



Charter



**Kwaliteitsvolle registratie
van gegevens uit de zorgsector**

Charter voor een kwaliteitsvolle registratie
van gegevens uit de zorgsector



Woord vooraf

Niemand twijfelt aan het belang van een vlotte uitwisseling van informatie tussen zorgverstrekkers en hun patiënten of cliënten. Ook de verschillende overheden weten als belangrijke stakeholder graag wat zich binnen de zorgsector afspeelt. Daarom vragen ze de zorginstellingen regelmatig om heel wat gegevens te registreren en door te sturen.

Zorgnet Vlaanderen is ervan overtuigd dat de registratieprocedures veel eenvoudiger kunnen. Met dit gloednieuwe *Charter voor een kwaliteitsvolle registratie van gegevens uit de zorgsector* reikt onze organisatie de overheden hiervoor een constructieve leidraad aan. Hoewel het initiatief voor dit charter uit de ziekenhuissector komt, kan het zonder twijfel ook zijn nut bewijzen in andere zorg- of dienstensectoren.

Dit werkstuk is het resultaat van het gebalde denk- en doeproces van een werkgroep binnen Zorgnet Vlaanderen, samengesteld uit registratie-experten en directies. De ideeën van de werkgroep werden nagelezen en becommentarieerd door een onafhankelijk leescomité en daarna ook informeel afgetoetst bij verschillende bevoegde overheden.

Zorgnet Vlaanderen bedankt in de eerste plaats zijn leden die op actieve en enthousiaste wijze participeerden aan de werkgroep en het leescomité. Zonder de input van de ziekenhuizen zelf, zonder de bezielende leiding van de voorzitter van de werkgroep en zonder de kritische reflecties van het leescomité was dit document nooit tot stand kunnen komen.

We nodigen de verschillende overheden en de vertegenwoordigers van de zorginstellingen uit om dit charter te ondertekenen en te implementeren. De zorgsector wil zich er immers toe verbinden gedreven deel te nemen aan zinvolle registraties. Dat wederzijdse engagement tot kwaliteitsvol registreren kan onze zorg enkel ten goede komen.

Brussel, maart 2010

Peter DEGADT
gedelegeerd bestuurder

Guido VAN OEVELEN
voorzitter

Colofon: **Projectcoördinatie:**

Coussée Frederik

Redactie:

Coussée Frederik

Met inhoudelijke bijdrage van:

Baetens Dirk, Boeckxstaens Chris, Coussée Frederik, De Gronckel Koen, Duyck Roger, Fontaine Peter, Garmyn Nico, Garré Patrick, Gilson Lieve, Jacobs David, Maertens Rudy (voorzitter werkgroep registraties), Michiels Dominik, Moens Ann, Rijckaert Lieven, Rosseel Luc, Tuerlinckx Maurice, Van der Auwera Dirk, Van Hoye Peter, Vanaken Luc, Vercruyssen Wim.

Eindredactie:

Zenner Catherine

Vormgeving:

www.dotplus.be

Verantwoordelijke uitgever:

Guido Van Oevelen, p/a Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Inhoudstafel

Woord vooraf	5
<hr/>	
Charter	8
1. Probleemstelling	8
2. Strategisch omgaan met registraties	9
3. Methodiek voor een kwaliteitsvolle registratie van zorggegevens	10
4. De Registratieraad	12
5. Randvoorwaarden	13
6. Conclusie	13
<hr/>	
Stapsgewijze bespreking van de methodiek voor een kwaliteitsvolle registratie van zorggegevens	14
Stap 1: Doelstelling van de registratie	14
Stap 2: Betrokkenheid van de sector	15
Stap 3: Ontwikkeling van het instrument	16
Stap 4: Audit en auditmethode	16
Stap 5: Testfase	18
Stap 6: Implementatie	19
Stap 7: Terugkoppeling en benchmark	20
Stap 8: Opvolging en sancties	21
<hr/>	
Criteria ter aftoetsing van de principes van het charter voor een kwaliteitsvolle registratie	23
Stap 1: Doelstelling van de registratie	23
Stap 2: Betrokkenheid van de sector	23
Stap 3: Ontwikkeling van het instrument	24
Stap 4: Audit en auditmethode	24
Stap 5: Testfase	24
Stap 6: Implementatie	24
Stap 7: Terugkoppeling en benchmark	25
Stap 8: Opvolging en sancties	25
<hr/>	
Overzicht van de belangrijkste verplichte registratiesystemen in de ziekenhuizen	26
Bevoegde overheid: FOD Volksgezondheid	26
Bevoegde overheid: RIZIV	28
Bevoegde overheid: Vlaamse Gemeenschap	28
Andere bevoegde overheden	30

Charter

1. Probleemstelling

Meten is weten, ook binnen de gezondheidszorg. Het hoeft bijgevolg niet te verwonderen dat de verschillende overheden zorginstellingen vragen om hun activiteiten in kaart te brengen. Daarvoor moeten de instellingen een heleboel gegevens registreren, waarmee beleidsmatig bovendien niet altijd wat gedaan wordt.

De databanken met gezondheidszorggegevens groeien intussen aan een stevig tempo. De overheden blijven immers de nood voelen om steeds bijkomende informatie op te vragen. Daartoe gebruiken ze soms nieuwe gesofisticeerde registratie-instrumenten, maar meestal gewone ad-hoc-enquêtes. Die moeten veelal onmiddellijk ingevuld en teruggestuurd worden naar de overheid van wie het initiatief uitgaat. Niet zelden wordt informatie opgevraagd die al in eigen of andere overheidsdatabanken beschikbaar is.

Een telling van de registraties die enkel van de FOD Volksgezondheid uitgaan, leert dat ziekenhuizen aan meer dan 70 registraties moeten deelnemen. Het meewerken aan de verplichte gegevensinzameling en het streven naar een kwaliteitsvolle en betrouwbare registratie vergen steeds nieuwe investeringen in mankracht en middelen.

Onderstaande tabel toont de registratiekost van de minimale ziekenhuisgegevens (MZG)¹ aan de hand van een kosten-batenanalyse. Die analyse gebeurde op basis van een steekproef bij elf Vlaamse ziekenhuizen, die 12% van het totale aantal bedden in België vertegenwoordigen.

Tabel 1. Registratiekost van de minimale ziekenhuisgegevens (kosten-batenanalyse).

Minimale ziekenhuisgegevens (MZG)	gemiddelde van de steekproef	min.	max.	standaard-deviatie
BATEN: overheidstussenkomst voor registraties (uitgedrukt in % van de werkingsmiddelen voor verpleegkundige zorg ²)	0,90%	0,70%	1,30%	0,18%
KOSTEN: totale kost van registraties (uitgedrukt in % van de werkingsmiddelen voor verpleegkundige zorg)	3,16%	2,34%	6,61%	1,23%
NETTO SALDO (baten – kosten)	-2,26%	-1,24%	-5,31%	1,16%
registratiekost per opname	15,48 €	7,16 €	29,61 €	6,69 €
registratiekost per ligdag	3,36 €	1,87 €	6,39 €	1,25 €
registratiekost per geregistreerd record	7,78 €	5,28 €	13,46 €	2,67 €
aantal ingezette registratie-FTE's per 100 bedden	1,54	1,12	2,16	0,37

Wanneer we bovenstaande cijfers naar nationaal niveau extrapoleren, kunnen we stellen dat de ziekenhuizen ongeveer het equivalent van 800 FTE's (fulltime-equivalent) inzetten voor de registratie van de MZG-gegevens. Rekening houdend met de bijhorende informaticakosten en opleiding, investeren ze hiervoor zelf (dus exclusief overheidsbetoelaging) 38,5 miljoen euro op jaarbasis. Dezelfde extrapolatie

1. Het betreft de registratie van klinische, verpleegkundige en psychiatrische gegevens, van spoedgevallen en van de MUG.
2. Met werkingskosten voor verpleegkundige zorg verwijzen we naar het onderdeel B2 van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

toont aan dat de totale kost voor de registratie van MZG meer dan 54 miljoen euro bedraagt, waarvan de overheid slechts 15,5 miljoen euro voor haar rekening neemt.

De kosten-batenanalyse onderlijnt bovendien dat een financiering ten belope van 1,5 FTE per 100 bedden binnen het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen een absoluut minimum is om de personeelskost van MZG-registraties te dragen. Schematisch kunnen we dit als volgt samenvatten:

Tabel 2. MZG: inzet van mankracht en middelen op landelijk niveau

Minimale ziekenhuisgegevens (MZG): inzet van mankracht en middelen op landelijk niveau	
PERSONEEL (uitgedrukt in fulltime-equivalenten)	800
KOSTEN (personeel en uitrusting)	54 miljoen euro
OVERHEIDSTUSSENKOMST	15,5 miljoen euro
NETTO SALDO (baten – kosten)	- 38,5 miljoen euro

MZG maken slechts een deel uit van het totale volume aan verplichte registraties (zie p. 26 tot 30). Het spreekt voor zich dat de totale kost voor alle verplichte registraties veel hoger oploopt dan de vernoemde 54 miljoen euro op jaarbasis.

Naast de economische kost van registraties en de onderfinanciering ervan, stelt de sector zich ook ethische vragen bij de overvloed aan registraties. Door de registratiedrang houdt het zorgpersoneel immers minder tijd over voor patiëntenzorg, wat met de huidige personeelsschaarste moeilijk te verantwoorden is.

