de wijze waarop informatie over de belastbaarheid van mantelzorgers wordt vastgelegd.

"De wijkverpleegkundigen nemen dit [rol mantelzorger] ook al op in de zorgplannen, maar niet aan de hand van een gestructureerde vragenlijst. Dus je ziet wel al informatie over de mantelzorger in de zorgplannen terug, maar nog niet in allemaal. Er zijn meerdere meetinstrumenten mogelijk voor het meten van de belastbaarheid mantelzorger, maar wij zijn er nog niet over uit welke meetmethode het dan moet worden." - Zorgaanbieder

Zorgaanbieders ontvangen geen terugkoppeling na aanleveren gegevens

De meeste zorgaanbieders zijn bekend met de aanlevering van de indicatoren rondom belastbaarheid van mantelzorgers. Een aantal van deze zorgaanbieders heeft in 2021 deelgenomen aan de pilot. Voorafgaand aan deelname is aangegeven dat zorgaanbieders terugkoppeling zouden ontvangen over de aangeleverde gegevens. Echter, zorgaanbieders vertellen dat zij geen terugkoppeling hebben ontvangen.

"Wat ik kan achterhalen is dat wij in september 2021 hebben deelgenomen aan de pilot, waarbij we een vragenlijst hebben ingevuld via het Mediquest-portal. Er staat alleen nog geen rapportage voor ons klaar naar aanleiding van deze aanlevering, terwijl deze wel al enige tijd geleden is toegezegd." - Zorgaanbieder

"Het is toch wel fijn dat als je aan een pilot meedoet, dat je daar iets van terug hoort." - Zorgaanbieder

3.7 Inspectiebezoek | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Over deze uitvraag

De IGJ vraagt informatie bij zorgaanbieders op in het kader van inspectiebezoeken. Hierbij is geen sprake van een structurele uitvraag, maar alleen wanneer er sprake is van een inspectiebezoek. Afhankelijk van de aard van het bezoek is dit voorafgaand, tijdens of na een inspectiebezoek. Voor de wijkverpleging geldt dat het inspectiebezoek één week van tevoren wordt aangekondigd.

De gegevens die worden opgevraagd hebben betrekking op het aantal cliënten en zorgmedewerkers inclusief kennisniveau. Daarnaast worden de zorgroutes opgevraagd. Op basis van de zorgroutes kan de IGJ bepalen met welke zorgroute een inspecteur gaat meelopen.

"Van de Excel-vragenlijst die we gebruiken voor de verpleeghuiszorg is een afgeleide gemaakt voor de wijkverpleging. De inhoud is hetzelfde, behalve dat dus de looproutes worden opgevraagd. De rest van het proces rondom het bezoek, de terugkoppeling en de oplevering van de rapportage is gelijk aan het proces voor de verpleeghuiszorg." - Ketenpartij

"We kregen een uitvraag van een aantal gegevens, zoals het aantal cliënten en het aantal medewerkers in de teams. Gaat het hierbij dan om aantallen mensen of aantallen fte's? Er zit een grote deeltijdfactor in de wijkverpleging, dus het is wel belangrijk om dat mee te nemen in het aantal." - Zorgaanbieder

Aanleveren van informatie voorafgaand aan bezoek is relatief weinig werk

Een aantal zorgaanbieders heeft recentelijk (maximaal twee jaar geleden) een inspectiebezoek gehad. De uitvraag van informatie voorafgaand aan het bezoek kostte de zorgaanbieders niet veel tijd. Het inspectiebezoek zelf vraagt wel meer tijd van zorgaanbieders, maar wordt door alle zorgaanbieders als zeer positief ervaren.

"De uitvraag werd als relatief weinig werk ervaren en het bezoek zelf als positief. Na afloop waren er nog een aantal vragen naar documentatie, waarin de organisatie moet kunnen aantonen of de PDCA-cyclus hierin goed naar voren komt." - Zorgaanbieder

"Die documenten hebben we natuurlijk al beschikbaar, dus dat is niet heel veel werk. Het is het inspectiebezoek zelf, dat kost toch een hele dag." - Zorgaanbieder

Daarbij vertelt een zorgaanbieder dat zij zelf ook audits (laten) uitvoeren binnen de organisatie. Deze audits helpen de zorgaanbieder als een soort oefening voor een inspectiebezoek en zorgen ervoor dat de benodigde gegevens voor de IGJ aanwezig zijn.

"Het scheelt dat we jaarlijks interne kwaliteitsaudits hebben, zowel intern als via een externe partij. Hierdoor hebben we wel al zicht op hoe het werkt en wat je aan gegevens paraat moet hebben." - Zorgaanbieder

3.8 Overige informatie-uitvragen

Tijdens de interviews met de zorgaanbieders zijn naast de eerder besproken uitvragen nog twee informatie-uitvragen ter sprake gekomen.

De levering van Wmo-zorg gaat gepaard met hoge administratieve lasten

Om de uitvoering van deze verkenning in de VVT-sector behapbaar te houden, is bij aanvang besloten Wmo-zorgverlening buiten scope te houden. Tijdens de interviews hebben echter meerdere zorgaanbieders aangegeven dat zij de zorg en ondersteuning die geleverd wordt binnen de Wmo zien als de grootste bron van administratieve lasten. Deze administratieve lasten worden met name veroorzaakt door de verschillende vragen en eisen, diverse formats en verschil in aanleverwijze die alle gemeenten hanteren.

"Juist hier is veel te besparen. Iedere gemeente hanteert een eigen format. Als er al een algemeen format is, dan willen ze toch net weer andere gegevens ontvangen. [...] Qua omzetgrootte is het deel Wmo veel kleiner dan Wlz, maar de administratieve last is bij wijze van dubbel zo hoog. Dat is echt onevenredig. De Wmo is met alles rondom administratieve lasten in de productie het lastigst. De lasten zijn in de Wlz het minst, dan heb je de Zvw en daarna komt de Wmo." - Zorgaanbieder

Deze zorgaanbieders hebben aangegeven dat zij in de gegevensuitwisseling met gemeenten in het kader van Wmo-zorg graag verandering willen zien. Ze hebben de wens uitgesproken om met de verbreding van KIK-V naar de gehele VVT-sector ook de Wmo mee te nemen.

*"Voor ons gaat KIK-V echt werken als we de Wmo-uitvragen er ook onder kunnen scharen." –
Zorgaanbieder*

Informatie-uitvragen gemeenten geven administratieve overlast



Uitvragen van Waarborgfonds en banken overlappen met JMV van het CIBG

Tijdens de gesprekken over de Jaarmaatschappelijke Verantwoording van het CIBG legden een paar zorgaanbieders een link met de informatie die aangeleverd moet worden aan banken en het Waarborgfonds. Graag zouden zij zien dat bij het standaardiseren van de JMV van het CIBG ook de uitvragen van banken en het Waarborgfonds worden meegenomen.

"Ook voor het Waarborgfonds moet je steeds alles opnieuw intypen. We moeten een aantal keer per jaar standaardgegevens aanleveren, bijvoorbeeld de omzet en de winst, dat soort basale dingen. Elke keer moet je alles handmatig invullen, wat vooral overtypen is van de jaarrekening. En je hoort niets; geen reactie is goed bericht. [...] Ook de banken vragen deze informatie. Tot nu toe kunnen wij deze vragen vrij snel afhandelen met de gegevens van de jaarrekening, maar het zou fijn zijn als je niet elke keer alles opnieuw moet invullen en overtypen." – Zorgaanbieder

4 Meerwaarde en toepasbaarheid KIK-V

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de behoeften en verwachtingen van zorgaanbieders en ketenpartijen omtrent KIK-V in de VVT-sector. Eerst wordt ingegaan op de verwachte meerwaarde en worden kansen en uitdagingen besproken voor het toepassen van KIK-V in de VVT-sector. Daarna wordt stilgestaan bij de behoeften en benodigdheden om daadwerkelijk met KIK-V aan de slag te kunnen gaan.

Voorafgaand aan de gesprekken zijn de zorgaanbieders en ketenpartijen geïnformeerd over KIK-V en zijn de uitgangspunten van KIK-V nader belicht. Ter volledigheid staan deze uitgangspunten opgenomen in onderstaand informatieblok.

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.

4.1 Visie op uitgangspunten en principes KIK-V

Alle zorgaanbieders en ketenpartijen verwachten dat de werkwijze KIK-V van meerwaarde kan zijn in de VVT-sector. Zorgaanbieders benoemen dat werken met KIK-V een vermindering van administratieve lasten oplevert, gegevens eenvoudiger uit systemen ontsloten kunnen worden en gegevens ook representatief zijn voor de eigen organisatie, waardoor frustraties worden weggenomen.

"Ik verwacht dat niemand tegen de werkwijze KIK-V kan zijn, omdat het voor alle partijen (zowel zorgaanbieders als uitvragende partijen) tijd en werk gaat schelen." - Zorgaanbieder

"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

Zowel zorgaanbieders die voor de verpleeghuiszorg al betrokken zijn met KIK-V als zorgaanbieders voor wie KIK-V nieuw is, zijn erg enthousiast en zien KIK-V als het ideale plaatje.

