



Briefrapport 270222001/2008

T. van Egmond | F.R.J. den Hertog | G.J. Kommer | F. van der Lucht | N. Post

# Geologie van informatieland: Een Houtskoolschets van het informatielandschap

# **Geologie van informatieland: Een Houtskoolschets van het informatielandschap**

Briefrapport 270222001/2008

T. van Egmond, F.R.J. den Hertog, N. Post, G.J. Kommer, F. van der Lucht

Contact:

F. van der Lucht

centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (cVTV)

[fons.van.der.lucht@rivm.nl](mailto:fons.van.der.lucht@rivm.nl)

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van VWS, in het kader van het project Geologie van het informatieland: een Houtskoolschets van het Informatielandschap.

Rivm, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, tel.nr. 030 – 274 9111 [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

©RIVM 2008

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding:  
'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

# Inhoud

|                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Samenvatting</b>                                                         | <b>5</b>  |
| <b>1 Inleiding</b>                                                          | <b>6</b>  |
| 1.1 Vraagstelling                                                           | 6         |
| 1.2 Opzet                                                                   | 7         |
| 1.2.1 <i>De Houtskoolschets</i>                                             | 7         |
| 1.2.2 <i>Verdieping met twee cases</i>                                      | 7         |
| <b>2 Een eerste schets van het informatielandschap met Zorggegevens.nl</b>  | <b>9</b>  |
| 2.1 Gegevensleveranciers                                                    | 9         |
| 2.2 Kanttekening bij de inventarisatie                                      | 10        |
| 2.2.1 <i>Interpretatie voorzieningenniveau</i>                              | 10        |
| 2.3 Bruikbaarheid Zorggegevens.nl voor de Houtskoolschets                   | 11        |
| 2.3.1 <i>Implicatie voor Zorggegevens.nl</i>                                | 11        |
| <b>3 Apotheken nader belicht</b>                                            | <b>12</b> |
| 3.1 Achtergrond geneesmiddelenvoorziening                                   | 12        |
| 3.1.1 <i>Wat is geneesmiddelenvoorziening?</i>                              | 12        |
| 3.1.2 <i>Aantal voorzieningen</i>                                           | 12        |
| 3.1.3 <i>Spreiding van apotheken</i>                                        | 13        |
| 3.1.4 <i>Spreiding van apotheekhoudende huisartsen</i>                      | 13        |
| 3.1.5 <i>Spreiding van geneesmiddelenvoorzieningen</i>                      | 13        |
| 3.1.6 <i>Aantal voorschriften</i>                                           | 14        |
| 3.2 Ervaren administratieve lastendruk apothekers                           | 14        |
| 3.3 Het landschap geschetst aan de hand van Zorggegevens.nl (stroomdiagram) | 16        |
| 3.3.1 <i>Opzet stroomdiagram</i>                                            | 16        |
| 3.3.2 <i>Apotheken</i>                                                      | 17        |
| 3.3.3 <i>Ziekenhuisapotheken</i>                                            | 17        |
| 3.3.4 <i>Apotheekhoudende huisartsen</i>                                    | 19        |
| 3.4 Stroomdiagram aangevuld met andere bronnen                              | 22        |
| 3.4.1 <i>Apotheken</i>                                                      | 22        |
| 3.4.2 <i>Ziekenhuisapotheken</i>                                            | 26        |
| 3.4.3 <i>Apotheekhoudende huisartsen</i>                                    | 29        |
| 3.5 Conclusies                                                              | 32        |
| <b>4 Verpleging en verzorging (AWBZ-zorg) nader belicht</b>                 | <b>33</b> |
| 4.1 Achtergronden verpleging en verzorging?                                 | 33        |
| 4.1.1 <i>Verandering AWBZ zichtbaar in praktijk</i>                         | 33        |
| 4.1.2 <i>Onderscheid verpleging en verzorging niet altijd helder</i>        | 33        |
| 4.1.3 <i>Wat is verpleging?</i>                                             | 33        |
| 4.1.4 <i>Wat is verzorging?</i>                                             | 34        |
| 4.1.5 <i>Aantallen voorzieningen</i>                                        | 34        |
| 4.2 Ervaren lastendruk verpleging en verzorging                             | 36        |
| 4.3 Het landschap geschetst aan de hand van Zorggegevens.nl (stroomdiagram) | 38        |
| 4.3.1 <i>Verpleging en verzorging</i>                                       | 38        |
| 4.3.2 <i>Thuiszorg</i>                                                      | 39        |
| 4.4 Stroomdiagram aangevuld met andere bronnen                              | 42        |
| 4.4.1 <i>Verpleging en verzorging</i>                                       | 42        |
| 4.5 Conclusie                                                               | 44        |