2. Strategisch omgaan met registraties

Dit charter voor een kwaliteitsvolle registratie van zorggegevens wil meer doen dan enkel aanbevelingen formuleren voor de overheid en voor de sector om correct om te gaan met registraties. Er is ook nood aan een brede strategische visie die de registratieproblematiek in haar totaliteit benadert.

We stellen vast dat vele overheden op structurele wijze gegevens over gezondheidsvoorzieningen verzamelen voor beleids-, financierings- en controledoeleinden. Tezelfdertijd blijven ze om de haverklap ad-hoc enquêtes rondsturen naar de instellingen.

Het is hoog tijd dat alle beschikbare data en informatie optimaal worden benut, ongeacht waar die zich fysiek bevinden. Het kan niet dat bijvoorbeeld de FOD Volksgezondheid en het RIZIV bij de zorginstellingen exhaustieve personeelslijsten opvragen, terwijl die informatie uiteraard ook beschikbaar is bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ). Een rechtstreekse toegang tot de databanken van de RSZ voor de vermelde administraties zou dergelijke bevragingen onmiddellijk overbodig maken.

Strategisch omgaan met registraties betekent dat er volop gestreefd moet worden naar *shared information*. Er is nood aan een systeem dat alle informatie inventariseert die door de verschillende overheden over de zorginstellingen wordt opgevraagd en bijgehouden. Bevoegde instanties die nood hebben aan relevante en gestandaardiseerde gegevens moeten dan geen extra registraties uitschrijven. We pleiten hierbij zeker niet voor een nieuwe alomvattende centrale databank, maar veeleer voor beveiligde koppelingen tussen bestaande databases. Zo vermijden we dat zorginstellingen aan verschillende administraties (bijna) dezelfde data moeten overmaken.

Het concept van *shared information* kan uiteraard niet losgekoppeld worden van een strikt beleid inzake de privacy en de beveiliging van gedeelde gegevens. Overheden moeten eerst een machtiging verwerven om toegang te krijgen tot de relevante informatie binnen hun bevoegdheidsdomein. Strikte afspraken worden gemaakt over de authenticatie van de personen die in naam van gemachtigde overheden toegang hebben tot onderdelen van de virtuele databank met gezondheidszorginformatie. Gegevens over patiënten zijn, zoals nu ook het geval is, strikt anoniem voordat ze door een geauthenticeerd persoon kunnen worden geconsulteerd. Zorgverstrekkers hebben altijd toegang tot de informatie die van hen afkomstig is of op hen betrekking heeft, en kunnen onjuiste gegevens corrigeren.

De gedeelde informatie mag zich niet beperken tot zorgdata of klinische gegevens. Administratieve processen en procedures kunnen eveneens via het platform gedeeld worden.

Het platform wordt beheerd door een onafhankelijke *trusted third party* die ook instaat voor de toekenning van de toegangsrechten. Daarnaast zal de beheerder alle beschikbare gegevens verder standaardiseren zodat de verschillende informatiebronnen gemakkelijk kunnen worden gekoppeld.

De gegevens- en informatiestromen tussen zorgverstrekkers, verzekeringsinstellingen en overheden (zowel federale als die van de gemeenschappen en de gewesten) moeten vooraf grondig worden bestudeerd. Er is een mentaliteitswijziging nodig om het concept van *shared information* te laten slagen. Gedeelde informatie betekent immers dat de gegevens tot het publieke domein behoren en daarbij op een afgeschermd en beveiligde wijze worden bekendgemaakt. Data worden slechts eenmaal vastgelegd, terwijl ze veelvuldige toepassingen kunnen hebben.

3. Methodiek voor een kwaliteitsvolle registratie van zorggegevens

Een nieuwe registratie kan slechts succesvol zijn wanneer aan acht kritische stappen en een aantal randvoorwaarden (cf. punt 5) wordt voldaan. Het strategische kader van *shared information* (zie punt 2) mag hierbij niet uit het oog worden verloren.

De eerste stap benadrukt het belang van het strategisch omgaan met gegevens. Uit de tweede stap blijkt dat een registratie pas zin heeft als haar doel op voorhand duidelijk is. In deze fase wordt onderzocht of het registratie-instrument wel degelijk de gewenste gegevens in kaart brengt. Alle betrokkenen dragen hierbij verantwoordelijkheid. De volgende stap benadrukt dat een registratie meer kans op succes heeft als de sector van bij het prille begin bij het proces betrokken is. In stap vier komt de ontwikkeling van het registratie-instrument aan bod. Dat moet duidelijk worden afgestemd op de voorheen geformuleerde doelstelling. De ingeschatte kost van de ontwikkeling van het instrument hoort afgewogen te worden tegen de verwachte voordelen. Vervolgens dienen, nog vóór een registratie-instrument experimenteel getest wordt binnen een groep van pilootziekenhuizen, de audit en de auditmethode uitgewerkt en gekend te zijn. Pas nadat de testfase succesvol is afgerond, kan de nieuwe registratietoepassing worden opgelegd aan alle ziekenhuizen. Specifieke overgangsmaatregelen voor de periode waarin het aangepaste of nieuwe instrument het oude vervangt, moeten hierbij worden bepaald.

Na het doorsturen van de geregistreerde gegevens spreekt het voor zich dat ziekenhuizen de nodige feedback krijgen en dat hen al wat benchmarkresultaten worden bezorgd. Uiteraard moet een afdoend controle- en sanctioneringsmechanisme worden voorzien om te vermijden dat ziekenhuizen foutieve of frauduleuze resultaten doorgeven aan de overheid. Verder in dit charter worden de verschillende stappen in detail toegelicht (p. 14 tot 22).

SHARED
INFORMATION

&

RANDVOORWAARDEN:

duidelijkheid

transparantie

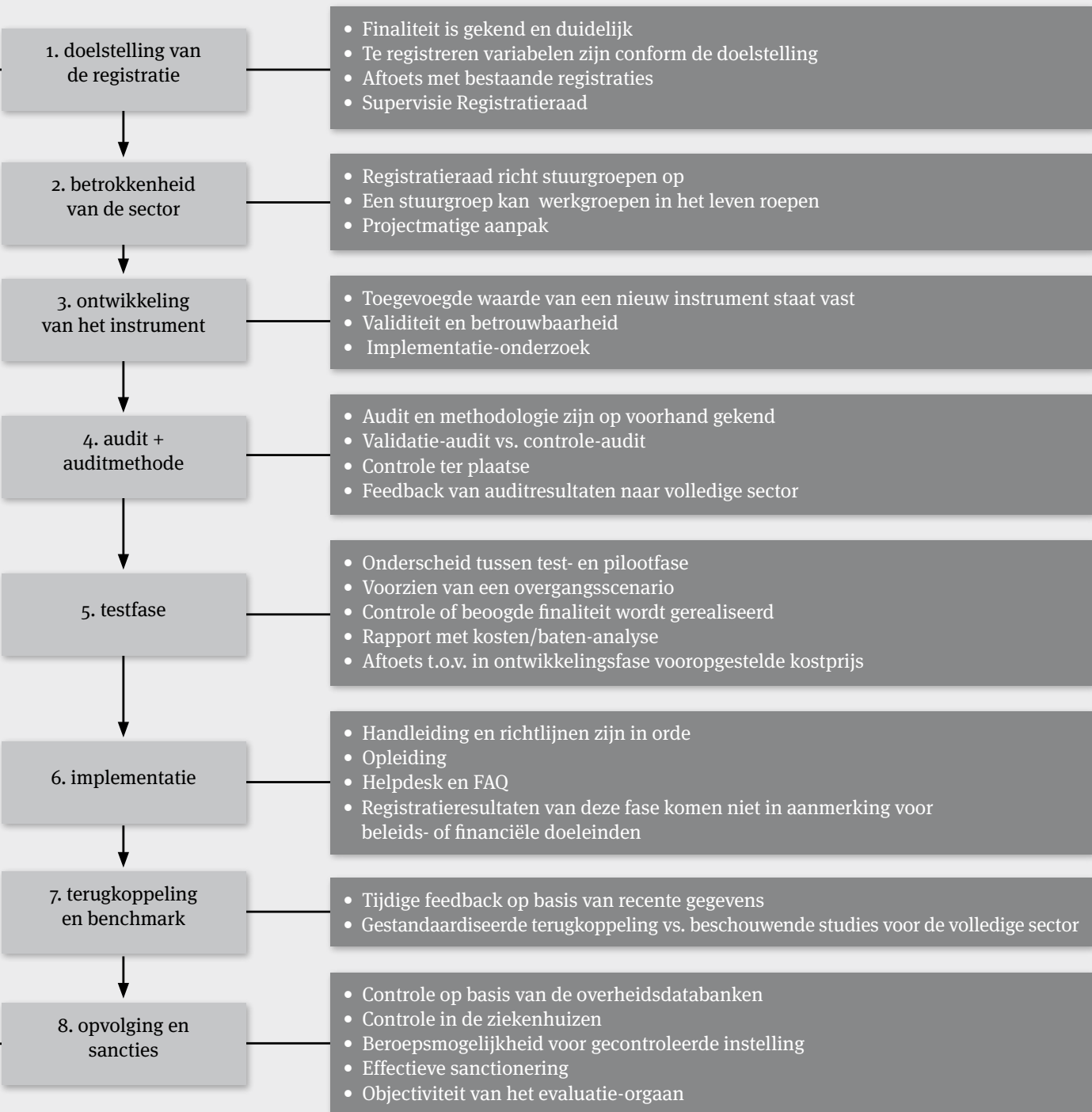
tijdigheid

communicatie

projectmatige aanpak

service level
agreements

Figuur 1. Methodiek voor een kwaliteitsvolle registratie van zorggegevens.