"Van meet af aan zijn we al betrokken bij KIK-V. Voor mij kan het niet snel genoeg gaan." - Zorgaanbieder

"Het zou wel heel stoer zijn als dit [gegevensuitwisseling middels werkwijze KIK-V] zo lukt! Sluit mij maar aan als het zover is. De waarheid in de video spreekt mij het meeste aan. Alle verschillende partijen, alle lijntjes, en dan weer een lijntje erbij. Er wordt kriskras van alles door elkaar gevraagd, dat is echt zo. En als aanbieder ben je erbij gebaat om zo goed mogelijk antwoord te geven, anders hangt het erom. De waarheid is echt mooi weergeven." - Zorgaanbieder

Veel baat bij gezamenlijke afspraken ketenpartijen en afstemming uitvragen

Tijdens het bespreken van de uitgangspunten en principes KIK-V geven zorgaanbieders en ketenpartijen aan dat zij vooral veel toegevoegde waarde zien in de afstemming over uitvragen van ketenpartijen. Momenteel ervaren zorgaanbieders dat verschillende ketenpartijen vragen stellen die op elkaar lijken, maar waarbij verschillende definities worden gebruikt. Daarnaast merken zorgaanbieders op dat soms ook compleet verschillende vragen worden gesteld door bijvoorbeeld zorgverzekeraars, terwijl zij allemaal informatie opvragen met hetzelfde doel. Hieruit blijkt een grote versnippering in de huidige uitvragen. Zorgaanbieders

en ketenpartijen verwachten daarom dat zorgaanbieders veel baat hebben bij afstemming tussen ketenpartijen.

"Als ketenpartijen op dezelfde wijze als intramuraal bereid zijn om hun uitvragen voor extramuraal op elkaar af te stemmen, dan gaat het op dezelfde manier helpend zijn als bij intramuraal. Daar ligt wat mij betreft de sleutel. Ik zie daar dezelfde voordelen als het lukt om ook daar tot één gegevensset te komen." - Zorgaanbieder

"Het is goed om meer af te stemmen met ketenpartijen over meer eenduidige uitvragen, zonder te kort te willen doen aan deze partijen." - Ketenpartij

Noodzaak duidelijke definities en voorkomen interpretatieverschillen

Een ander voordeel zien zorgaanbieders in het maken van afspraken over definities. Door eenduidige definities beantwoorden zorgaanbieders vragen op dezelfde manier. Dit voorkomt interpretatieverschillen tussen zorgaanbieders en geeft organisaties de mogelijkheid om zichzelf met andere organisaties te vergelijken.

"Ik kan het helemaal onderschrijven! Het is voor onszelf ook echt belangrijk dat je de data bij de bron hebt vastgelegd, zodat je de data kan gebruiken voor het beantwoorden van de verschillende uitvragen. Dat er maar één versie van de waarheid is. [...] Dan is het ook

fijn dat dezelfde definities worden gebruikt voor het uitvragen van dezelfde dingen. Het concept zoals het hier geschetst wordt zou iedere organisatie zelf moeten willen.” - Zorgaanbieder

“Het is ook handig dat we dan onze eigen gegevens kunnen vergelijken met andere zorgaanbieders van dezelfde grootte. Hoe staan we er eigenlijk voor? Die vergelijking is dan mogelijk.” - Zorgaanbieder

KIK-V helpt bij gemakkelijker ontsluiten van gegevens uit systemen

Bijna alle zorgaanbieders verwachten dat het werken volgens KIK-V ontzettend veel werk gaat schelen. Op dit moment zijn er bij de beantwoording van vragen nog veel menselijke handelingen nodig, zoals het uitzoeken welke definities gehanteerd worden of het inkloppen van de gegevens in een portaal. Met KIK-V kunnen gegevens volgens de zorgaanbieders eenvoudiger uitgewisseld worden en wordt dit proces meer geautomatiseerd. Daarnaast verkleint de werkwijze volgens hen de kans op fouten bij de berekening of aanlevering.

“Dan is het alleen nog maar het vrijgeven van de antwoorden en het organiseren van het besluitvormingsproces. Het middenstuk vervalt dan bij wijze van. Nu moet je veel handmatig invoeren in portals, soms wel voor dertig locaties.” - Zorgaanbieder

“Ik verwacht een heel stuk minder ad hoc en ellende van vragenlijsten en opzoeken. Als het goed is staat dan alles klaar. Daar zie ik een hele grote meerwaarde in. Dat je daar minder tijd aan kwijt bent, hooguit aan controle. Maar het vrijgeven van documenten is een druk op de knop, terwijl je nu veel tijd kwijt bent aan het kijken naar de definities en of definities zijn aangepast.” - Zorgaanbieder

4.2 Verbreding KIK-V werkwijze | Kansen & uitdagingen

4.2.1 Kansen voor KIK-V in de VVT

Betrouwbaardere informatie biedt mogelijkheden voor benchmarken

Zorgaanbieders en ketenpartijen verwachten dat het werken met eenduidige definities en berekeningen hen helpt bij het verkrijgen van meer betrouwbare informatie. Betrouwbare informatie maakt het ook mogelijk voor zorgaanbieders om te benchmarken met andere zorgaanbieders.

“Kijk bijvoorbeeld naar de aangeleverde JMV-cijfers vergeleken met data voor andere informatie-uitvragen. Bij de ene uitvraag hebben ze opgegeven dat ze 200 cliënten hebben en bij de andere 500. Van die verschillende aanleveringen moeten we echt af.” - Ketenpartij

"Als iedereen live is en de datasets bevraagd kunnen worden, dan kan je heel frequent benchmarken. Dat zou voor ons heel waardevol zijn. Nu vragen wij ons echt af wat we nou eigenlijk met elkaar aan het vergelijken zijn en of de data die we daarvoor gebruiken wel betrouwbaar zijn. Je kan nu bijvoorbeeld wel gegevens uit de ODB halen om mee te benchmarken, maar de vraag is op welke manier zij dan tot deze gegevens zijn gekomen. Is die vergelijking wel reëel." - Zorgaanbieder

De 'één-druk-op-de-knopgedachte' vermindert handmatig werk

Meerdere zorgaanbieders zien de KIK-V werkwijze als oplossing en daarmee vervulling van de gedachte en wens om met 'één druk op de knop' de benodigde gegevens aan te kunnen leveren aan uitvragende ketenpartijen.

"Dan kunnen gegevens automatisch met één druk op de knop aangeleverd worden aan de betreffende partijen." - Zorgaanbieder

Volgens het merendeel van de zorgaanbieders lenen de uitvragen binnen de VVT zich voor de werkwijze KIK-V. Zo worden onder andere de JMV en de PREM genoemd als voorbeelden waarbij de werkwijze KIK-V van toegevoegde waarde zou kunnen zijn.

"De JMV zou zo bijvoorbeeld met één druk op de knop aangeleverd kunnen worden. Al deze gegevens staan toch al in onze systemen." - Zorgaanbieder

"Volgens mij zou onze organisatie er veel baat bij hebben als de steekproef voor de PREM met één druk op de knop uitgezet kan worden, waarbij de exclusiecriteria dus niet meer met de hand moeten worden toegepast, maar dat dit automatisch gebeurt. Het zou fijn zijn als het systeem hierin voorziet, dat de exclusiecriteria automatisch toegepast worden." - Zorgaanbieder

4.2.2 Uitdagingen voor KIK-V in de VVT Keuzes maken in waar je je tijd aan besteedt

In de zorg is tijd en beschikbaarheid van personeel een schaars goed. Meerdere zorgaanbieders verwachten dat deelname aan KIK-V, net zoals andere trajecten rondom datagedreven werken en optimalisatie van informatievoorzieningen, in eerste instantie een behoorlijke tijdsinvestering van hen vraagt. Om deze tijdsinvestering te kunnen doen, geven de zorgaanbieders aan de prioriteiten op dit gebied te moeten (her)overwegen

"Enerzijds staat datagedreven werken hoog op de agenda. Anderzijds staat de doorontwikkeling van het dashboard op de agenda. Dan moet je schuiven met andere dingen die op de prioriteitenlijst staan. De vraag is: ga je aan de voorkant zitten of later in het proces?" - Zorgaanbieder

de benadering tussen de domeinen (Wmo, Zvw en Wlz), het maken van afspraken en de afstemming tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren. Ik doel dan op het dynamische van zorgverzekeraars en de relaxedheid bij zorgkantoren in hun communicatie.” - Zorgaanbieder