|          |                                                                                          |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5</b> | <b>Conclusie en beschouwing</b>                                                          | <b>45</b> |
| 5.1      | Een complex informatielandschap                                                          | 45        |
| 5.2      | Betekenis voor Zorggegevens.nl                                                           | 46        |
| <b>6</b> | <b>Slotbeschouwing: De stroomdiagrammen in het licht van de<br/>dagelijkse realiteit</b> | <b>48</b> |
| 6.1      | Apotheken                                                                                | 48        |
| 6.2      | AWBZ-Zorg                                                                                | 53        |
| 6.3      | Meer inzicht in het informatielandschap                                                  | 56        |
|          | <b>Literatuurlijst</b>                                                                   | <b>58</b> |
|          | <b>Bijlage 1: Lijst met geïnterviewden</b>                                               | <b>59</b> |
|          | <b>Bijlage 2: Verklarende woordenlijst</b>                                               | <b>60</b> |

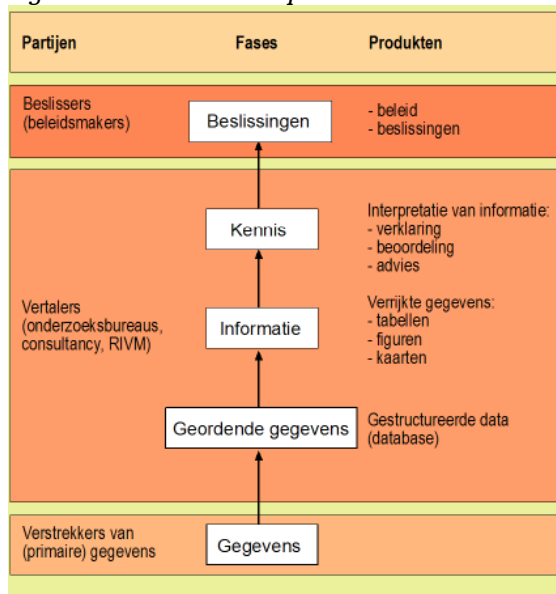
## Samenvatting

De houtskoolschets van het informatielandschap is bedoeld om de informatiestromen op terrein van de volksgezondheid en zorg in kaart te brengen. Het gaat daarbij om een eerste ruwe schets. Bekend is dat er veel informatie wordt geregistreerd, bewerkt en/of doorgeleverd en regelmatig wordt geklaagd over een hoge administratieve lastendruk. Aan de andere kant zijn er ook witte vlekken in de informatievoorziening. De Houtskoolschets is een eerste aanzet om inzicht te krijgen in de informatiestromen. Dit gebeurt stapsgewijs aan de hand van twee geselecteerde cases, te weten Apotheken en Verpleging & Verzorging. Er is voor gekozen om de schets te beginnen bij de 'zorgaanbieder' die registreert en vervolgens is gekeken welke weg de geregistreerde gegevens afleggen. De eerste schets is gemaakt op basis van de informatie die in Zorggegevens.nl is opgenomen. Dit geeft al een gecompliceerd maar nog geen volledig beeld. Deze schets is aangevuld op basis van een nadere search op internet en in de literatuur. Sommige stromen blijken niet te bestaan, terwijl andere relevante stromen nog ontbreken. Deze stappen resulteren in enkele stroomdiagrammen die de complexiteit van het informatielandschap in de zorg illustreren. De schetsen zijn echter niet gevalideerd en compleet en informatie uit Zorggegevens.nl is niet altijd helemaal juist. Het is ook nog onduidelijk wat de inhoud van de verschillende informatiestromen is. Wel is duidelijk dat de complexiteit hier en daar wel wat gestroomlijnd kan worden. De ervaren lastendruk bij de zorgaanbieders heeft vooral te maken met de administratieve informatiestromen naar zorgverzekeraars en zorgkantoren. De stroomdiagrammen zijn vervolgens besproken in interviews met deskundigen uit de betreffende sectoren. In de gesprekken komt een veel meer genuanceerd beeld naar voren over de informatiestromen. Zo blijkt er erg veel variatie te zijn in de omvang van de informatiestromen, waarbij er maar enkele echt grote informatiestromen zijn. In de dagelijkse realiteit hebben apothekers en AWBZ-instellingen te maken met een aanzienlijk minder omvangrijk spectrum van registraties dan opgenomen in Zorggegevens.nl. Ook zien we dat er in het informatielandschap ontwikkeling gaande zijn (bij AWBZ) die een aanzienlijke vereenvoudiging van de informatiestromen met zich meebrengt. De informatie uit de interviews blijkt uitermate relevant voor de interpretatie van de stroomdiagrammen.