4. De Registratieraad

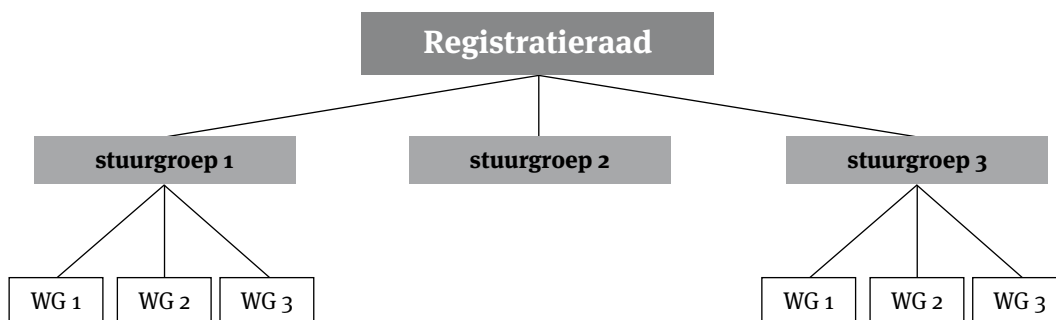
De hierboven geschetste methodiek kan slechts vruchten afwerpen indien er een duidelijke beslissingsstructuur bestaat. Die bewaakt de principes van het charter, gaat projectmatig te werk en streeft naar een optimale samenwerking met en interactie tussen de verschillende overheden en hun bestaande instrumenten.

Zorgnet Vlaanderen stelt voor die taak toe te kennen aan één specifiek orgaan of commissie: de Registratieraad. De Raad is bevoegd voor alle verplichte registraties, ongeacht de opdrachtgevende overheid. Vertegenwoordigers van de betrokken overheden, administraties en zorginstellingen maken deel uit van het orgaan. Elke overheid die een registratie of bevraging wenst uit te voeren, is verplicht de Registratieraad te consulteren.

De Registratieraad verwijst de overheidsopdracht door naar een stuurgroep die zij daartoe opricht. De stuurgroep staat op projectmatige wijze in voor de ontwikkeling van de gevraagde registratie. In overleg met de sector duidt de Raad de leden van elke stuurgroep aan, waarbij het evenwicht wordt bewaakt tussen de vertegenwoordiging van de bevoegde overheid en die van de sector. Elke stuurgroep zorgt ervoor dat de vooropgestelde doelstellingen worden behaald en dat de afgesproken termijnen en kosten worden gerespecteerd. De stuurgroep rapporteert daarover regelmatig aan de Registratieraad.

Een stuurgroep kan desgewenst werkgroepen oprichten om bepaalde onderdelen van een bevraging of registratie(-instrument) uit te werken. De werkgroep rapporteert aan de stuurgroep.

Figuur 2. Structuur van de Registratieraad.



Het eindrapport van de stuurgroep aan de Registratieraad bevat minstens een advies van zowel de vertegenwoordigers van de overheid als die van de sector over de haalbaarheid en de wenselijkheid van de nieuwe registratie. Elk ongunstig advies wordt gemotiveerd. De overheid die na een ongunstig advies toch beslist een registratie en/of registratie-instrument door te voeren, motiveert haar beslissing.

5. Randvoorwaarden

Wanneer een nieuwe registratie en/of een vernieuwd registratie-instrument uitgedacht en ingevoerd wordt, gaat dat gepaard met gerichte en duidelijke communicatie en coördinatie.

De hoeksteen voor het slagen van elk project is een efficiënte en effectieve communicatie, samengevat in de volgende kernbegrippen: duidelijk, transparant en tijdig.

- Duidelijk: correct en eenduidig te interpreteren, indien nodig is er tweetalige communicatie en verslaggeving.
- Transparant: van elke vergadering en beslissing wordt een verslag gemaakt en gepubliceerd.
- Tijdig: verslagteksten worden binnen een vooraf bepaalde termijn gepubliceerd; richtlijnen worden op tijd beschikbaar gesteld zodat er voldoende gelegenheid is om te ageren; vragen worden binnen een vooraf bepaalde periode beantwoord.

Een projectmatige aanpak vereist tevens een duidelijke coördinatie.

- Alle verantwoordelijken, projectbegeleiders, coördinatoren, verslaggevers, leden van werkgroepen, werkgroepvoerders... zijn duidelijk en eenduidig geïdentificeerd.
- De aanspreekpunten voor vragen, opmerkingen en suggesties worden aangeduid. In geval van afwezigheid is steeds een back-up voorzien. Betreffende personen zijn competent, tweetalig en bereikbaar tijdens de kantooruren.

Vragen, opmerkingen en suggesties krijgen antwoord binnen een redelijke termijn. Op een internetforum zijn alle vragen en antwoorden publiek zichtbaar. Relevante vragen en antwoorden worden gebundeld in een FAQ-module (frequently asked questions).

Documentatie, richtlijnen en handleidingen zijn tijdig beschikbaar op een website, en in voorkomend geval in beide landstalen. Tussen de verschillende taalversies mogen geen inhoudelijke verschillen bestaan.

Er wordt zo veel mogelijk gewerkt met onlinetoepassingen, waardoor snel en doelgericht informatie kan worden uitgewisseld.

Een aanbevelenswaardig instrument om na te gaan of de vooropgestelde doelstellingen en afspraken gehaald worden, is het Service Level Agreement (SLA). Dat is een dienstenniveau-overeenkomst tussen overheid en Registratieraad als opdrachtgever en eindverantwoordelijke voor de gevraagde registratie. Op basis van een SLA kunnen de gestelde criteria (zie p. 23 tot 25) worden opgevolgd en geëvalueerd.

6. Conclusie

Voor de zorginstellingen en de verschillende overheden is de uitwisseling van relevante en gestandaardiseerde gegevens onontbeerlijk. Momenteel zorgt een amalgaam van verplichte registraties en ad-hoc-enquêtes echter voor een enorme administratieve en financiële belasting van de voorzieningen.

In dit charter bundelt Zorgnet Vlaanderen concrete voorstellen om in de toekomst meer doeltreffend te registreren. Het charter vertrekt vanuit het strategische concept van *shared information*, waarbij beveiligde verbindingen worden gelegd tussen de bestaande overheidsdatabanken. Zo wordt vermeden dat overheden meermaals dezelfde informatie opvragen bij de zorginstellingen. De privacy en de beveiliging van de gegevens blijft uiteraard steeds gewaarborgd.

Bij de opstart van een nieuwe, succesvolle registratie waakt een nieuw orgaan, de Registratieraad, erover dat de principes van het charter worden nageleefd. De Raad bestaat uit een stuurgroep en één of meerdere werkgroepen die verantwoordelijk zijn voor de inhoudelijke uitbouw van nieuwe registratie-instrumenten. Een registratie kan immers maar succesvol zijn wanneer acht kritische stappen werden doorlopen en aan een aantal randvoorwaarden is voldaan.

We hopen dat dit charter de overheid en de zorginstellingen overtuigt van het belang van goede wederzijdse afspraken en engagementen om kwaliteitsvol en efficiënt te kunnen registreren.

Stapsgewijze bespreking van de methodiek voor een kwaliteitsvolle registratie van zorggegevens

Zoals in figuur 1 schematisch werd geschetst, moeten acht stappen doorlopen worden voor een succesvolle (nieuwe) registratie. In wat volgt, gaan we gedetailleerd in op de verschillende stappen.

Stap 1 | Doelstelling van de registratie

A. Meerwaarde van een duidelijke doelstelling

Een heldere doelstelling overtuigt zorginstellingen van het nut van de registratie voor de overheid en voor henzelf. Zo wordt de indruk vermeden dat registreren een doel op zich is.

Het responsabiliseren en motiveren van de overheid, de voorzieningen en andere zorgverstrekkers vormen de beste garantie op een kwaliteitsvolle registratie.

B. Aanpak

De start van elke nieuwe of aangepaste registratie wordt voorafgegaan door een grondige studie die de relevantie aantoont van de te registreren gegevens in functie van de vooropgestelde doelstellingen en motivatie.

De studie wordt toevertrouwd aan een stuurgroep van de Registratieraad.

Indien de studie geen toegevoegde waarde aantoont of geen nuttig verband bewijst tussen de geregistreerde gegevens en de doelstelling van de registratie, kan die niet starten.

Via de zorginstellingen verzekert de overheid aan de bestuurders de nodige inspraak om te kunnen bijsturen waar nodig, wanneer een nieuw registratieproces wordt opgestart.

Op basis van de doelstellingen en de te registreren gegevens worden de verantwoordelijkheden van de overheid en de instellingen duidelijk omschreven en schriftelijk vastgelegd. De verantwoordelijke personen worden geïdentificeerd.

De overheid zorgt voor de aanlevering en de financiering van de hard- en software noodzakelijk voor de registratie en het overmaken van de gegevens.