“Een aantal partijen zit rianter in deze situatie dan de ander. Een zorgverzekeraar bijvoorbeeld, die heeft er misschien minder belang bij om het anders te gaan doen. De zorgverzekeraars hebben ook wel een aardige machtspositie. Maar ook de rol van softwareleveranciers hierin. Zijn zij bereid om aan tafel te gaan zitten om mee te gaan in het verandertraject en het aanpassen van de systemen en software?” - Zorgaanbieder

“De implementatietijd, ik bedoel dan de tijd die je erin moet stoppen om ermee aan de slag te kunnen als zorgaanbieder, is een uitdaging. Niet heel groot, die is goed te overbruggen hoor. Aan de zorgkant is echt veel draagvlak. Ik zie meer de uitdaging bij de grote uitvragende instanties, namelijk in hoeverre zij makkelijk hun administratie en werkprocessen kunnen aanpassen en omgooien om aan te sluiten op deze werkwijze en hun uitvragen op die manier uit te kunnen zetten. Al die dingen aanpassen in een grote organisatie is wel lastig.” - Zorgaanbieder

4.3 Verbreding KIK-V werkwijze | Behoeften & benodigdheden

Aan zorgaanbieders en ketenpartijen is gevraagd welke behoeften en benodigdheden zij zien voor het verbreden van de KIK-V werkwijze naar de gehele VVT-sector. De genoemde behoeften en benodigdheden zijn verdeeld over twee categorieën:

1. Zorgaanbieders
2. VVT-sector

4.3.1 Behoeften en benodigdheden bij zorgaanbieders

Implementatiebegeleiding is wenselijk en noodzakelijk

Voor de verbreding van de KIK-V werkwijze naar de gehele VVT-sector geven bijna alle zorgaanbieders als eerste aan behoefte te hebben aan goede implementatiebegeleiding door een ervaren en betrokken consulent met duidelijke uitleg over de werkwijze en techniek.

“Ik denk dat heel veel mensen heel blij zullen zijn bij ons. Geef ons de techniek en de werkwijze en we gaan starten. Natuurlijk hebben we wel goede begeleiding nodig bij de implementatie, dat moeten we op de juiste manier doorlopen, daar hebben we hulp bij nodig.” - Zorgaanbieder

“Ik zou behoefte hebben aan een soort KIK-V consulent die echt even samen met je gaat zitten en met je meekijkt, iemand die hier echt alles vanaf weet, weet wat er anders moet en snapt wat deze verandering betekent voor de organisatie. Het klinkt namelijk als een

ideaalbeeld, maar je moet het wel begrijpelijk maken om te kunnen snappen hoe het nou echt werkt en hoe wij het kunnen toepassen.” - Zorgaanbieder

“Ook gezien dataveiligheid is goed advies hierover belangrijk, dat iemand meekijkt met verstand van zaken. Ook hierbij een supportcomponent.” - Zorgaanbieder

Informatiehuishouding op orde: ‘Garbage in, garbage out’

Verder noemt een aantal zorgaanbieders het belang van het op orde hebben van de eigen informatiehuishouding, voordat gestart kan worden met het implementeren van KIK-V. Onder het ‘op orde hebben van de eigen informatie-huishouding’ vallen volgens de zorgaanbieders een aantal aspecten: inzicht hebben in waar welke data staat; het juist en gestructureerd registreren van data, weten welke systemen en applicaties binnen de eigen organisaties gebruikt worden, het optimaal inrichten van de eigen systemen en applicaties, en het kunnen koppelen van de eigen systemen.

“De werkwijze KIK-V vereist dat de informatiehuishouding bij zorgaanbieders op orde is, maar dat is in de praktijk niet altijd het geval. Op het moment dat zaken niet juist geregistreerd worden, krijg je een effect van ‘garbage in, garbage out’. In de huidige situatie kunnen de antwoorden aan de voorkant worden bekeken en nog enigszins worden beïnvloed als antwoorden niet juist blijken te zijn. Met KIK-V moeten

alle systemen op orde zijn en dat vertrekpunt is cruciaal om dit goed te laten werken.” - Zorgaanbieder

“Het moet vooral aansluiten op de data die wij al hebben; de data moeten kwalitatief goed zijn en al in de systemen zitten. Dus de data moeten wel op de juiste wijze geregistreerd zijn. Als het eenmaal goed in de eigen systemen staat, dan kan je opschalen.” - Zorgaanbieder

Financiële middelen voor kennis, kunde en capaciteit

Een andere belangrijke behoefte die meerdere zorgaanbieders noemen heeft betrekking op het hebben van voldoende financiële middelen om met KIK-V aan de slag te kunnen gaan. Deze financiële middelen zijn volgens hen vooral nodig voor het borgen van voldoende capaciteit om het verandertraject richting de KIK-V werkwijze van de grond te krijgen en tot een succes te brengen. Volgens de zorgaanbieders moet er vanuit de organisatie voldoende budget beschikbaar worden gesteld, al dan niet afkomstig van externe stimuleringsgelden. Dit budget is nodig om personeel met de benodigde kennis en kunde aan te nemen, de eigen informatie-huishouding op orde te brengen en KIK-V succesvol te implementeren.

“Wat wij nodig hebben: financiële middelen, handjes en kennis.” - Zorgaanbieder

“Dat merk je wel, je gaat steeds meer een personeelsbehoefte krijgen op dat vlak [gegevensuitwisseling en informatie-huishouding]. Dus

je zult een omgeving moeten inrichten waar gegevens op een veilige manier klaarstaan. De technische inrichting, daar gaat tijd en energie in zitten. De investering moet in ieder geval rendabel zijn.” - Zorgaanbieder

Naast de investering in personeel moeten er volgens sommige zorgaanbieders ook financiële middelen beschikbaar zijn om de benodigde systemen en softwarepakketten aan te schaffen.

Actieve medewerking van softwareleveranciers

De medewerking van softwareleveranciers is volgens veel zorgaanbieders een belangrijke voorwaarde om de verbreding van de KIK-V werkwijze te faciliteren, stimuleren en versnellen. Zorgaanbieders geven aan dat softwareleveranciers zelden makkelijk meewerken bij wijzigingsverzoeken aan hun systemen. Terwijl zij afhankelijk zijn van die medewerking. De bereidheid van softwareleveranciers om hun systemen aan te passen naar de KIK-V werkwijze is een belangrijke vereiste.

Commitment bestuurlijk niveau

Tot slot noemen enkele zorgaanbieders de noodzaak voor commitment op bestuurlijk niveau. Dit draagt volgens hen bij aan het draagvlak voor verandering in de eigen organisatie en daarmee aan de progressie van de implementatie.

“Ook is er commitment nodig vanuit de directie. Niet alleen voor KIK-V, maar voor het gehele datagedreven werken. Heel concreet zou het helpen als er een implementatieset specifiek voor bestuurders zou zijn,

zodat we weten wat er van de bestuurders wordt verwacht om het in de organisatie uit te zetten. Dat is heel anders dan voor een informatiearchitect.”
Zorgaanbieder

4.3.2 Behoeften en benodigdheden VVT-sector **Gehele VVT-sector en breder**

Een aantal grotere zorgaanbieders die meerdere soorten zorg leveren geeft aan dat het voor hen belangrijk is dat de verbreding van KIK-V minimaal de gehele VVT-sector betreft. Naast de verbreding naar minimaal de gehele VVT-sector spreken deze zorgaanbieders ook de wens uit om te verbreden naar andere sectoren.

“Dit kan niet alleen voor de Wlz intramurale zorg zijn. Dit gaat alleen effect hebben als ik er alles in kwijt kan. Als ik het niet kan gebruiken voor de wijkverpleging, GRZ, en ELV moet ik een deel in het datastation inrichten en een deel handmatig doen. Voor zowel de Wmo als Wlz en Zvw moet er allemaal informatie aangeleverd worden.” - Zorgaanbieder

“Ik sprak laatst iemand van de gemeente voor de Wmo en die vroeg ook van alles uit. Probeer dat ook te centreren. Als je toch vanuit VWS bezig gaat, zorg dan dat het hele speelveld van alle financieringen wordt gevraagd, zoals Wmo en kraamzorg. Trek het dan helemaal breed.” - Zorgaanbieder

"Ik zou bijna zeggen: kom maar op. Maar die tijd is denk ik nog niet helemaal aangebroken. Dan zal het nog maar voor de helft van onze organisatie gelden. Waarschijnlijk de wijkverpleging en verpleeghuiszorg bij elkaar. De kraamzorg zal daar buiten vallen. Er zal dan alsnog een tweedeling zijn voor onze organisatie." - Zorgaanbieder

4.3.3 Draagvlak binnen VVT voor KIK-V

Veel draagvlak verwacht voor verbreding werkwijze KIK-V naar VVT

Alle zorgaanbieders en ketenpartijen verwachten veel draagvlak voor verbreding van KIK-V naar de VVT. Dit heeft er mede mee te maken dat KIK-V al wordt geïmplementeerd in de verpleeghuiszorg. Voor zorgaanbieders die in de verpleeghuiszorg actief zijn lijkt de stap naar toepassing van KIK-V in de totale VVT niet heel groot.