# 1 Inleiding

Het ministerie van VWS streeft in haar project Samenhang Beleidsinformatie naar een beter beheerste informatie-uitvraag. Om inzicht te krijgen in de huidige informatiestromen is gestart met de website [www.zorggegevens.nl](http://www.zorggegevens.nl). Dit is een systeem met meta-informatie over diverse gegevensbronnen. Gegevens uit deze bronnen kunnen worden gebruikt voor verschillende informatie- en kennisproducten. Via deze kanalen belanden de (bewerkte) gegevens bij de beleidsmaker. Dit proces kan gevisualiseerd worden in de vorm van een informatiepiramide (zie figuur 1).

Figuur 1: De informatiepiramide.



De piramide geeft de lange weg aan die gegevens afleggen vanaf vastlegging tot het moment dat ze een rol spelen bij beleidsbeslissingen. Aan de basis van deze gegevensstromen staan de gegevensleveranciers die gegevens leveren aan 'registratiehouders'. De registraties en onderzoeken op dit niveau zijn te kenschetsen als primaire bronnen. Na een aantal bewerkingen en analyses is er sprake van bruikbare informatie. De laatste stap in het kennisproces is integratie en interpretatie van deze informatie in het licht van een beleidscontext. Hiermee is er sprake van kennis, die bijdraagt aan *informed decision making*. Dat proces van meten tot en met beslissen leidt tot permanente gegevensstromen, tot gebruik van meetgegevens voor analyse en integratieve documenten.

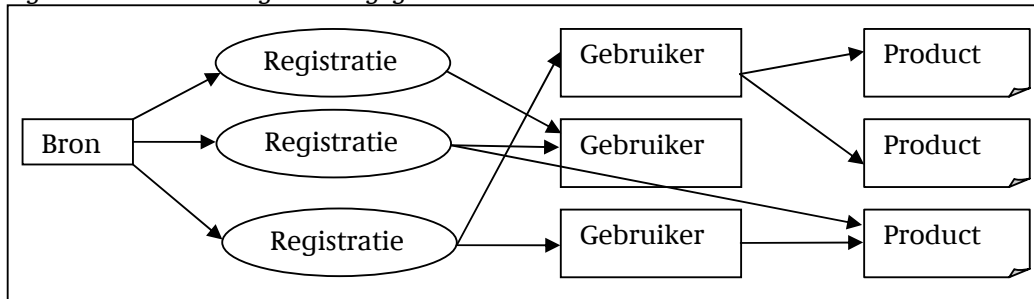
Voor beleidsmakers en onderzoekers is het erg belangrijk dat benodigde primaire gegevens verzameld worden. Daarnaast is het voor adequaat kennismanagement van groot belang om inzicht te hebben in de stappen die nog moeten worden genomen om tot voor het beleid bruikbare informatie of kennis te komen.

## 1.1 Vraagstelling

Momenteel zijn er vele registraties waarvan gegevens via verschillende informatiestromen uiteindelijk hun weg vinden naar het beleid. Het ontbreekt echter aan een systematisch overzicht. De bedoeling van de Houtskoolschets is te verkennen in hoeverre met de in [Zorggegevens.nl](http://Zorggegevens.nl) opgenomen gegevens de

informatiestromen in kaart gebracht kunnen worden. Het gaat om een (houtschool)schets van de weg die gegevens afleggen, te typeren als een geologie van het informatielandschap. Figuur 2 laat zien hoe dit schematisch weergegeven kan worden. In hoofdstuk 3 en 4 wordt dit verder uitgewerkt. Het vertrekpunt van dit schema is de basis van de informatiepiramide, de bron van microdata.

*Figuur 2: Visualisering van de gegevensstroom.*



## 1.2 Opzet

De Houtskoolschets maken we in eerste instantie aan de hand van de informatie zoals die te vinden is in Zorggegevens.nl. We concentreren ons daarbij op twee geselecteerde cases, één in de care- en één in de cure-sector. In latere fases van dit project diepen we deze twee cases verder uit door middel van aanvullend onderzoek en interviews met specialisten.

### 1.2.1 De Houtskoolschets

In Zorggegevens.nl zijn ondertussen ongeveer 150 registraties opgenomen. Voor deze registraties brengen we in kaart wie de gegevens heeft aangeleverd aan de registratie(houder). Het gaat dan om de gegevensleveranciers op het voorzieningenniveau, zoals een huisarts of een ziekenhuis. Ook zal voor deze registraties worden nagegaan via welke kanalen deze (kunnen) bijdragen aan beleidsbeslissingen. Het concept van de informatiepiramide geldt hierbij als leidraad. Per stap in de informatiestroom zal dan ook worden aangegeven welke laag het in de informatiepiramide betreft. Sommige gegevens leggen daarbij een complexe weg af.