De registratie mag het verpleegkundig, administratief of ander personeel van de instelling niet bijkomend belasten. De overheid vergoedt integraal extra personeel of bijkomende kosten.

Elke registratie wordt projectmatig aangepakt. In het project worden de informaticatechnische aspecten, de controleprocedures, de testfasen, de terugkoppeling van informatie, de helpdesk, de handleidingen en de opleidingen opgenomen. Een registratie kan niet worden veralgemeend vooraleer elk van de projectfasen succesvol werd afgerond.

Zorgvoorzieningen zijn verantwoordelijk voor het correct en tijdig overmaken van de gegevens. Ze kunnen zorgverstrekkers die in gebreke blijven bij het aanleveren van de gewenste gegevens, responsabiliseren.

C. Randvoorwaarden

De verschillende overheden en administraties beschikken momenteel over een groot aantal onafhankelijke en los van elkaar functionerende databanken. Om gegevens efficiënter te gebruiken en te ver-

mijden dat (bijna) identieke gegevens dubbel worden opgevraagd, worden de databanken met elkaar verbonden. Zo ontstaat een virtuele databank (p. 9 en 10).

De efficiëntie neemt nog toe door de opstart van een register van verplichte registraties in de zorgsector. Dat register bevat informatie over de algemene kenmerken en de inhoud van de registratie, de periodiciteit, het gebruik, de toegang, de invloed op de financiering, het wettelijke kader... Iedere variabele wordt binnen dit register ondubbelzinnig gedefinieerd.

Elke nieuwe registratie wordt getoetst aan het register. Indien de gewenste informatie al is gedefinieerd in het metasysteem, kan ze onmogelijk nogmaals worden opgevraagd. Binnen het register wordt de consistentie van de definities doorheen de tijd bewaakt.

Stap 2 | Betrokkenheid van de sector

A. Meerwaarde van een nauwe betrokkenheid van alle actoren bij de ontwikkeling van een registratie-instrument

Een goede betrokkenheid bevordert in hoge mate de aanvaarding van en de medewerking aan een registratie. Bijgevolg zal de registratie vlotter en sneller verlopen met betere en meer betrouwbare data tot gevolg.

Een heldere beslissingsstructuur, zoals de in dit charter voorgestelde Registratieraad, zal de samenwerking en de interactie tussen de verschillende overheden over de bestaande registratie-instrumenten verbeteren.

B. Aanpak

De Registratieraad is bevoegd voor alle verplichte registraties, ongeacht de opdrachtgevende overheid. De Raad wordt opgericht via een samenwerkingsprotocol tussen de gemeenschappen en de federale overheid dat minimaal de bevoegdheden en samenstelling van de Registratieraad omschrijft. De Raad bewaakt de projectmatige uitvoering van het charter.

Een nieuwe of aangepaste registratie wordt door een stuurgroep ontwikkeld. De stuurgroep werkt projectmatig en start, indien nodig, gespecialiseerde werkgroepen op om specifieke problemen of technische vraagstukken op te lossen.

Binnen de stuurgroep en de werkgroep(en) zijn - naast de vertegenwoordigers van de overheid - experts, eindgebruikers, registratieverantwoordelijken, beleidsinformatici, softwareleveranciers en directies van zorginstellingen vertegenwoordigd. Al bij aanvang van de werkzaamheden wordt een inschatting van tijdsbesteding meegedeeld aan de leden van de stuurgroep en de werkgroep(en).

De samenstelling van de stuurgroep en van de werkgroep(en) wordt kenbaar gemaakt binnen de betrokken sector. De vergaderfrequentie en de ontbindingsdatum worden op voorhand bepaald. De deelnemers engageren zich om actief deel te nemen aan de geplande vergaderingen tot het ontbinden van de stuurgroep en de werkgroep(en).

De overheid zet een modern platform (bijvoorbeeld een documentmanagementsysteem) op dat de samenwerking tussen de leden van de stuurgroep en de werkgroep(en) bevordert.

De vertegenwoordigers van de sector stellen één contactpersoon aan die de vorderingen van de stuurgroep en de werkgroep(en) doorgeeft aan de rest van de sector. Via die persoon kan de sector de overheid bevragen over vorderingen, veranderingen... Ook de overheden hebben één contactpersoon. Zo verloopt onderlinge communicatie, zowel tussen overheden als met de sector, vlot en gericht via deze personen.

De stuurgroep toetst tussentijds de haalbaarheid van de registratie op de werkvloer. Dat gebeurt best via een bevraging van mensen uit de praktijk. Tussentijdse evaluaties van de vorderingen van de werkgroep worden gepland en gecommuniceerd aan alle betrokkenen en aan de algemene directies van alle instellingen waarvoor het registratie-instrument bedoeld is.

Stap 3 | Ontwikkeling van het instrument

A. Meerwaarde van het proactief ontwikkelen van een registratie-instrument

Het instrument heeft een duidelijk doel en toepassingsgebied, waaraan de validiteit en de betrouwbaarheid van het instrument worden getoetst.

Het instrument wordt inhoudelijk uitgewerkt volgens de geëigende wetenschappelijke standaarden die de validiteit en de betrouwbaarheid van het instrument verzekeren. Ook de haalbaarheid, efficiëntie, registratie- en implementatiekosten zijn kernpunten.

B. Aanpak

Na het doorlopen van het ontwikkelingstraject volgt een implementatieonderzoek dat start met een SWOT³-analyse op het niveau van sector en overheid.

Vervolgens komt er, ter voorbereiding van de implementatie, een grondige impactanalyse met een onderzoek naar de haalbaarheid in termen van praktische organisatie en registratietijd. De kostprijs van de nieuwe registratie wordt in kaart gebracht: personeel, hard- en software, opleidingskost, kost om inhoudelijke aanpassingen door te voeren, enzovoort.

De nodige communicatiekanalen (zoals een helpdesk of FAQ-modules) worden bestudeerd.

Tijdens het implementatieonderzoek wordt ook al aandacht besteed aan de methodiek en de aangewezen frequentie van een externe audit. Ook hier is transparantie van groot belang.

De verdere ontwikkeling en het onderhoud zijn eveneens belangrijk bij het conceptueel uitwerken van een instrument: hoe worden modificaties aangebracht en wie is daarvoor verantwoordelijk?

De voorzieningen verwachten dat elke nieuwe registratie nauwgezet wordt geïntroduceerd. Dat betekent dat een nieuwe of aangepaste registratie pas start wanneer de finaliteit en toegevoegde waarde zijn onderbouwd. Bovendien wordt een wetenschappelijk verantwoord ontwikkelings- en implementatietraject opgezet waaraan de sector actief participeert.

Stap 4 | Audit en auditmethode

A. Meerwaarde van een gestandaardiseerde audit en auditmethodologie

Voordat een overheid een registratie-instrument oplegt, staat vast hoe en wie de correctheid van de registratie zal controleren.

Auditering op basis van een gestandaardiseerde en gekende methodologie is noodzakelijk om correcte gegevens te verkrijgen.

Elke verzorgingsinstelling moet in staat zijn om zelf, aan de hand van het auditinstrument, een interne audit te houden. Zo bewaakt ze proactief de kwaliteit van de registratie.

Een audit past binnen een cyclisch gebeuren (bijvoorbeeld PDCA⁴-cyclus). Daarbij moet de audit enerzijds passen binnen de vooropgestelde doelstellingen (cf. stap 1) en anderzijds aansluiten bij de ontwikkeling van het registratie-instrument (cf. stap 3). Uiteraard worden de audit en de te gebruiken methodologie afgetoetst met de sector en de actoren (cf. stap 2).

In principe wordt een onderscheid gemaakt tussen routinematige audits (audits op instrumenten die al bepaalde tijd in omloop zijn) en validatie-audits (audits op een instrument dat nog in ontwikkeling is). Het spreekt voor zich dat audits plaatsvinden in alle objectiviteit en onafhankelijkheid. Bovendien zijn ze gestoeld op eenduidige en algemeen geldende richtlijnen.

3. SWOT = strenghts, weaknesses, opportunities and threats

4. PDCA = plan, do, check, act

De conclusies of bemerkingen van elk van de audits worden teruggekoppeld naar de Registratieraad voor verdere opvolging, bijsturing en actie.

Elke audit past binnen een ruimere context waarbij de doelstelling, de gehanteerde methode, de beoordelingscriteria en de operationalisering (met rapportage en opvolging) gekend zijn en consequent worden toegepast.

B. Aanpak

De formulering van de auditdoelstelling geeft aan wat de opdrachtgever van de audit met het eindresultaat beoogt. De audit heeft minimaal tot doel de kwaliteit van de registratiegegevens te beoordelen. De auditdoelstelling moet bepaald zijn wanneer de finaliteit van de registratie wordt vastgelegd.

De auditmethode beschrijft hoe de doelstelling van de audit wordt bereikt. Hier bakent de overheid het onderzoeksopzet verder af, wordt nader ingegaan op de zogenaamde auditvariabelen en bespreekt men de normen en het referentiekader waarbinnen de auditvragen worden beoordeeld. Het auditmodel geeft weer of de audit gebeurt op basis van één gegevensbron of dat de audit ook kan worden uitgevoerd op basis van gekoppelde en/of verrijkte gegevens. Desgevallend kunnen statistische methodes het aantal te auditeren dossiers bepalen en de omvang van de afwijkingen beoordelen die in de audit aanvaardbaar zijn.