"Ik denk ook: laten we zo snel mogelijk verbreden, des te krachtiger wordt het. Ik zit daar heel positief in." - Ketenpartij

"Kijk bijvoorbeeld naar verpleeghuiszorgorganisaties. Het merendeel van de verpleeghuiszorgorganisaties leveren levert tegenwoordig naast intramurale ook extramurale zorg. Dus als je dan één administratie kan draaien voor de hele organisatie zou dat super zijn." - Zorgaanbieder

"Onbekend maakt onbemind. Als er nog geen bewijs is, is het vaak nog moeilijk en ingewikkeld. Er is zeker veel draagvlak, maar het vraagt wel overtuigingskracht. - Zorgaanbieder

Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat het draagvlak kan worden vergroot door transparantie te geven in nut en noodzaak van de informatie-uitvragen van ketenpartijen.

"Het moet efficiënter en effectiever zijn dan nu. We besteden onze tijd liever aan zorg dan aan administratie. Het draagvlak neemt toe als duidelijk is wat er met de informatie gebeurt, wat het oplevert dat deze gegevens opgevraagd worden. Waarom is het noodzakelijk dat wij dit allemaal aanleveren?" - Zorgaanbieder

Aantonen effecten KIK-V in de verpleeghuiszorg helpt bij verbreding naar VVT

Om ervoor te zorgen dat de werkwijze KIK-V verbreed kan worden naar de VVT, helpt het om eerst aan te tonen wat de effecten van KIK-V zijn in de verpleeghuiszorg. Dit kan middels praktijkvoorbeelden, best practices en succesverhalen. Dat geeft zorgaanbieders en ketenpartijen zicht op de voordelen van KIK-V voor hun organisatie en de sector.

"Als zo'n datastation op bepaalde plekken goed werkt, gaat dat verhaal rond en dan werkt het als een olievlek [...] Als je een paar succesvolle koplopers hebt, werkt dat het beste." - Ketenpartij

"De pilot binnen de afdeling V&V helpt andere afdelingen om de voordelen te zien van KIK-V en ook aan te sluiten bij KIK-V." - Ketenpartij

"Als KIK-V intramuraal succesvol is, dan gaat dit partijen extramuraal over de streep te trekken om hiermee aan de slag te gaan. Zo werkt het in onze eigen organisatie ook. Mijn enthousiaste verhalen over wat er mogelijk is en gaat zijn met KIK-V intramuraal zorgde ervoor dat ik meteen alle seinen op groen kreeg om te verkennen wat dat betekent voor extramuraal." - Zorgaanbieder

5 Registratieproces indicatoren in beeld

Naast de nulmeting gericht op het verkrijgen van inzicht in de huidige gegevensuitwisseling en de toepasbaarheid van KIK-V in de VVT-sector op basis van kennis en ervaringen van zorgaanbieders en ketenpartijen, is er bij dezelfde deelnemende zorgaanbieders gedetailleerder meegekeken naar het verzamel-, registratie- en aanleverproces voor vier indicatoren:

3. Indicator 'Aantal medewerkers' (JMV)
4. Indicator 'Aantal cliënten' (JMV)
5. Indicator 'PREM' (Kwaliteitskader Wijkverpleging)
6. Indicator 'Belastbaarheid Mantelzorg' (Kwaliteitskader Wijkverpleging)

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

5.1 'Aantal medewerkers' | JMV (CIBG)

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.

Alle zorgaanbieders dienen deze indicator te beantwoorden.

Tijdens de verkenning zijn op basis van de interviews met zorgaanbieders de volgende bevindingen over de indicator 'Aantal medewerkers' opgehaald. Het merendeel van de zorgaanbieders legt gegevens vast in het HRM-/urenregistratiesysteem. Bij enkele zorgaanbieders is niet duidelijk waar de gegevens precies geregistreerd worden.

Enkele zorgaanbieders haalt de gegevens direct op uit het HRM-/urenregistratiesysteem, eventueel in combinatie met bewerking via een BI-systeem. Een aantal zorgaanbieders exporteren de gegevens naar Excel, waar vervolgens nog handmatige bewerkingen in nodig zijn voor aanlevering.

Organisaties bepalen over het algemeen of een werknemer wel of niet als zorgverlener wordt meegerekend op basis van de functietitel. Er bestaat enige onduidelijkheid over de wijze waarop het aantal medewerkers dat zorg verleent bepaald dient te worden.

Toepasbaarheid KIK-V voor de indicator 'Aantal medewerkers'

Vanuit KIK-V zijn momenteel al gelijksoortige indicatoren geformuleerd. De gevraagde informatie is naar verwachting goed vanuit bestaande registraties in het personeelssysteem, urenregistratiesysteem, financieel systeem en/of ECD te beantwoorden.

De KIK-V werkwijze is goed toepasbaar voor deze indicator. Voor de meeste (7 van de 10) organisaties is aanlevering van deze indicator vanuit geregistreerde brongegevens in het HRM-systeem/urenregistratiesysteem mogelijk. Bij toepassing van de KIK-V werkwijze zal deze indicator zo 'SMART' mogelijk geformuleerd worden, waardoor onduidelijkheid over de wijze van bepalen van de indicatoren wordt weggenomen.

5.2 'Aantal cliënten' | JMV (CIBG)

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?

Alle zorgaanbieders dienen deze indicator te beantwoorden.

Tijdens de verkenning zijn op basis van de interviews met zorgaanbieders de volgende bevindingen over de indicator 'Aantal cliënten' opgehaald. Het merendeel van de zorgaanbieders legt gegevens vast in het ECD. Bij enkele zorgaanbieders is niet duidelijk waar de gegevens precies geregistreerd worden. Eén zorgaanbieder registreert deze gegevens in Excel.

Enkele zorgaanbieders haalt de gegevens direct op uit het eigen ECD, eventueel in combinatie met bewerking via een BI-systeem. Een aantal zorgaanbieders exporteren de gegevens naar Excel, waar vervolgens nog handmatige bewerkingen in nodig zijn voor aanlevering. Bij enkele zorgaanbieders is niet duidelijk hoe de gegevens aangeleverd worden en of er nog bewerking op plaatsvindt.

Toepasbaarheid KIK-V voor de indicator 'Aantal cliënten'

KIK-V heeft reeds gelijksoortige indicatoren geformuleerd. De benodigde gegevens zijn naar verwachting goed uit bestaande registraties in het ECD te halen. Dit geldt zowel voor het aantal cliënten waaraan in de meetperiode zorg is verleend, als voor de in- en uitstroom. Uiteraard zal dit in de praktijk getoetst moeten worden.

De KIK-V- werkwijze is goed toepasbaar voor deze indicator. Voor zes van de tien organisaties lijkt het aanleveren van deze indicator vanuit geregistreerde brongegevens in het ECD mogelijk. De ontsluitingsmogelijkheden van de meest gebruikte ECD's in de verpleeghuissector heeft KIK-V op dit moment al in beeld.

5.3 'PREM' | Kwaliteitskader Wijkverpleging (ZIN)

In [het Handboek PREM Wijkverpleging verslagjaar 2023](#) en de [Werkinstructie PREM Wijkverpleging verslagjaar 2023](#) staat deze indicator beschreven. Op hoofdlijnen komt de indicator neer op het volgende:

- Deze indicator betreft een vragenlijst met twintig deels verplicht te beantwoorden vragen, waarvan de geaggregeerde resultaten uiteindelijk aangeleverd worden aan de gegevensmakelaar Mediquest voor doorlevering aan Zorginstituut Nederland en ZorgkaartNederland.
- Er zijn negen methoden met variaties beschreven voor het meten/afnemen van de PREM bij de eigen cliëntenpopulatie. Voorbeelden van deze meetmethoden zijn: via het ECD, verspreiding vragenlijsten via medewerkers of het inzetten van een extern meetbureau. Variaties hierop betreffen bijvoorbeeld het gebruiken van een papieren versus een online vragenlijst.
- De organisatie heeft de vrijheid om zelf vragen aan de standaard PREM-vragenlijst toe te voegen.
- De aanlevering van de PREM is niet verplicht voor alle zorgaanbieders. De in- en exclusiecriteria voor aanlevering staan opgenomen in het Handboek PREM Wijkverpleging.

Tijdens de verkenning zijn op basis van de interviews met zorgaanbieders de volgende bevindingen over de indicator 'PREM' opgehaald. Bij het merendeel van de zorgaanbieders worden de gegevens opgehaald en geregistreerd door een extern meetbureau. Enkele zorgaanbieders registreren de gegevens via het eigen ECD. Een enkele zorgaanbieder stelt dat deze indicator voor hen niet van toepassing is.

Bij het merendeel van de zorgaanbieders vindt de aanlevering van de gegevens plaats via een extern meetbureau. Enkele zorgaanbieders leveren de gegevens aan via het eigen ECD.