De verschillende informatiestromen zullen gevisualiseerd worden in stroomdiagrammen. Hierin worden van de bronnen lijnen getrokken naar informatie- of kennisproducten. Tevens wordt verkend op welke wijze (via welke kanalen) de gegevens bijdragen aan beleidsbeslissingen. Dit kan bijvoorbeeld via kennisproducten gebeuren maar soms ook rechtstreeks. De visualisering van de informatiestromen kan worden beschouwd als een verkenning van de gebruiksmogelijkheden van Zorggegevens.nl. De resultaten zullen dan ook bruikbaar zijn als input voor doel en richting van verdere ontwikkeling en verfijning van de website [www.zorggegevens.nl](http://www.zorggegevens.nl).

### 1.2.2 Verdieping met twee cases

Zorggegevens.nl bevat in zijn huidige vorm slechts een deelverzameling van alle zorgregistraties. En het is daarbij zinvol om nu, parallel aan een verdere groei van het aantal registraties, de mogelijkheden voor een betere inzichtelijkheid van de gegevensstromen te onderzoeken.

Voor een dergelijke uitwerking van Zorggegevens.nl zal in dit geval gefocust worden op twee voorzieningen. In deze cases wordt gekeken welke informatie

door wie en voor wie wordt vastgelegd en hoe deze informatie zijn weg vindt in het informatielandschap.

In overleg met de opdrachtgever hebben we gekozen voor de cases 'Apotheken' (geneesmiddelenvoorziening) en 'Verpleging & Verzorging' (AWBZ-zorg). Deze sectoren verschillen veel van elkaar en kunnen tot verschillende inzichten leiden. We hebben hiermee zowel een casus uit de 'cure' als uit de 'care' sector. Een ander argument voor deze keuze is dat apothekers een tamelijk helder omschreven product afleveren, namelijk geneesmiddelen en dat AWBZ-zorg een veel diffuser productaanbod kent, onderverdeeld naar verschillende functies. De apotheken kennen een betrekkelijk eenvoudige registratiestructuur en verpleging en verzorging kennen een meer complex netwerk van partijen. Bij de apotheken hebben we overigens ook ziekenhuisapotheken en apotheekhoudende huisartsen betrokken.

Alvorens de resultaten van de fase van de gegevensinventarisatie verder te verdiepen is een eerste schets gemaakt voor de geselecteerde cases op basis van de informatie uit Zorggegevens.nl. Vervolgens is nader bronnenonderzoek uitgevoerd om het overzicht van de informatiestromen verder te completeren. In eerste instantie is daarbij gebruik gemaakt van twee recente rapporten van PricewaterhouseCoopers (PwC) over de ervaren lastendruk in de 'cure' en 'care' sector (PwC, 2006; PwC, 2007). Vervolgens zijn de uit Zorggegevens.nl naar voren gekomen registraties en producten nader bestudeerd, onder meer via een systematische search op internet. Dit resulteert in verschillende aanvullende 'geverifieerde' informatiestromen.

Het uiteindelijke plaatje betreft een combinatie van informatie uit Zorggegevens.nl en aanvullend bronnenonderzoek en geeft een uitgebreid beeld van de informatiestromen. Deze stroomdiagrammen zijn vervolgens voorgelegd aan enkele specialisten uit het veld. De interviews met deze specialisten zetten de stroomdiagrammen in het daglicht van de dagelijkse realiteit en dit levert een inhoudelijke verdieping op van het beeld dat uit de beide cases naar voren komt. Vergelijking van de eerste schets (aan de hand van de informatie uit Zorggegevens.nl) met de schets op basis van informatie uit het aanvullende onderzoek en het resultaat van de interviews kan een impuls geven aan de inhoud van Zorggegevens.nl.