De auditmethode bepaalt hoe bemerkingen die in individuele audits naar boven komen, teruggekoppeld worden naar de stuurgroep en/of de Registratieraad voor verdere opvolging, bijsturing en actie.

Vervolgens worden de auditvariabelen verder geoperationaliseerd tot onderzoeksvragen. Die worden op hun beurt gehanteerd als beoordelingscriteria. Aan de hand daarvan moet de instelling zelf in staat zijn om met het auditinstrument een interne audit te organiseren.

Het is cruciaal dat auditeurs werken volgens standaardprocedures en consistent zijn in hun werking en evaluaties. Zo wordt de noodzakelijke objectiviteit gegarandeerd.

De concrete instrumenten van de audit worden beschreven in de fase van operationalisering. De verschillende auditfasen worden geëxpliciteerd: van voorbereiding over uitvoering en verslaggeving tot opvolging. De planning en frequentie van de audit worden aan de sector meegedeeld.

Validatie-audits beogen de validatie van een instrument in ontwikkeling. De resultaten van de audit worden teruggekoppeld naar de sector en fungeren als bijsturing voor de ontwikkeling van het instrument. Controle-audits daarentegen zijn routinematig van insteek. Ze behelzen onder andere door ICT ondersteunde automatische controles (indicatoren, knipperlichten, feedback) op de ingevoerde data zodat onmiddellijk informatie aan de instellingen en aan de overheid wordt verschaft. Het voordeel hiervan is dat dergelijke systemen zelfregulerend werken aangezien instellingen onmiddellijk feedback krijgen, zich gepositioneerd weten tegenover andere ziekenhuizen en beseffen dat de overheid ook over deze informatie beschikt. Bijgevolg zullen zij zelf hun gedrag bijsturen.

Bestaande registratie-instrumenten hebben in het kader van routinematige audits echter ook een periodieke controle (bijvoorbeeld driejaarlijks) nodig van de aangeleverde datakwaliteit. Het gaat dan om een inhoudelijke controle en validatie van de aan de overheid overgemaakte registraties door bevoegde inspecteurs (detailaudit). Hierbij kunnen verschillende registraties samengebracht worden. Daardoor ontstaat er een rijkere context dan wanneer de audit zich beperkt tot één registratie-instrument.

Ziekenhuizen die geauditeerd worden, krijgen feedback over de geanonimiseerde auditresultaten van andere ziekenhuizen. Zo kunnen ze zich onderling vergelijken.

C. Randvoorwaarden

Auditeurs werken met standaardprocedures. De tijdsinvestering en de kostprijs van de audit voor de voorziening en de overheid zijn gekend.

Foutieve gegevens die te lang profielen of budgetten van verzorgingsinstellingen bepalen, zijn absoluut te vermijden. Daarom moeten controles zo snel mogelijk na registratie kunnen gebeuren. Bij wijziging

van een registratie-instrument zullen de controles worden uitgevoerd met de regels die van kracht waren op het moment van de registratie.

Verslaggeving en opvolging gebeuren schriftelijk en aansluitend op de audit, waarna instellingen kunnen reageren. Een definitief verslag met alle objectieve bevindingen van de controle volgt binnen een redelijke termijn.

Bij organisatorische of structurele lacunes (aanpassingen dossiers, werkwijze...) moet voldoende tijd voorzien worden om zich aan te passen aan de nieuwe situatie. In geval van betwisting beschikt de instelling over verhaalsrecht (cf. stap 8).

Stap 5 | Testfase

A. *Meerwaarde van een testfase*

Voordat een nieuw registratie-instrument start, wordt het getest. Zo hebben de instellingen de zekerheid dat het effectief werkt, ook informaticatechnisch, en dat de gegevens echt worden verwerkt.

Er wordt nagegaan of de testresultaten een antwoord bieden op de in stap 1 naar voor geschoven doelstelling. Ook de betrouwbaarheid en de validiteit van de verkregen informatie worden geanalyseerd.

Elke test is doordacht en bestaat uit planning, begeleiding en evaluatie.

B. *Aanpak*

Het doordachte karakter van de test impliceert een gefaseerde planning, waarbij de volledige implementatie van het registratie-instrument gecontroleerd en in een beperkte omgeving wordt uitgetest.

De eerste tests vinden plaats in een zogenaamde laboratoriumomgeving, waarbij enkele voorzieningen het nieuwe instrument vrijwillig uitproberen. Zo ontstaat een eerste zicht op de praktische werking van de nieuwe registratie en de noodzakelijke middelen. Nadien worden de tests overgedaan in een pilootfase, waarbij het registratie-instrument wordt uitgetest bij een grotere groep. In deze fase is het belangrijk de reële omgeving stelselmatig uit te breiden van één naar meerdere te registreren onderdelen. Finaal moet het volledige traject van registratie tot oplevering van gegevens, controle en feedback, in alle pilootziekenhuizen doorlopen zijn.

Eerst wordt omschreven hoe de test wordt opgebouwd, wie de planning bewaakt en wie de vrijwillig deelnemende zorginstellingen begeleidt. Hierbij spelen de stuurgroep en de werkgroep(en) een belangrijke rol. Vooraf afgesproken indicatoren bepalen in hoeverre de test- en de pilootfase het beoogde resultaat bereiken. Voor iedere test- en pilootfase liggen dus een aantal meetbare controlepunten en evaluatiecriteria vast.

In de pilootfase richt de stuurgroep een werkgroep 'pilootinstellingen' op, waarbij ook softwareleveranciers van in het begin betrokken worden. Immers, zodra de pilootfase voorbij is, moet de software worden aangepast om nieuwe registraties te kunnen uitvoeren.

Elke pilootinstelling, evenals de overheid, duidt een referentiepersoon aan voor alle communicatie.

Handleiding, begrippenkader en richtlijnen zijn ruim op voorhand beschikbaar. Een verschillenanalyse tussen het oude en het nieuwe instrument wordt uitgevoerd en een overgangsscenario wordt uitgetest. De nodige opleiding wordt voorzien zodat die eveneens is uitgetest voordat de volledige sector begint te registreren.

De registratie door de pilootziekenhuizen impliceert de correcte werking van een helpdesk en een FAQ-module op de website van de organiserende overheid.

Gegevens kunnen worden aangeleverd via een internetportaal dat ook in de pilootfase instaat voor controle, evaluatie en feedback op basis van de doorgestuurde gegevens. Na het aanleveren van de data krijgen de instellingen een officiële ontvangstmelding en worden een aantal vergelijkende statistieken teruggekoppeld.

De stuurgroep gaat na of de pilootfase beantwoordt aan de verwachtingen inzake doel en finaliteit van de registratie.

Concreet betekent dit dat de stuurgroep voor de aanvang van de tests en de pilootfase een duidelijk tijds kader uitstippelt dat haalbaar is en gerespecteerd wordt door alle partijen. In een vooraf bepaald schema komen alle stappen van de testregistratie aan bod (registratie, export, feedback, audit...). De stuurgroep maakt op voorhand een raming van de kosten, zowel voor de test- en pilootfase als voor het effectieve gebruik van het instrument. De overheid voorziet het benodigde budget voor de uitvoering van de test- en pilootfase.

Het is noodzakelijk een goed doordachte keuze te maken van meerdere soorten pilootinstellingen en hun projectverantwoordelijken. Een vast begeleidingsteam van de overheid zal, onder toezicht van de stuurgroep, op geregelde tijdstippen op bezoek gaan bij de registratieverantwoordelijken en de mensen die de registratie effectief uitvoeren. Zij maken hun vaststellingen over aan de stuurgroep.

De stuurgroep voert aan de hand van de testresultaten een SWOT-analyse uit van het registratie-instrument, waarbij onder andere de impact van het registratie-instrument op de volledige sector in kaart wordt gebracht. Daarbij wordt bekeken of het gebruik van het nieuwe instrument niet te tijdsintensief is in relatie tot het doel van de registratie.

De stuurgroep gaat na of de nieuwe coderingen consistente resultaten opleveren die de objectiviteit van het nieuwe instrument maximaliseren. De validiteit van het instrument wordt bewaakt doorheen de tests. De stuurgroep controleert of alle stappen van het registratieproces in de test- en pilootfase werden doorlopen en transparant kunnen worden opgevolgd.

De testfase resulteert in een rapport over onder meer de totale investeringen in tijd, mankracht en middelen die noodzakelijk zijn om het registratie-instrument te realiseren. Dat dient dan vergeleken te worden met wat in de ontwikkelingsfase werd vooropgesteld, zodat een aftoetsing gebeurt tussen de reële uitgaven en de vooraf ingeschatte begroting. Eenzelfde oefening gebeurt na de pilootfase.

Enmaal de test- en pilootfase doorlopen zijn, is het uitgesloten dat er nog nieuwe elementen of features aan het registratie-instrument worden toegevoegd. In dat geval zal voor die aanpassing het volledige traject opnieuw doorlopen worden.

Stap 6 | Implementatie

A. Meerwaarde van een goede implementatiefase

In deze fase wordt het nieuwe registratie-instrument geïmplementeerd in alle ziekenhuizen van het land.

De ervaringen uit de pilootfase zorgen ervoor dat onder meer de richtlijnen, de controles, het gebruik van de communicatiekanalen en het elektronische portaal, en de benchmark op punt staan.