Toepasbaarheid KIK-V voor de indicator 'PREM'

De KIK-V werkwijze zal voor deze indicator maar beperkt van toegevoegde waarde zijn. De benodigde gegevens zijn bij minder dan de helft van de deelnemende zorgaanbieders beschikbaar in een bronsysteem onder (directe) controle van de zorgorganisatie. In het geval dat de gegevens wel aanwezig zijn in een bronsysteem, is de aanlevering al direct vanuit dat bronsysteem (ECD) geautomatiseerd. In andere gevallen bevindt de benodigde informatie zich niet in een bronsysteem binnen de organisatie, maar wordt het proces van het afnemen en rapporteren van de PREM in meer of mindere mate uitbesteed. Verder onderzoek is nodig om de potentiële waarde van KIK-V te beoordelen, bijvoorbeeld of KIK-V toegevoegde waarde heeft voor de aanlevering vanuit de meetbureaus.

5.4 'Belastbaarheid Mantelzorg' | Kwaliteitskader Wijkverpleging (ZIN)

Deze indicator staat beschreven in het [Handboek wijkverpleging indicatorenset belastbaarheid mantelzorg](#) en de [Indicatorenset wijkverpleging belastbaarheid mantelzorg](#). De indicator richt zich op hoofdlijnen op de volgende punten:

- Het percentage organisaties die wijkverpleging bieden dat een vragenlijst gebruikt om de mate van belastbaarheid van de mantelzorg van een cliënt in kaart te brengen.
- Het percentage cliënten, waarbij een vragenlijst (of screeningsinstrument) voor belastbaarheid mantelzorger is ingevuld.
- Het percentage cliënten waarbij in het zorgplan doelen en/of interventies zijn geformuleerd ten behoeve van de mantelzorger.

Tijdens de verkenning zijn op basis van de interviews met zorgaanbieders de volgende bevindingen over de indicator 'Belastbaarheid mantelzorg' opgehaald. Het merendeel van de zorgaanbieders legt gegevens vast in het ECD. Bij enkele zorgaanbieders is niet duidelijk waar de gegevens precies geregistreerd worden. Een zorgaanbieder registreert deze gegevens op papier. Enkele zorgaanbieders hebben aangegeven deze indicator nog niet te registreren.

De aanlevering van deze gegevens verloopt op verschillende manieren. Enkele zorgaanbieders leveren de gegevens aan via een Excel-export. Verder vindt bij enkele zorgaanbieders aanlevering plaats via het eigen ECD, het zorgplan/nulrapportage of een externe organisatie. Enkele zorgaanbieders hebben nog geen aanlevering gedaan voor deze indicator.

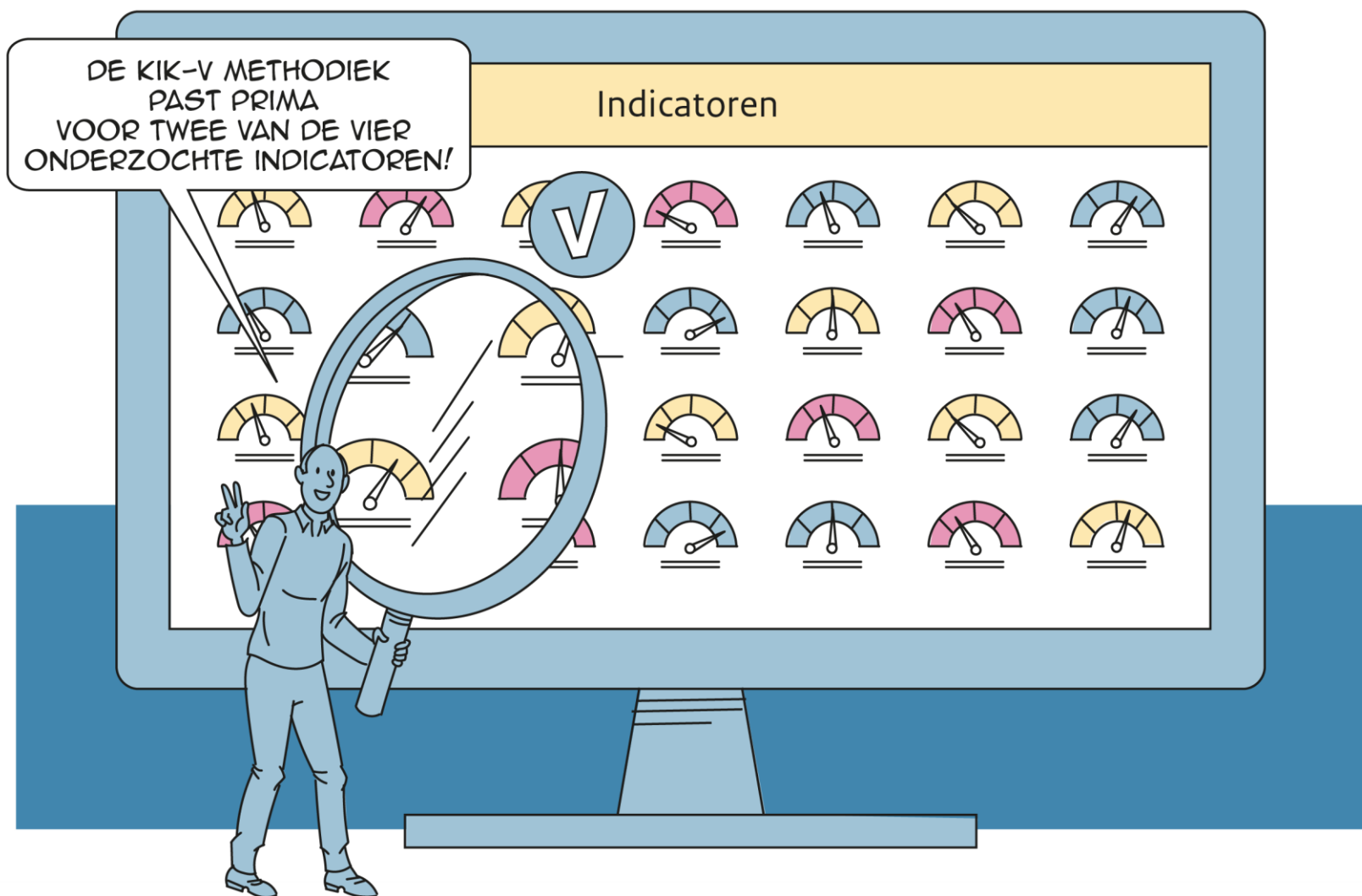
Toepasbaarheid KIK-V voor indicator 'Belastbaarheid Mantelzorg'

Hoewel het begrip 'mantelzorger' nog gedefinieerd zou moeten worden in de KIK-V modelgegevensset, zijn er vanuit KIK-V al gelijksoortige indicatoren geformuleerd. Voor het toepassen van de KIK-V werkwijze is het wel van belang dat de vragenlijsten voor deze indicator in de interne systemen worden verwerkt, zodat de gegevens gestructureerd geregistreerd kunnen worden.

De werkwijze KIK-V is onder voorwaarden toepasbaar voor deze indicatorenset. Hiervoor zullen wel eisen gesteld moeten worden aan de wijze van registratie in het ECD. Op basis van deze beperkte steekproef is te verwachten dat een aanzienlijk aantal organisaties in het ECD en/of registratieproces aanpassingen zal moeten doorvoeren. Enkele organisaties leggen de benodigde

gegevens al gestructureerd vast in het ECD met vragenlijsten. Het komt echter ook voor dat de rol van mantelzorgers wel onderwerp van gesprek is, maar ongestructureerd vastgelegd wordt in de dossiers. Een organisatie die zo werkt, zou procesaanpassingen moeten doorvoeren om deze indicator geautomatiseerd aan te kunnen leveren. Kortom, het gestructureerd vastleggen van de benodigde gegevens in het ECD is randvoorwaardelijk voor de toepasbaarheid van KIK-V voor deze indicator. Als hieraan wordt voldaan kunnen tijdrovende handmatige acties worden voorkomen.

Enkele indicatoren onder de loep



6 Conclusie

Het doel van deze verkenning is het beantwoorden van de vraag:

Wat is de toepasbaarheid van KIK-V in de VVT-sector?

Ondersteunend aan deze hoofdvraag zijn de volgende subvragen beantwoord:

1. Wat is de huidige situatie van gegevensuitwisseling in de VVT?
2. Wat is de meerwaarde voor de VVT om aan te sluiten bij KIK-V?
3. Wat is er nodig voor de VVT om aan te kunnen sluiten bij KIK-V?

Hieronder worden op basis van de eerder gepresenteerde bevindingen de belangrijkste conclusies geschetst.