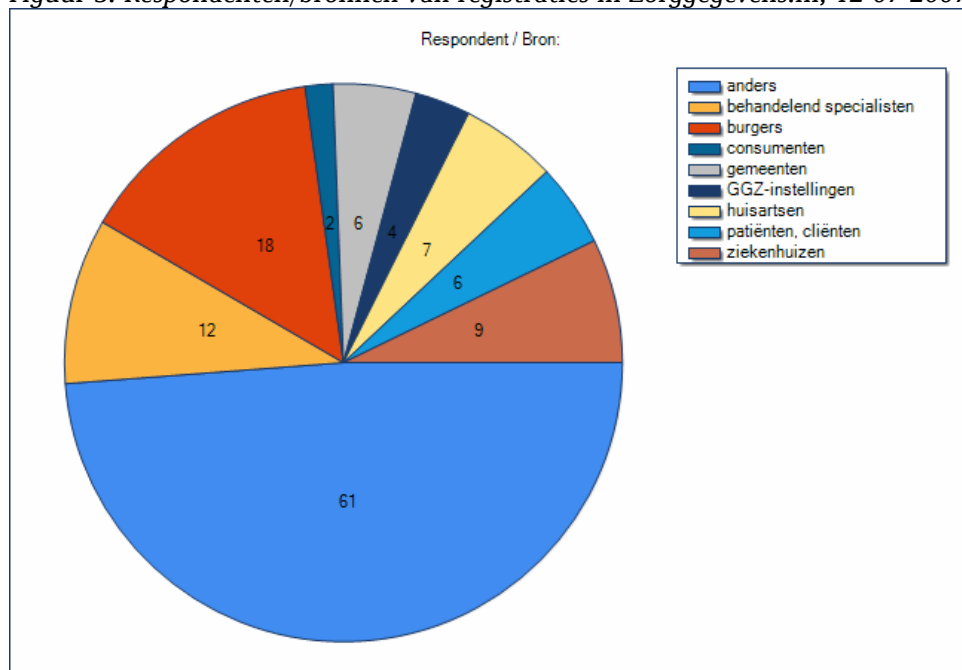
## 2 Een eerste schets van het informatielandschap met Zorggegevens.nl

In dit hoofdstuk is getracht om in kaart te brengen wie de gegevensleveranciers zijn van de registraties die op peildatum 12 juli 2007 in de Zorggegevens.nl-database stonden. Bij de verkenning is gebruik gemaakt van de registraties met de statussen 'definitief en publiceren'. Voor deze registraties is gekozen omdat deze al zijn gecontroleerd door de registratiehouders.

### 2.1 Gegevensleveranciers

Op de peildatum zijn 125 registraties opgenomen op Zorggegevens.nl. Aan de houders van die registraties is onder meer gevraagd om aan te geven wie de registratie invult. Vaak is deze vraag gelezen als van wie ze de gegevens (die terug te vinden zijn in de registratie) hebben gekregen. Dankzij deze vraag is het mogelijk om in grote lijnen in kaart te brengen wie de gegevensleveranciers zijn van de registraties (zie figuur 3).

*Figuur 3: Respondenten/bronnen van registraties in Zorggegevens.nl, 12-07-2007.*



Uit figuur 3 blijkt dat 61 registraties behoren tot de categorie *anders*. Na deze categorie vormen *burgers* – met 18 registraties – de grootste bron voor de registraties. Voor 12 registraties wordt geput uit gegevens van *behandelend specialisten*. De categorie *ziekenhuizen* telt 9 registraties. In totaal zeven registraties behoren tot de categorie *huisartsen*, 6 tot de categorie *patiënten/cliënten* en hetzelfde aantal tot de categorie *gemeenten*, 4 tot de categorie *GGZ-instellingen* en 2 tot de categorie *consumenten*.

## 2.2 Kanttekening bij de inventarisatie

De registraties zijn in Zorggegevens.nl geclassificeerd aan de hand van hun bronnen: primaire, secundaire, tertiaire of overige bronnen.

- Primaire bronnen zijn registraties waarbij de broninhoud zelf onderzoek doet door middel van enquêtes en dergelijke. De kern hierbij is dat zelf actief de gegevens verzameld worden.
- Secundaire bronnen zijn registraties die de gegevens uit de administraties van hun bron trekken. Dit is dan vaak gekoppeld aan het administratiesysteem van de bron. De kern hierbij is dat dit automatisch gebeurt en voor elk geval (elk recept of elke patiënt).
- Tertiaire bronnen zijn registraties die gegevens modelleren. De gegevens die de registraties krijgen worden dan statistisch bewerkt door de registratiehouder voordat een gebruiker deze gegevens verwerkt in een product.
- De laatste groep zijn registraties, adressenlijsten van instellingen, praktijken, personen (met een bepaald beroep) of nota's en registraties die niet in een andere groep zijn in te delen.

De registraties in Zorggegevens.nl betreffen meerdere lagen van de informatiepiramide, variërend van gegevens tot informatie.

Een tweede kanttekening betreft de betrouwbaarheid van de gegevens in Zorggegevens.nl. De betrouwbaarheid van de gegevens in de database valt of staat met de accurate kennis van de registratiehouders. De informatie die registratiehouders aanleveren dient als uitgangspunt. Het is dus mogelijk dat er door de registratiehouders (onbewust) onjuiste of onvolledige informatie is ingevuld. Daarnaast is van belang om te benadrukken dat (nog) niet alle mogelijke informatiestromen in de database zitten. Dit is een doorlopend proces.