B. Aanpak

Vooraleer de nieuwe registratie naar alle voorzieningen wordt uitgebreid, keurt de stuurgroep de laatste versie van de handleiding en de codeerrichtlijnen formeel goed. Ondertussen wordt de verschillenanalyse beëindigd die al in de pilootfase was opgestart. Het uitgewerkte overgangsscenario wordt uitgevoerd. Op die manier moet het stopzetten van de oude en het beginnen van de aangepaste of nieuwe registratie zo vlot mogelijk verlopen. Gelijktijdige registratie in twee instrumenten wordt zo vermeden.

De stuurgroep is verantwoordelijk voor de organisatie van een gedegen opleiding van de ziekenhuizen, ze bewaakt de werking van de helpdesk en de FAQ, en ze geeft haar formeel akkoord over de (routine-matige) controles op de geregistreerde gegevens. De pilootziekenhuizen kunnen worden betrokken bij de opleiding.

De stuurgroep controleert het elektronische portaal waarlangs de communicatie tussen de overheid en de ziekenhuizen verloopt, zowel voor het aanleveren van de gegevens als voor het toezicht en de

definitieve bevestiging van ontvangst. Na het doorsturen van de gegevens volgt een eerste benchmark, waarvan geactualiseerde resultaten raadpleegbaar zijn naarmate meer ziekenhuizen hun gegevens hebben doorgestuurd.

De stuurgroep bewaakt of de nieuwe registratie doorheen haar implementatieproces blijft voldoen aan de in het begin vooropgestelde doelstellingen. De implementatiefase is een overgangperiode, waarvan de stuurgroep de duur bepaalt. De overheid gebruikt de resultaten van deze registratie dus niet voor haar beleid of financiering. Tijdens deze fase kunnen ziekenhuizen zich kandidaat stellen om te participeren aan een validatie-audit. Op basis van de auditresultaten voor de steekproef van deelnemers wordt feedback bezorgd aan alle ziekenhuizen van het land. Pas als de stuurgroep de implementatiefase afsluit en de kwaliteit van de te registreren data vaststaat, komen de gegevens in aanmerking voor beleids- en financieringsdoeleinden.

C. Randvoorwaarden

Er wordt op voorhand duidelijk gemaakt hoe de overheid overgaat van een oude naar een nieuwe of vernieuwde versie van een registratie-instrument (bijvoorbeeld timing, vermijden van dubbele registraties, ...).

In een implementatieproces is de timing zeer belangrijk: die is realistisch en stabiel.

Op aangeven van de stuurgroep communiceert de overheid duidelijk, gericht en helder, zodat de implementatie vlot verloopt. De overheid zorgt voor een gedegen opleiding van de registratieverantwoordelijken van de instellingen, voor gebruiksvriendelijke codeerrichtlijnen en voor een directe melding van wijzigingen in de codeer- of controlerichtlijnen.

De overheid staat in voor goede contacten met de ziekenhuizen. Per registratiesysteem, zowel op niveau van de overheid als op niveau van elke individuele voorziening, is er één contactpersoon voor alle communicatie.

Stap 7 | Terugkoppeling en benchmark

A. Meerwaarde van terugkoppeling en benchmark

Voorzieningen investeren veel geld en middelen in registraties en organiseren zich om op een efficiënte manier te voldoen aan hun registratieverplichtingen. De tijd dat registraties alleen gebruikt werden om de financiering van voorzieningen te sturen, is voorbij. De verzorgingsinstellingen beseffen dat de registraties veel nuttige informatie bevatten die onder meer beleidsmatige beslissingen, interne verbeterprocessen en capaciteitsvraagstukken kunnen ondersteunen.

Een gestandaardiseerde feedback en benchmark motiveren de instellingen om tijdig gegevens over te maken aan de overheid en hun beleid zo nodig aan te passen. Dergelijke spontane bijstellingen maken een gedeelte van de controles achteraf overbodig.

Feedback en benchmarking hebben als groot voordeel dat voorzieningen zich onderling kunnen vergelijken om op een onderbouwde manier beleidsbeslissingen te nemen.

B. Aanpak

De overheid informeert de voorzieningen ruimschoots op voorhand wanneer zij instellingsgegevens wenst te gebruiken voor algemene beleids- of financieringsdoeleinden. Ze reikt de zorginstellingen de tools aan om de verwerkte gegevens te controleren en realiseert een toegevoegde waarde door het tijdig aanleveren van feedback en benchmarkgegevens.

De stuurgroep bepaalt welke feedback gegeven wordt en welke benchmarks worden opgesteld en teruggekoppeld.

Onmiddellijk nadat de instellingsgegevens via een elektronisch portaal werden doorgezonden, bevestigt de overheid de ontvangst. Ze verstrekt bijvoorbeeld eerste statistieken over het aantal doorgestuurde re-

cords, over het aantal verblijven en over het aantal voorzieningen dat al informatie heeft doorgestuurd. Zo hebben de instellingen te allen tijde een idee van de participatiegraad.

In een tweede fase, nadat de overheid alle gegevens verwerkt heeft, stelt ze een rapport op waarvan ze de conclusies aan de deelnemers bezorgt. Iedereen krijgt bovendien een globalisatierapport om zichzelf te kunnen positioneren. De gerapporteerde data zijn relevant, bevatten detailinformatie en zijn uitgedrukt in een gestandaardiseerd formaat. Zo kunnen ze gemakkelijk worden geïmporteerd in databanken of informatiesystemen van de zorginstellingen. Het rapport bevat eveneens een handleiding over de interpretatie van de feedback.

Indien de overheid gespecialiseerde softwaretools voor feedback gebruikt, stelt ze kosteloos een kopie ter beschikking zodat geïnteresseerden de teruggekoppelde figuren, kaarten of tabellen kunnen reproduceren.

C. Randvoorwaarden

De feedback en benchmark moeten gestoeld zijn op recente gegevens, anders verliezen ze alle toegevoegde waarde. Het recente karakter van de gegevens, de feedback en de benchmarks wordt bewaakt door de stuurgroep.

Stap 8 | Opvolging en sancties

A. Meerwaarde van een opvolgingssysteem en van sancties

De overheid bewaakt of het vooropgestelde doel wordt bereikt. Ze zal de instellingen die foute of vertekende gegevens aanleveren, opsporen en bestraffen. Op die manier wordt de kwaliteit van de gegevens vrijwaard en wordt misbruik of fraude ontraden.

B. Aanpak

Naast terugkoppeling en benchmark (cf. stap 7) organiseert de overheid gerichte controles op haar eigen databases om de correctheid van de gegevens te verzekeren (de zogenaamde interne controles). Bovendien worden ook externe controles voorzien, die altijd doorgaan in de instelling zelf.

De overheid garandeert de objectiviteit van de interne en externe controles door de creatie van een onafhankelijk evaluatieorgaan dat belast is met administratief toezicht op vermelde controles.

Tekortkomingen of fouten, vastgesteld door de interne of externe controle, worden vastgelegd in een 'staat van bevinding' ten laste van de instelling. De staat van bevinding vermeldt duidelijk de ernst van de vermeende tekortkomingen of fouten, evenals de mogelijke sanctie.

De procedure verloopt op tegenspraak. Dat betekent dat de instelling binnen een vooropgestelde termijn kan reageren en gehoord kan worden door het onafhankelijke evaluatieorgaan dat in voorkomend geval advies geeft over het al dan niet opleggen van een sanctie. Het is echter de bevoegde minister die finaal de sanctie uitsprekt. Desgewenst kunnen de betrokken partijen tegen de beslissing van de minister in beroep gaan bij de Raad van State.

Het evaluatieorgaan bestaat uit ambtenaren en experts, en functioneert binnen een op te stellen deontologisch raamkader.

De sancties variëren naargelang de 'ernst' van het vergrijp:

- een waarschuwing;
- een administratieve geldboete;
- een tijdelijke vermindering van het instellingsbudget.

Het is evident dat indien de fraude de voorziening een financieel voordeel heeft bezorgd, de onterecht verkregen middelen teruggevorderd worden.

Indien een sanctie het gevolg is van het handelen of de nalatigheid van zorgverstrekkers of derden, dan kan een instelling de geleden schade verhalen op de verantwoordelijke.

Het evaluatieorgaan stelt jaarlijks een rapport op over zijn werking met vermelding van het aantal gevallen van fraude, de toegepaste sancties en de grootte van de geïnde boetes. Het jaarverslag is openbaar.

C. Randvoorwaarden

De sanctie in geval van fraude is redelijk doch effectief. Dat betekent dat ze voldoende hoog is om een afschrikkend en preventief karakter te hebben.

Criteria ter aftoetsing van de principes van het charter voor een kwaliteitsvolle registratie

Hieronder worden een aantal criteria (ja-nee vragen) naar voor geschoven voor elk van de acht stappen van de methodologie voor een kwaliteitsvolle registratie van zorggegevens. Op basis daarvan kan de Registratieraad of de stuurgroep nagaan of de principes van het charter werden toegepast bij het uitwerken van een nieuwe registratie.

De voorgestelde criteria zijn richtinggevend voor de wijze waarop de principes van dit charter in de praktijk moeten worden geïmplementeerd.

Stap 1 | Doelstelling van de registratie

- Is de doelstelling van de registratie duidelijk?
- Begeleidt de Registratieraad het ontwikkelingsproces van een nieuwe registratie en/of nieuw registratie-instrument? Bewaakt de Raad de toepassing van de principes van dit charter?
- Bestaat er een alomvattend register waarin alle verplichte registraties en hun kenmerken worden bijgehouden?