Conclusies huidige situatie gegevensuitwisseling in de VVT-sector

Op basis van de bevindingen vallen op grote lijnen een aantal punten op. Allereerst is er een aantal overkoepelende knelpunten waar zorgaanbieders tegenaan lopen bij de informatie-uitvragen van ketenpartijen, namelijk:

- het ontbreken van terugkoppeling op aangeleverde gegevens, waardoor het doel en nut van de uitvraag onduidelijk is;
- het inhoudelijk overlappen van informatie-uitvragen van verschillende ketenpartijen;
- het gebrek aan uniforme en eenduidige definities, wat leidt tot veel zoekwerk, onduidelijkheid en het vergelijken met appels en peren.

Verder blijkt dat zorgaanbieders de gegevens voor externe aanlevering bijna niet gebruiken voor interne sturingsdoeleinden. Daarnaast kunnen zorgaanbieders nauwelijks de benodigde tijdsinvestering aangeven, anders dan dat het te veel tijd kost.

Ten tweede zijn twee informatie-uitvragen aangemerkt als grootste knelpunt. Alle zorgaanbieders noemen de informatie-uitvragen van zorgverzekeraars in het kader van zorginkoop, contractering en materiële controle voor Zvw-zorg als de grootste bron van administratieve lasten. Dit komt met name door de verschillende vragenlijsten met verschillende vragen, eisen en voorwaarden die zorgverzekeraars hiervoor gebruiken; iedere zorgverzekeraar vraagt iets anders en hanteert andere eisen. Het kost zorgaanbieders veel tijd om alle benodigde gegevens per zorgverzekeraar te verzamelen. Deze administratieve lasten lopen nog verder op door bijkomende gegevensuitwisseling rondom het budgetplafond en stimuleringsgelden.

De JMV (DigiMV) van het CIBG is de andere informatie-uitvraag die als knelpunt wordt aangewezen. Dit komt met name door het vele knippen en plakken vanuit de jaarrekening, het overtypewerk, de onduidelijke definities en het gebrek aan terugkoppeling. Alle zorgaanbieders zien voor de informatie-uitvragen van zorgverzekeraars en het CIBG een belangrijk aanknopingspunt voor KIK-V.

Tot slot zien meerdere zorgaanbieders, hoewel de Wmo buiten de scope van deze verkenning valt, de Wmo-zorg en -ondersteuning als grote bron van administratieve lasten. Meerdere aanbieders geven aan dat zij hier graag verandering in willen zien en hopen dat de KIK-V werkwijze binnen de Wmo toegepast kan worden.

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

Uit deze verkenning is gebleken dat alle deelnemende zorgaanbieders en ketenpartijen positief zijn over de uitgangspunten en enthousiast reageren op de verbreding van de KIK-V werkwijze naar de gehele VVT-sector. Bijna alle deelnemers zien de KIK-V werkwijze als het ideale plaatje. KIK-V spreekt de zorgaanbieders vooral aan omdat zij denken dat de VVT-sector veel baat gaat hebben bij gezamenlijke afspraken over en afstemming tussen informatie-uitvragen om de gegevensuitwisseling te stroomlijnen. Het ontwikkelen van duidelijke en eenduidige definities wordt gezien als belangrijk pluspunt, aangezien het de uniformiteit tussen uitvragen vergroot en interpretatieverschillen wegneemt. Daardoor worden realistische vergelijking en benchmarking mogelijk.

Zowel de ketenpartijen als zorgaanbieders denken dat KIK-V kan bijdragen aan het verminderen van de administratieve lasten, het vergroten van de representativiteit van de aangeleverde gegevens en het eenvoudiger aanleveren van de gevraagde gegevens. Dat zal volgens meerdere zorgaanbieders een hoop frustraties wegnemen.

Conclusies wat is nodig voor de VVT-sector om aan kunnen te sluiten bij KIK-V

Naast de vele kansen van KIK-V zien de zorgaanbieders en ketenpartijen een aantal uitdagingen voor de verbreding van KIK-V naar de VVT-sector. Belangrijke uitdagingen zijn volgens hen:

- het betrekken en op één lijn krijgen van alle betrokken partijen, in het bijzonder de softwareleveranciers en zorgverzekeraars;

- het in huis hebben van voldoende kennis en kunde om de informatiehuishouding op orde te krijgen;
- het borgen van voldoende capaciteit (voldoende personeel met de benodigde kennis en kunde) om daadwerkelijk met KIK-V aan de slag te gaan.

Verder benoemen zorgaanbieders die zorg leveren in meerdere sectoren de omvang van de verbreding van KIK-V als uitdaging. Voor hen levert KIK-V pas voldoende op als de verbreding omvangrijker is dan enkel de VVT-sector, ook naar onder andere Wmo, kraamzorg en Jeugdwet.

Zorgaanbieders hebben duidelijk kenbaar gemaakt wat zij nodig hebben om met KIK-V aan de slag te gaan. Volgens alle zorgaanbieders is goede begeleiding bij de implementatie van KIK-V de belangrijkste behoefte. Om de eigen informatiehuishouding op orde te krijgen hebben zij voldoende interne capaciteit en kennis nodig, waarvoor financiële middelen vrijgemaakt zullen moeten worden. Tot slot wordt het belang van commitment op bestuurlijk niveau van de zorgorganisatie benoemd om KIK-V verder te brengen.

Alle zorgaanbieders verwachten dat er veel draagvlak is in de gehele VVT-sector om met de KIK-V werkwijze aan de slag te gaan, zowel bij kleinere als grote zorgaanbieders. Om dit draagvlak te vergroten en te stimuleren wordt geadviseerd om het effect van KIK-V aan te tonen met de uitkomsten van het KIK-V traject in de verpleeghuiszorg: van aanvang en verloop van het implementatieproces tot de resultaten en het effect op de administratieve lasten. Tot slot helpt het volgens zorgaanbieders om het nut en de noodzaak van informatie-uitvragen te verduidelijken om het draagvlak te vergroten.

Conclusies huidig registratieproces indicatoren in relatie tot de KIK-V werkwijze

Om uitspraak te kunnen doen over de mogelijke toepasbaarheid van de KIK-V werkwijze in de VVT-sector, is tijdens deze verkenning een analyse uitgevoerd op het registratieproces van vier indicatoren:

1. Indicator 'Aantal medewerkers' (JMV)
2. Indicator 'Aantal cliënten' (JMV)
3. Indicator 'PREM' (Kwaliteitskader Wijkverpleging)
4. Indicator 'Belastbaarheid Mantelzorg' (Kwaliteitskader Wijkverpleging)

Uit deze analyse is gebleken dat de KIK-V werkwijze in de huidige situatie goed toepasbaar is voor de registratie en aanlevering van twee van de vier indicatoren: indicator 'Aantal medewerkers' (JMV) en indicator 'Aantal cliënten' (JMV). Vanuit KIK-V zijn namelijk al gelijksoortige indicatoren geformuleerd voor de verpleeghuiszorgsector. De gevraagde informatie is naar verwachting goed te beantwoorden vanuit bestaande registraties in het personeelssysteem, urenregistratiesysteem, financieel systeem en/of ECD.

Voor de derde indicator 'PREM' (Kwaliteitskader Wijkverpleging) is de KIK-V werkwijze van beperkte toegevoegde waarde, omdat de benodigde gegevens beperkt beschikbaar zijn in de eigen bronsystemen, het registratie- en aanleverproces (deels) is uitbesteed aan een externe partij of de aanlevering reeds geautomatiseerd verloopt via het ECD.

Ook voor de vierde indicator 'Belastbaarheid Mantelzorg' (Kwaliteitskader Wijkverpleging) is de toepasbaarheid van KIK-V momenteel beperkt. Om de toepasbaarheid van KIK-V te

vergroten moeten er eisen opgesteld worden en aanpassingen doorgevoerd om het registratieproces van deze indicator te structureren, om vervolgens de aanlevering te kunnen automatiseren.

7 Aandachtspunten bij KIK-V in de VVT

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. Besteed aandacht aan de noodzaak van informatie-uitvragen en bepaal welke informatievragen echt nodig zijn. Maak hierbij onderscheid tussen need to know en nice to know.

Deelnemers aan de co-creatiesessie noemen als aanbeveling dat er aandacht moet zijn voor informatievragen die echt nodig zijn voor het veld. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen gegevens die echt nodig zijn – bijvoorbeeld conform de wettelijke taak van een ketenpartij of in het kader van leren en verbeteren van zorgaanbieders (need to know) – en gegevens die slechts interessant zijn om te hebben (nice to know).

Het onderscheid tussen need to know en nice to know is een proces dat samen met de ketenpartijen binnen KIK-V voor de verpleeghuiszorg al is georganiseerd (matchingsproces). Met ketenpartijen wordt gekeken naar hun informatiebehoefte. Hierbij wordt onder andere onderzocht of zij de informatie op een andere manier kunnen verkrijgen, wat het doel is van de vraag, en wat

zij vervolgens met deze gegevens doen. Zorgaanbieders vinden het belangrijk dat dit proces ook voor de uitvragen binnen de VVT zorgvuldig doorlopen wordt.