### 2.2.1 Interpretatie voorzieningenniveau

De bedoeling van de Houtskoolschets is het in kaart brengen van de informatiestromen van gegevensleveranciers op voorzieningenniveau, zoals een huisarts of een ziekenhuis. Deze informatie is echter niet meteen uit de database van Zorggegevens.nl te halen. Dit heeft meerdere oorzaken, te weten:

1) Bij de vraag over 'wie de registratie invult' zijn in het invulscherf van Zorggegevens.nl vaste antwoordcategorieën gegeven. Dit zijn niet altijd voorzieningen. Daar komt bij dat het onderscheid tussen de categorieën soms nog te vaag is. Zo is in de categorie 'consumenten' nog een mix van individuen en instellingen ondergebracht. Doordat categorieën elkaar soms ook overlappen zijn de resultaten niet altijd gemakkelijk interpreteerbaar.

2) De vraag over wie de registratie invult kan op verschillende manieren worden gelezen. Aan de hand van een voorbeeld wordt dit duidelijker: een registratiehouder geeft aan dat de registratie door een onderzoeker in dienst van de brancheorganisatie wordt ingevuld. Deze registratie bestaat uit de adresgegevens van aangesloten leden. Nu is het de vraag of de onderzoekers zelf die gegevens hebben opgezocht of dat de leden de gegevens zelf hebben aangeleverd. In dat laatste geval hebben de onderzoekers het alleen in een bestand gezet en er zelf niets mee gedaan. Wie is in dit geval de respondent, is dat de onderzoeker of zijn dat de leden? Ook voor de registratiehouder is dat niet altijd even duidelijk.

3) Sommige registraties zijn ingevuld door zorgverzekeraars, die de gegevens weer hebben van artsen of apothekers. Dit is een tussenlaag in de informatiestroom. Maar van wie de zorgverzekeraars de informatie hebben gekregen is niet altijd/zelden gespecificeerd. Dit is vooral het geval bij een aantal registraties van organisaties als CVZ en Vektis.

4) Om meer informatie over de inhoud van de informatiestromen te achterhalen is ook gezocht in de beschrijving van de registratie. Dan blijkt bijvoorbeeld dat de registratie zowel gebaseerd is op brongegevens als op eigen onderzoek, een combinatie van verschillende bronnen. Vaak is echter lastig te achterhalen wie in een dergelijk geval de verschillende gegevensleveranciers zijn geweest.

5) Het is bij sommige registraties dus niet (meteen) duidelijk wie de gegevensleveranciers zijn of het is niet bekend wie de betreffende registratie daadwerkelijk heeft ingevuld. Hierdoor is het soms lastig om te komen tot een juiste inschatting van het voorzieningenniveau van de gegevensleveranciers.

## **2.3 Bruikbaarheid Zorggegevens.nl voor de Houtskoolschets**

Voor een belangrijk deel zijn de informatiestromen van de bron naar de registratie met behulp van de gegevens in de database van Zorggegevens.nl in kaart te brengen. Toch zitten er behoorlijk wat haken en ogen aan het maken van een dergelijke Houtskoolschets.

Het blijkt vrij lastig (alle) mogelijke informatielagen bloot te leggen, simpelweg omdat er momenteel nog onvoldoende (specifieke) informatie is terug te vinden in Zorggegevens.nl. Een deel van deze inventarisatie is gebaseerd op interpretatie en deductie zonder dat dit (nogmaals) gecontroleerd is bij de registratiehouders of gegevensleveranciers. Bovendien komt het voor dat de registratiehouders zelf aangeven nauwelijks zicht te hebben op de eventuele onderliggende en tussenliggende informatiestromen.

De betrouwbaarheid van deze inventarisatie is, gegeven de voorgaande kanttekeningen bij de registraties, niet optimaal. Deze eerste inventarisatie kan dan ook geen volledig beeld geven van de informatiestromen in de zorgsector.

### **2.3.1 Implicatie voor Zorggegevens.nl**

De Houtskoolschets hangt nauw samen met het project Zorggegevens.nl (zie hoofdstuk 1). Voor de duidelijkheid is hieronder per project aangegeven welke stappen er zijn genomen op basis van de bevindingen van de Houtskoolschets.

De bevindingen uit de Houtskoolschets zijn meegenomen bij de verdere invulling van fase 2 van Zorggegevens.nl. Er is op meerdere manieren getracht meer specifieke informatie over de informatiestromen te verkrijgen.