Stap 2 | Betrokkenheid van de sector

- Richtte de Registratieraad een stuurgroep op?
- Deed de Registratieraad een oproep tot kandidatuurstelling in de sector?
- Valideerden de beroeps- en ledenorganisaties de kandidatuurstelling?
- Werde de vraag tot deelname aan de stuurgroep gericht aan de algemene directies?
- Is de vraag tot deelname aan de stuurgroep dermate concreet dat timing en inhoud van de werkzaamheden voor de stuurgroep gekend zijn?
- Heeft de stuurgroep op een kwaliteitsvolle manier gerapporteerd aan de Registratieraad?
- Werden er bijkomende werkgroepen opgericht?
- Hebben de werkgroepen op een kwaliteitsvolle manier gerapporteerd aan de stuurgroep?
- Werkte de stuurgroep een concreet kader uit voor de werkgroep?
- Is er vertegenwoordiging in de stuurgroep en/of werkgroep(en) van eindgebruikers, experts, registratieverantwoordelijken, beleidsinformatici, softwareleveranciers, directeurs van ziekenhuizen en ambtenaren?
- Werde de samenstelling van de stuurgroep en/of werkgroep(en) kenbaar gemaakt binnen de sector?
- Werde er een correcte inschatting van tijdsbesteding door de commissie aan de stuurgroep en/of werkgroep(en) meegedeeld?
- Werden de vergaderfrequentie en de ontbindingsdatum aan de stuurgroep en/of werkgroep(en) vooraf meegedeeld?
- Werde er een modern platform (bijvoorbeeld een documentmanagementsysteem) opgezet om de samenwerking te bevorderen?
- Werde de haalbaarheid van de in de stuurgroep levende voorstellen tussentijds getoetst en positief bevonden op de werkvloer?
- Werden tussentijdse vorderingen gecommuniceerd aan alle betrokkenen en de algemene directies van alle instellingen waarvoor het instrument bedoeld is?
- Werde in het eindverslag het advies van de vertegenwoordigers van de sector en de overheid opgenomen? Indien ongunstig met motivatie?
- Werden bij ongunstig advies en toch verplichte invoering van een nieuwe registratie de Registratieraad, stuurgroep en/of werkgroep(en) door de overheid op gemotiveerde wijze op de hoogte gebracht?

Stap 3 | Ontwikkeling van het instrument

- Werd de nood aan een registratie-instrument onderzocht en aangetoond?
- Werden wetenschappelijke standaarden en methodes gebruikt om de validiteit en de betrouwbaarheid van het instrument te garanderen?
- Werd een implementatie-onderzoek uitgevoerd?
- Werd de praktische haalbaarheid van het nieuwe registratie-instrument onderzocht?
- Is de geschatte kostprijs van de invoering van het instrument voor verzorgingsinstellingen en overheid gekend?
- Is er al een aanzet tot verdere verfijningen en onderhoud van het instrument? Wie is hiervoor verantwoordelijk en aanspreekbaar?

Stap 4 | Audit en auditmethode

- Is de auditcontext gedefinieerd?
- Zijn de auditdoelstellingen duidelijk en begrijpt iedereen er hetzelfde onder?
- Zijn de beoordelingscriteria geëxpliciteerd en gecommuniceerd aan de sector?
- Is de audit geoperationaliseerd door een rapportageprocedure?
- Wordt er gevolg gegeven aan de resultaten van de audit, zowel op het niveau van de verzorgingsinstelling als op het niveau van de overheid?

Stap 5 | Testfase

- Werd het nieuwe registratie-instrument volgens de in stap 5 vermelde principes getest?
- Werd de doelstelling van de registratie definitief bekrachtigd door de stuurgroep en wordt ze door alle betrokkenen op dezelfde manier geïnterpreteerd?
- Is er voldoende overeenstemming tussen de te registreren variabelen en de vooropgestelde doelstelling van het registratie-instrument?
- Werd de stuurgroep voldoende betrokken bij de test- en pilootfase?
- Werden referentiepersonen aangeduid in de pilootinstellingen en bij de overheid?
- Is er een SWOT-analyse gebeurd?
- Werd het eindrapport opgeleverd en bevat het de gevraagde informatie?
- Werden na afloop van de tests geen nieuwe criteria of elementen aan het registratie-instrument toegevoegd?
- Werden de test- en pilootfase positief geëvalueerd?
- Zijn de kosten van de registratie ten laste van de overheid en de instellingen in verhouding met het doel van de registratie?

Stap 6 | Implementatie

- Zijn handleiding en richtlijnen formeel goedgekeurd door de stuurgroep?
- Is er een opleidingsaanbod voor de gebruikers binnen de instellingen?
- Werkt de helpdesk?
- Is er een FAQ-module en wordt die geactualiseerd?
- Functioneert het elektronische portaal waarlangs de communicatie en de controle van de gegevens verlopen?
- Wordt er na het doorsturen van de gegevens een eerste benchmarkresultaat bezorgd aan de voorzieningen?
- Is de overgangperiode vastgesteld?
- Werd op het niveau van de individuele zorginstelling en de overheid een referentiepersoon aangeduid en zijn de respectievelijke contactgegevens gekend?

Stap 7 | Terugkoppeling en benchmark

- Zijn feedback en benchmark opgesteld door de stuurgroep?
- Wordt er feedback gegeven na het doorsturen van de gegevens?
- Wordt er op basis van recente gegevens vergelijkend cijfermateriaal aangeboden aan de ziekenhuizen?
- Heeft de stuurgroep de maximale tijdsduur tussen registratie van gegevens en terugkoppeling vastgelegd?
- Zijn de teruggekoppelde gegevens volledig en kunnen ze door de ziekenhuizen op hun correctheid en volledigheid worden gecontroleerd?
- Is er een handleiding om de feedback juist te interpreteren?

Stap 8 | Opvolging en sancties

- Is er een evaluatieorgaan en is het operationeel?
- Worden er in de voorzieningen controles gedaan?
- Wordt het verhaalrecht van de betrokken instelling gerespecteerd?
- Worden uitgesproken sancties effectief uitgevoerd?
- Wordt het jaarverslag van het evaluatieorgaan gepubliceerd en openbaar gemaakt?

Overzicht van de belangrijkste⁵ verplichte registratiesystemen in de ziekenhuizen

BEVOEGDE OVERHEID: FOD Volksgezondheid

1. Minimale ziekenhuisgegevens

- 1.1 Structuur van het ziekenhuis
- 1.2 Administratieve gegevens
 - 1.2.1 Identificatiegegevens van ziekenhuis en patiënt
 - 1.2.2 Patiëntgegevens
 - 1.2.3 Verblijfsgegevens
 - 1.2.3.1 Gegevens m.b.t. het totale verblijf
 - 1.2.3.2 Gegevens m.b.t. het specialisme
 - 1.2.3.3 Gegevens m.b.t. bedkenletters
 - 1.2.3.4 Gegevens m.b.t. de verpleegeenheid
- 1.3 Personeelsgegevens
- 1.4 Verpleegkundige gegevens
- 1.5 Klinische gegevens
 - 1.5.1 Opnamediagnose
 - 1.5.2 Gegevens m.b.t. pasgeborenen
 - 1.5.3 Doodsoorzaak
 - 1.5.4 Hoofddiagnose
 - 1.5.5 Nevendiagnose
 - 1.5.6 Ingrepen en onderzoeken (ICD-9-CM-codering)
 - 1.5.7 Activiteit van het specialisme spoedgevallen
 - 1.5.8 Additionele gegevens m.b.t. ambulante spoedgevallen
 - 1.5.9 Ingrepen en onderzoeken (codering volgens RIZIV-nomenclatuur)
 - 1.5.10 Resultaten van bepaalde medische onderzoeken

2. Minimale psychiatrische gegevens

3. Correspondentietabellen

- 3.1 Verblijvende patiënten
- 3.2 One-dayverblijven

4. Finhosta

- 4.1 Algemene balans
- 4.2 Analytische balans
- 4.3 Toegepaste verdeelsleutels
- 4.4 Maandelijks overzicht van bedden, verpleegdagen, ontslagen, overlijdens, aanwezige patiënten

5. Deze opsomming omvat enkel een overzicht van de belangrijkste verplichte registraties en beoogt geen exhaustiviteit.

- 4.5 Financieringsgegevens
- 4.6 Financieringsgegevens (budgettaire oppervlaktes)
- 4.7 Trimestrieel overzicht van de forfaits
- 4.8 Jaarlijks aantal bedden, ligdagen, opnames, ontslagen, sterfgevallen, aanwezige patiënten
- 4.9 Verantwoording van de huur
- 4.10 Lasten van investeringen
- 4.11 Lasten van de kaskredieten
- 4.12 Afschrijvingen
- 4.13 Personeelslasten
- 4.14 Onregelmatige prestaties
- 4.15 Personeel effectief
- 4.16 Sociale balans
- 4.17 Staat van de oprichtingskosten en van de immateriële en financiële vaste activa
- 4.18 Staat van de materiële vaste activa
- 4.19 Gewaarborgde schulden
- 4.20 Schulden m.b.t. belastingen, bezoldigingen en sociale lasten
- 4.21 Balans
- 4.22 Resultatenrekening na verdeling
- 4.23 Resultatenrekening per definitieve kostenplaats
- 4.24 One-shotbevraging