Bij deze aanbeveling noemen zorgaanbieders als voorbeeld de uitvraag vanuit het Kwaliteitskader Wijkverpleging over ongeplande ziekenhuisbezoeken. Het doel van deze uitvraag is onder andere om het leren en verbeteren in de teams te ontwikkelen, maar zorgaanbieders geven aan dat dit niet of nauwelijks gebeurt. Voor deze uitvraag wordt namelijk gekeken naar de declaratiedata van een jaar geleden. De data zijn dusdanig verouderd dat het voor zorgaanbieders weinig nut heeft om hier een verbeterplan voor op te stellen; de situatie bij de zorgaanbieder kan ondertussen behoorlijk veranderd zijn. Het is van belang dat binnen KIK-V kritisch naar informatievragen wordt gekeken en dat er aandacht is voor informatievragen die echt nodig zijn en/of door het veld van toegevoegde waarde worden geacht.

2. Focus op het organiseren van commitment van alle betrokken partijen op basis van de verbredingsscope VVT-sector.

Op het moment dat de werkwijze KIK-V wordt verbreed naar de VVT, heeft dit ook effect op de partijen die hierbij betrokken (moeten) zijn. De stakeholders voor de VVT kennen grotendeels overlap met de stakeholders voor de verpleeghuiszorg. Afhankelijk van de gekozen verbredingsscope zal een aantal partijen extra betrokken moeten worden. Denk aan zorgverzekeraars, het CIBG en gemeenten. Het is te adviseren om voorafgaand aan het oppakken van informatie-uitvragen van deze partijen commitment te organiseren bij deze partijen door

hen te informeren over onder andere de doelstellingen en uitgangspunten van KIK-V.

3. Zet binnen KIK-V als eerste in op het oppakken van de informatie-uitvraag JMV (DigiMV) en de informatie-uitvragen vanuit zorgverzekeraars in het kader van contractering en materiële controle.

In de verkenning hebben zowel alle deelnemende zorgaanbieders als de beroepsvereniging Fizi (voor financials in de zorg) aangegeven dat de JMV veel administratieve lasten oplevert voor zorgaanbieders. De jaarrekening moet worden aangeleverd en vervolgens moeten dezelfde cijfers worden overgetypt in andere velden. Definities zijn niet altijd helder en het is onduidelijk wat er met de gegevens gebeurt. Goede benchmark met andere organisaties is niet mogelijk. Zij zien meerwaarde van KIK-V als oplossingsrichting voor deze uitvraag. Meerdere partijen (zowel zorgaanbieders als ketenpartijen) hebben zelfs benoemd dat zij het liefst zien dat de JMV als eerstvolgende onderwerp binnen KIK-V wordt opgepakt. Ook tijdens de co-creatiesessie hebben deelnemers die het programma KIK-V al goed kennen aangegeven dat zij voordelen zien in een uitwisselprofiel voor de uitvraag JMV.

Bijkomend voordeel van het oppakken van dit onderwerp is dat bedrijfsvoering al onderdeel is van de huidige scope van KIK-V. Momenteel wordt er vanuit het programma voor de verpleeghuiszorg een analyse uitgevoerd op de JMV in relatie tot de gegevensset KIK-V. De verwachting is dat deze informatie grotendeels hergebruikt kan worden voor de gehele VVT-sector en dat daardoor de inspanning voor zowel zorgaanbieders als het CIBG beperkt is.

Daarnaast is aanbevolen om ook met de uitvragen vanuit zorgverzekeraars (voor het contracteringsproces en zorginkoop) binnen KIK-V aan de slag te gaan. Voor deze uitvraag verwachten vooral zorgaanbieders veel voordelen van het uniformeren van uitvragen van zorgverzekeraars en het hanteren van eenduidige definities. Als kanttekening wordt genoemd dat deelname van zorgverzekeraars randvoorwaardelijk is om dit te organiseren.

4. Onderzoek de mogelijkheden om de Wmo mee te nemen in de verbreding van KIK-V.

Voor deze verkenning is ervoor gekozen om de Wmo buiten beschouwing te laten vanwege de complexiteit en het aantal gemeenten in Nederland. Daarnaast zijn gemeenten nog geen stakeholder binnen het huidige programma KIK-V. Wel ervaren meerdere zorgaanbieders veel administratieve lasten rond de verantwoording richting gemeenten. Door de ervaren administratieve lasten vinden zorgaanbieders het wel van belang om de Wmo onderdeel te laten zijn van KIK-V. Vanuit de co-creatiesessie wordt daarom geadviseerd om een onderzoek te starten naar de gegevensuitwisseling met gemeenten en de wijze waarop gemeenten potentieel betrokken kunnen worden bij KIK-V.

5. Maak keuzes in de wijze van berekenen om tot vergelijkbare informatie tussen zorgaanbieders te komen.

Zorgaanbieders die al deelnemen aan KIK-V merken op dat in sommige gevallen de keuze aan de zorgaanbieder wordt gelaten om een berekening te doen. Een voorbeeld hiervan is de toerekening van zorgpersoneel aan een bepaalde financieringsstroom. De toerekening kan op basis van bijvoorbeeld omzet of cliëntenaantallen. Als zorgaanbieders hier

een andere keuze in maken, leidt dit tot niet-vergelijkbare informatie. Enkel het meegeven van kaders en richtlijnen is niet voldoende, omdat er dan nog steeds ruimte is voor een eigen invulling. Het is dus belangrijk dat de keten keuzes maakt voor een berekeningswijze om echt tot vergelijking van appels met appels te komen.

6. Vergroot gelijkwaardigheid tussen zorgaanbieders en uitvragende partijen door wederkerigheid en transparantie; creëer informatiestromen in beide richtingen.

Een andere aanbeveling die door deelnemers is genoemd, is het vergroten van gelijkwaardigheid tussen zorgaanbieders en uitvragende partijen. In de huidige situatie ervaren zorgaanbieders vaak een machtspositie van uitvragende partijen. Het verstrekken van informatie en aanleveren van gegevens is veelal eenrichtingsverkeer (van zorgaanbieder naar uitvragende partij). Zorgaanbieders vinden het belangrijk dat er meer wederkerigheid en transparantie komt. Dit kan volgens hen worden vergroot door informatiestromen in beide richtingen te organiseren. Dit zorgt volgens een van de zorgaanbieders voor een overgang van wantrouwen naar vertrouwen. Hierbij worden twee voorbeelden geschetst:

- De aanlevering van de JMV: zorgaanbieders ontvangen graag rapporten met informatie over hun organisatie ten opzichte van andere zorgaanbieders om te kunnen benchmarken.
- De aanlevering van informatie voor contractering met zorgverzekeraars: zorgaanbieders zouden graag inzicht willen in de totstandkoming van tarieven.

"Presenteer dan ook hoe wij het doen ten opzichte van de gemiddelde populatie en vergelijkbare organisaties. Geef ons ook de prikkel om te verbeteren, in plaats van nog niet eens een dankjewel." - Zorgaanbieder

7. Verken het toekennen van certificering aan softwareleveranciers die betrokken zijn bij KIK-V.

Zorgaanbieders geven aan dat het fijn zou zijn als inzichtelijk is welke softwareleveranciers bekend zijn met KIK-V en voldoen aan de eisen op het gebied van inrichting. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden aangetoond door middel van certificering. Zorgaanbieders hoeven dan geen verzoeken in te dienen bij hun softwareleverancier om aanpassingen door te voeren (zodat de inrichting voldoet aan de KIK-V werkwijze), omdat de certificering dit al vereist.

"Wij zijn een kleine organisatie. Als wij bij onze softwareleverancier iets aanvragen voor verbetering van het systeem, heeft dit voor hen niet direct prioriteit." - Zorgaanbieder

8. Aanhaken van kleine zorgaanbieders bij KIK-V

Tot slot benoemen deelnemers dat er voldoende aandacht moet zijn voor het aanhaken van kleine zorgaanbieders. Onder andere brancheorganisaties geven aan dat het voor kleine zorgaanbieders soms lastig is om deel te nemen aan programma's zoals KIK-V. Zij hebben vaak niet de capaciteit, kennis en geld, en blijven soms nog wat achter op het gebied van informatisering. Als KIK-V wordt verbreed naar de VVT, neemt het aantal kleine zorgaanbieders aanzienlijk toe. Daarom is het goed om na te

gaan op welke wijze kleine zorgaanbieders aangehaakt kunnen worden bij KIK-V. Een van de deelnemers noemde als voorbeeld het opzoeken van samenwerking tussen kleine zorgaanbieders of het samenwerken met andere zorgaanbieders in dezelfde regio.