Zo is in de nieuwe vragenlijst voor Zorggegevens.nl een aantal vragen opgenomen die meer informatie over de gegevensleveranciers moeten opleveren: zie de kolommen.

Tevens is ervoor gekozen om al tijdens fase 2 van het Zorggegevens.nl-project de helpdesk (stapsgewijs) om te vormen tot een redactie. De redactie kan dan naar eigen inzicht en kennis de gegevens zoals deze nu op Zorggegevens.nl staan controleren, aanvullen en verbeteren. Op die manier kan de betrouwbaarheid van de gegevens in de database verbeterd worden. De bedoeling is om ook bij de gebruikers te controleren of zij inderdaad gebruiker zijn of niet. Op deze manier kan van twee kanten aan de betrouwbaarheid van de gegevens gewerkt worden.

## 3 Apotheken nader belicht

De eerste casus waarvoor we het informatielandschap verder uitwerken, wordt gevormd door de geneesmiddelenvoorziening van apotheken. Om enige indruk van deze deelsector te krijgen wordt deze beknopt beschreven en wordt enige achtergrondinformatie gegeven (paragraaf 3.1). Dit schetst tevens een kader voor de informatiestromen. Vervolgens wordt de ervaren lastendruk voor apotheken beschreven. In de daaropvolgende paragraaf worden de informatiestromen in de deelsector beschreven aan de hand van de gegevens uit de Zorggegevens.nl-database, hetgeen wordt aangevuld met de informatie uit het aanvullende bronnenonderzoek. Het hoofdstuk eindigt met een korte conclusie.

### 3.1 Achtergrond geneesmiddelenvoorziening

Apotheken maken deel uit van de cure-sector. De cure-sector kent meerdere beleidsterreinen, te weten: curatieve zorg, geneesmiddelen, medische (bio)technologie, transfusie en transplantatiegeneeskunde (Boerakker et al., 2005). Aangezien we hier alleen geïnteresseerd zijn in apotheken lichten we het beleidsterrein 'geneesmiddelen' hieronder verder uit.

#### 3.1.1 Wat is geneesmiddelenvoorziening?

De term geneesmiddelenvoorziening omvat zowel de ontwikkeling en productie van geneesmiddelen als ook het voorschrijven, afleveren en gebruik er van. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt in type medicijn: geneesmiddelen op recept en zelfzorgmiddelen (Boerakker et al., 2005).

Huisartsen, tandartsen, medisch specialisten en verloskundigen zijn de enige die geneesmiddelen mogen voorschrijven. De aflevering van geneesmiddelen op recept is echter in handen van apotheken. Er zijn verschillende soorten apotheken, te weten: instellingsapotheken, openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen. Ziekenhuisapotheken, openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen kunnen geneesmiddelen zowel intra- als extramuraal leveren. Er zijn ook geneesmiddelen waarvoor geen recept nodig is, de zogenaamde zelfzorgmiddelen. Apotheken, drogisten en bijzondere vergunninghouders kunnen geneesmiddelen verkopen waarvoor geen recept nodig is (Boerakker et al., 2005).

De brancherapporten (<http://www.brancherapporten.minvws.nl>) geven onderstaande (cijfermatige) informatie over het aanbod op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening (Boerakker et al., 2005).

#### 3.1.2 Aantal voorzieningen

Geneesmiddelen op recept worden verstrekt door (ziekenhuis)apotheken en in dunbevolkte gebieden door apotheekhoudende huisartsen. Zelfzorgmiddelen door apotheken en drogisterijen met een erkenning of vergunning. Onder 'drogisterijen en drogisterijafdelingen' verstaan we drogisterijen met volledige erkenning voor alle geneesmiddelen en drogisterijen met een beperkte vergunning (bron: Nefarm).

Tabel 1 laat het aantal apotheken in Nederland zien. In 2006 waren er in Nederland 1732 apotheken, 586 apotheekhoudende huisartsen en 86 ziekenhuisapotheken.

Tabel 1: Aantal openbare apotheken, apotheekhoudende huisartsen, ziekenhuisapotheken en drogisterijen (bron: SFK, KNMP<sup>1</sup>; Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn NIVEL, Prismant & OSA, 2003<sup>2</sup>; Neprofarm: zelfzorgmarkt<sup>3</sup>).