5. Verslagen in het kader van pilootprojecten – verslagen met het oog op het behoud van specifieke financiering vanuit de FOD Volksgezondheid

- 5.1 Intervisiebijeenkomsten
- 5.2 Multidisciplinaire kwaliteit
- 5.3 Patiëntveiligheid en kwaliteit (SAFETY)
- 5.4 Beleidsondersteunende studies
- 5.5 Kinderprogramma's (kindvriendelijk ziekenhuis)
- 5.6 MUG
- 5.7 Borstkliniek
- 5.8 Orgaandonatie (GIFT)
- 5.9 Klinische farmacie
- 5.10 Geriatrisch dagziekenhuis
- 5.11 PIT
- 5.12 Interculturele bemiddeling
- 5.13 Ziekenhuishygiëne
- 5.14 MRSA
- 5.15 Palliatieve functie
- 5.16 Samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen uit de regio (telematica)
- 5.17 Ombudsfunctie
- 5.18 Rationeel geneesmiddelengebruik
- 5.19 Antibioticabeleid in de ziekenhuizen
- 5.20 Verantwoording van de verkregen middelen voor sociaaleconomisch achtergestelde patiënten
- 5.21 Nutritieteam

6. MUG-registratie

7. Directoraat Generaal Geneesmiddelen

- 7.1 Werking ethisch comité in geval van deelname aan klinische experimenten op menselijke personen

8. Colleges van geneesheren

- 8.1 Cardiale pathologie
- 8.2 Geriatrie
- 8.3 Gespecialiseerde Spoedgevallenzorg
- 8.4 Intensieve Zorgen
- 8.5 Nefrologie
- 8.6 Moeder en Kind
- 8.7 Diagnostiek met medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde

- 8.8 Radiotherapie
- 8.9 Reproductieve geneeskunde
- 8.10 Oncologie

9. Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken

- 9.1 Algemene informatie over de ziekenhuizen
- 9.2 Aantal en type instellingen
- 9.3 Ziekenhuisorganisatie
- 9.4 Sociale activiteiten
- 9.5 Informatica en medische telematica
- 9.6 Kwaliteitstoetsing, organisatie en beheer van de kwaliteit in de ziekenhuizen
- 9.7 Specifieke info over zorgprogramma's, medische en medisch-technische diensten, functie & afdeling
 - 9.7.1 Zorgprogramma reproductieve geneeskunde
 - 9.7.2 Zorgprogramma cardiale pathologie
 - 9.7.3 Zorgprogramma oncologie
 - 9.7.4 Zorgprogramma pediatrie
 - 9.7.5 Zorgprogramma geriatrie
 - 9.7.6 Borstkanker
- 9.8 Uitrusting
- 9.9 Algemene organisatie
- 9.10 Specifieke organisatie en beheer van de kwaliteit

BEVOEGDE OVERHEID: RIZIV

1. Magneetband

- 1.1 Aanvang zending
- 1.2 Begin factuur
- 1.3 Verpleegdagen
- 1.4 Farmaceutische producten
- 1.5 Verstrekkingen of leveringen
- 1.6 Einde factuur
- 1.7 Einde zending

2. Correspondentietabellen

- 2.1 Verblijvende patiënten
- 2.2 One-dayverblijven

BEVOEGDE OVERHEID: Vlaamse Gemeenschap

1. Kwaliteitsdecreet

- 1.1 Kwaliteitshandboek
- 1.2 Registraties inzake kwaliteitsbeleid
- 1.3 Kwaliteitmanagementsystemen
- 1.4 Zelfevaluatie

2. IZAG

- 2.1 Jaarcijfers
 - 2.1.1 A-dienst
 - 2.1.2 Centrum voor menselijke erfelijkheid
 - 2.1.3 K-dienst
 - 2.1.3 Bedrijfseconomische gegevens
 - 2.1.4 Activiteit PET-scanner
 - 2.1.5 Activiteit MUG
 - 2.1.6 Activiteit Zorgprogramma "Cardiale Pathologie" A
 - 2.1.7 Activiteit Zorgprogramma "Cardiale Pathologie" B
 - 2.1.8 Activiteit Zorgprogramma "Cardiale Pathologie" C

- 2.1.9 Activiteit Zorgprogramma “Cardiale Pathologie” E
- 2.1.10 Activiteit Zorgprogramma “Cardiale Pathologie” T
- 2.1.11 Activiteit Transplantatiecentrum
- 2.1.12 Beschrijving van de gebouwen
- 2.1.13 Verpleegdagen
- 2.1.14 Verblijven
- 2.1.15 Daghospitalisatie
- 2.1.16 Contactgegevens
- 2.1.17 Overzicht van de functionele bindingen van het ziekenhuis met andere ziekenhuizen of instellingen
- 2.1.18 Brandwondencentrum
- 2.1.19 Niet-chirurgisch dagziekenhuis
- 2.1.20 Radiotherapie

- 2.2 Erkenning
 - 2.2.1 Medische omkadering zorgprogramma A IVF
 - 2.2.2 Medische omkadering zorgprogramma B IVF
 - 2.2.3 Medische omkadering dienst medische beeldvorming met CT
 - 2.2.4 Medische omkadering dienst medische beeldvorming met NMR
 - 2.2.5 Medische omkadering dienst radiotherapie
 - 2.2.6 Medische omkadering centrum voor behandeling van chronische nierinsufficiëntie
 - 2.2.7 Medische omkadering dienst nucleaire geneeskunde met PET
 - 2.2.8 Medische omkadering NIC
 - 2.2.9 Medische omkadering MIC
 - 2.2.10 E-dienst: hulppersoneel voor spelactiviteit en vrijetijdsbesteding
 - 2.2.11 Personeel Labo MBV
 - 2.2.12 Eenheden intensieve zorgen
 - 2.2.13 Capaciteit specifieke eenheden (medium care, chemotherapie, n*)
 - 2.2.14 Zorgprogramma “cardiale pathologie” A
 - 2.2.15 Zorgprogramma “cardiale pathologie” B
 - 2.2.16 Zorgprogramma “cardiale pathologie” C
 - 2.2.17 Zorgprogramma “cardiale pathologie” E
 - 2.2.18 Zorgprogramma “cardiale pathologie” P
 - 2.2.19 Zorgprogramma “cardiale pathologie” T
 - 2.2.20 Pet-scanner
 - 2.2.21 MUG
 - 2.2.22 Zorgprogramma oncologische basiszorg
 - 2.2.23 Zorgprogramma oncologie
 - 2.2.24 Kader
 - 2.2.25 Bloedbank (algemeen)
 - 2.2.26 Bloedbank (in te vullen per campus)
 - 2.2.27 Functie gespecialiseerde spoed
 - 2.2.28 Expertisecentrum voor comapatiënten

- 2.3 VIPA
 - 2.3.1 Bedrijfsprofiel: managementstructuur
 - 2.3.2 Beschrijving van de aanwezige informatica en informatietechnologie
 - 2.3.3 Beschrijving van de ligging en de bereikbaarheid
 - 2.3.4 Beschrijving samenwerking en overlegfrequentie met andere ziekenhuizen en zorgvormen
 - 2.3.5 Beschrijving van het investeringsproces
 - 2.3.6 Beschrijving van het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis
 - 2.3.7 Medische investeringen
 - 2.3.8 Prognose: projectie van het aantal verpleegdagen per kenletter over vijf jaar
 - 2.3.9 Prognose: toekomstige managementstructuur
 - 2.3.10 Prognose: toekomstig aantal bedden per dienst
 - 2.3.11 Prognose: toekomstige personeelsbezetting
 - 2.3.12 Prognose: toekomstig medisch profiel
 - 2.3.13 Prognose: verwachte toekomstige bezettingsgraad per ziekenhuisdienst

- 2.4 Kwaliteitsdecreet
 - 2.4.1 Kwaliteitscoördinator
- 2.5 Gezondheidsinspectie
 - 2.5.1 Vlarem
- 2.6 Ad hoc
 - 2.6.1 MRT
 - 2.6.2 Zorgprogramma pediatrie
 - 2.6.3 Zorgprogramma geriatrie
 - 2.6.4 Zorgprogramma borstkliniek
 - 2.6.5 Griepvloedplanning

ANDERE BEVOEGDE OVERHEDEN

- 1.1 Sociale Maribel
- 1.2 IBF
- 1.3 Dimona-aangifte
- 1.4 Registraties m.b.t. CAO 45+
- 1.5 Registratie SPE (studiecentrum perinatale epidemiologie)
- 1.6 Registraties (dagelijks) op vraag van provinciale gezondheidsinspecteur in het kader van griepvloed, hittegolf, ...
- 1.7 Registratie voor het federaal agentschap voor nucleaire controle
- 1.8 Federale enquête woon-werkverkeer (editie 2008)
- 1.9 Enquête monitor criminaliteit in ziekenhuizen
- 1.10 EPC: energie prestatie certificaat
- 1.11 Afvalregistratie OVAM en milieu...
- 1.12 Aangifte arbeidsongevallen met eventueel een uitvoerig verslag
- 1.13 Milieuvergunning en wijzigingen
- 1.14 Registraties m.b.t. het invullen van sociale akkoorden



Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