Bijlage 1 – Kenmerken deelnemende zorgaanbieders

Figuur 1. Overzicht van de regionale spreiding van de deelnemende zorgaanbieders



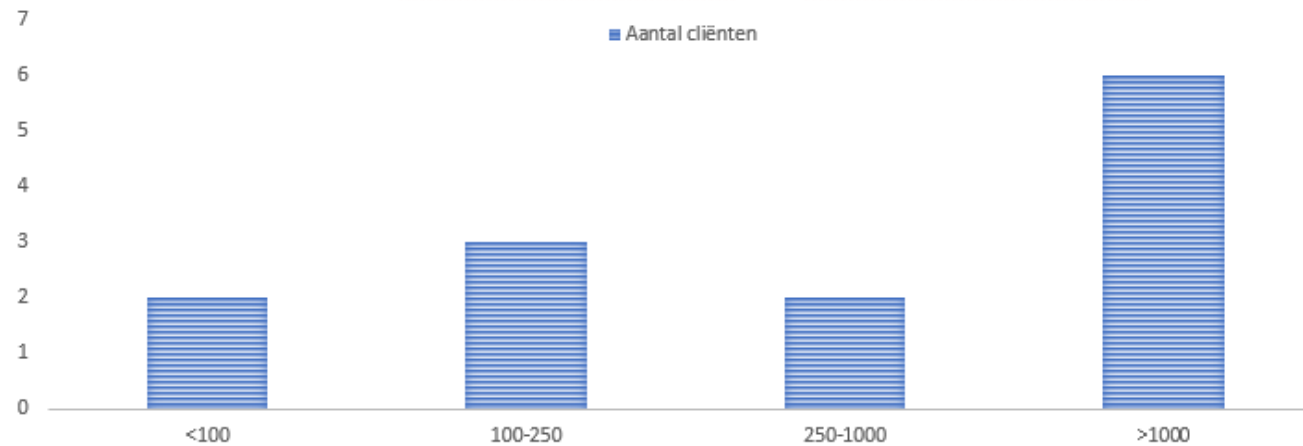
De dertien zorgaanbieders zijn gevestigd in de volgende locaties: Den Haag, Tilburg, Santpoort-Noord, Arnhem (2x), Utrecht, Hoorn, Barneveld, Roosendaal, Groenlo, Middelharnis, Bosschenhoofd/Spijkenisse en Zoetermeer.

Tabel 3. Overzicht van VVT-zorgaanbod, ECD- en HRM-systemen van de deelnemende zorgaanbieders

Organisatie	Zorgaanbod binnen VVT	ECD-systeem	HRM-systeem
1	Wijkverpleging	PUUR (Ecare)	Evt. AFAS
2	Wijkverpleging	Ons (Nedap)	OneDrive
3	Verpleeghuiszorg, wijkverpleging	Ons (Nedap), LableCare	Loket
4	Wijkverpleging	PUUR (Ecare)	Exact
5	Verpleeghuiszorg, wijkverpleging, GRZ, ELV	Ons (Nedap)	AFAS
6	Verpleeghuiszorg, wijkverpleging, GRZ, ELV	Ons (Nedap)	AFAS
7	Verpleeghuiszorg, wijkverpleging, GRZ, ELV	Ons (Nedap)	AFAS
8	Wijkverpleging	Ons (Nedap)	AFAS
9	Verpleeghuiszorg, wijkverpleging	Ons (Nedap)	SDB Groep
10	Verpleeghuiszorg, wijkverpleging, ELV	SDB Groep	AFAS
11	Verpleeghuiszorg, wijkverpleging, GRZ, ELV	Pluriform	AFAS
12	Wijkverpleging	Ons (Nedap)	Exact Online
13	Wijkverpleging	SDB Groep	Loket

Deelnemende zorgaanbieders | Omvang & zorgaanbod

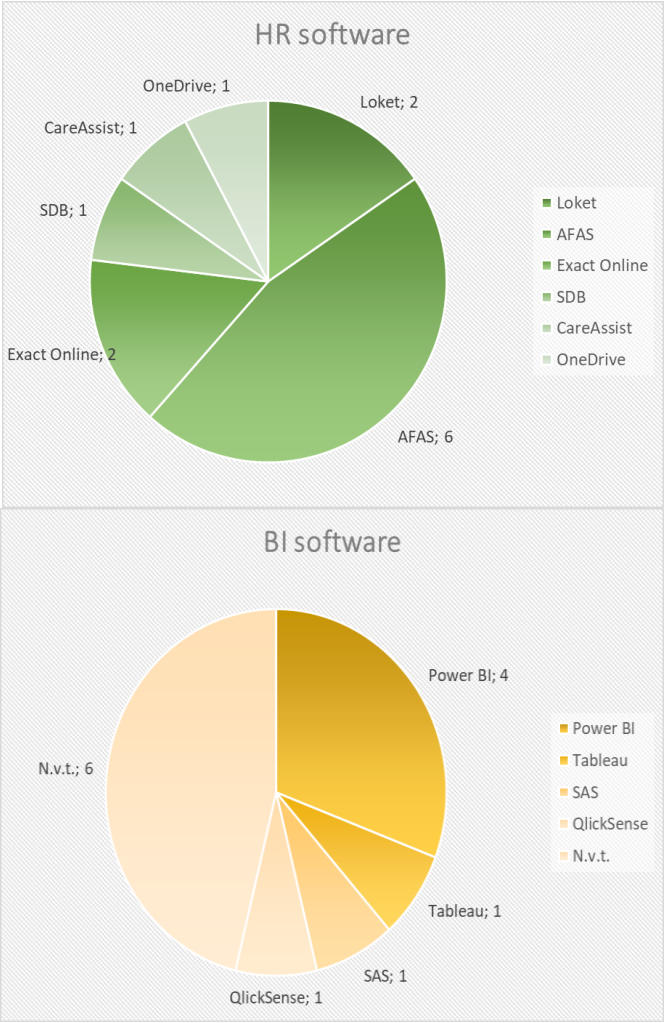
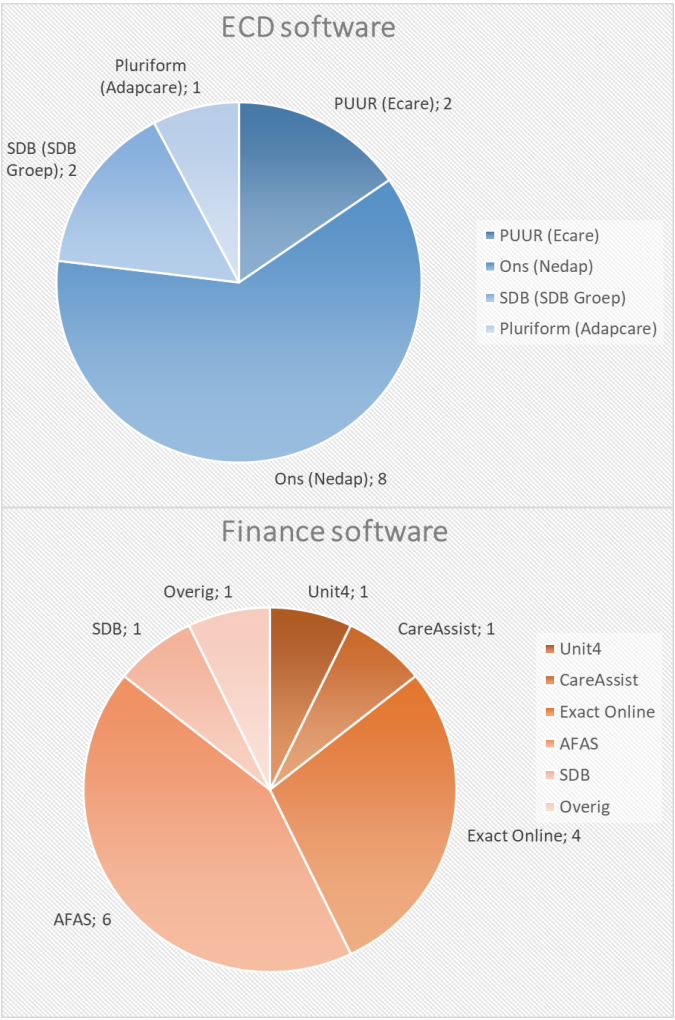
OMVANG ZORGAANBIEDERS IN CLIËNTAANTALLEN



ZORGAANBOD ZORGAANBIEDERS



Deelnemende zorgaanbieders | Softwarepakketten



Bijlage 2 – Deelnemende ketenpartijen

Figuur 2. 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 VVT is inhoudelijke input opgehaald uit 7 van de 8 interviews, namelijk: Fizi, NZa, Zorgkantoor CZ, Zorgkantoor Zilveren Kruis, IGJ, ZIN en het Ministerie van VWS.



Bijlage 3 - Maatregelen borging onderzoekskwaliteit

Borging van onderzoekskwaliteit

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

- In opdracht van VWS en de betreffende branchepartij heeft het Zorginstituut het onderzoek uitgevoerd.
- Er is 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 en 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 met 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). Ook wordt uitgegaan van ethische

onderzoekprincipes 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 er afstemming geweest tussen de verschillende trajecten om deze waar mogelijk te combineren.

Bijlage 4 – 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.

Cliënt: 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, uitwisselprofielen en modelgegevensset.

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