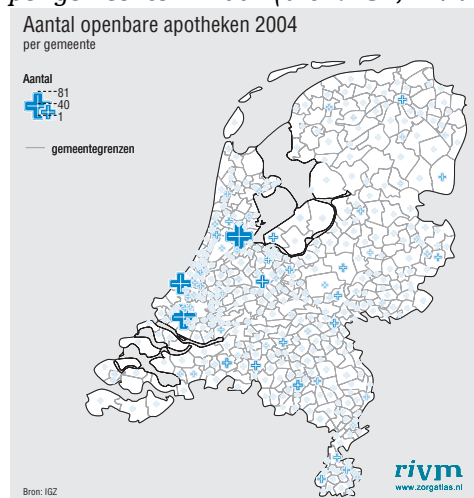
|                                                     | 2000  | 2001  | 2002  | 2003               | 2004  | gem jr gr (%) |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|--------------------|-------|---------------|
| Apotheken <sup>1</sup>                              | 1.571 | 1.629 | 1.654 | 1.697              | 1.732 | 2,5           |
| Ziekenhuisapotheken <sup>1</sup>                    | 88    | 89    | 88    | 88                 | 86    | -0,6          |
| Apotheekhoudende huisartsen <sup>2</sup>            | 636   | 636   | 606   | 593                | 586   | -2,0          |
| Drogisterijen en drogisterijafdelingen <sup>3</sup> | 4.268 | 4.098 | 4.032 | 3.990 <sup>a</sup> | n.b.  | -1,6          |

<sup>a</sup> Waarvan 3.590 met volledige erkenning voor alle zelfzorggeneesmiddelen en 400 met een beperkte vergunning (met name op plaatsen waar geen apotheek of drogisterij in de buurt is). Dit aantal is inclusief circa 800 drogisterijafdelingen binnen het levensmiddelenkanaal.

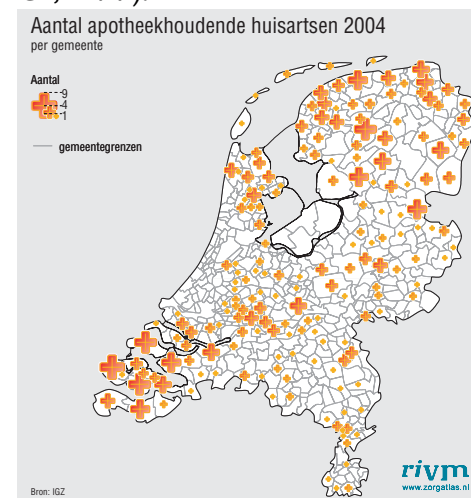
### 3.1.3 Spreiding van apotheken

Figuur 4 geeft inzicht in de regionale spreiding van apotheken in Nederland. Deze kaart toont dat de geografische spreiding van apotheken in de noordelijke provincies en Zeeland minder fijnmazig is dan elders in Nederland.

Figuur 4: Aantal openbare apotheken per gemeente in 2004 (bron: IGZ, RIVM).



Figuur 5: Aantal apotheekhoudende huisartsen per gemeente in 2004 (bron: IGZ, RIVM).



### 3.1.4 Spreiding van apotheekhoudende huisartsen

Figuur 5 geeft vervolgens een specifiek beeld van de gebieden waar apotheekhoudende huisartsen in Nederland zijn gevestigd<sup>1</sup>. Opvallend is dat het hier juist de eerder genoemde noordelijke provincies en Zeeland zijn die bovengemiddeld scoren.

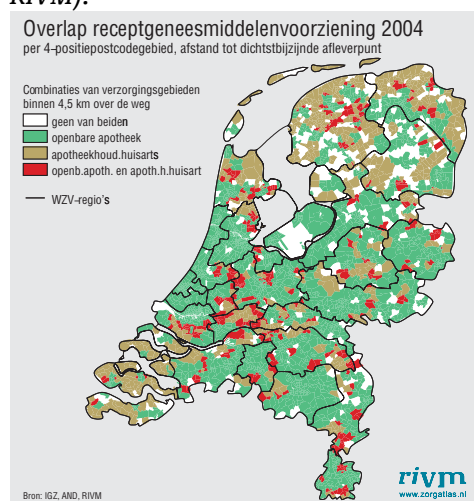
### 3.1.5 Spreiding van geneesmiddelenvoorzieningen

Zoals figuur 6 laat zien is er in Nederland sprake van een zeer fijnmazig patroon van geneesmiddelenvoorzieningen. De meeste mensen wonen in een postcodegebied waarvan de afstand naar de dichtstbijzijnde apotheek of apotheekhoudende huisarts minder dan 4,5 kilometer bedraagt (over de weg). In de gebieden waar geen apotheek of apotheekhoudende huisarts binnen 4,5 km

<sup>1</sup> Zie Nationale Atlas Volksgezondheid ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)) voor meer informatie en achtergronden bij de gekozen regio-indeling.

beschikbaar is (witte vlekken), wonen ongeveer 347.000 mensen. Dit is ongeveer 2,1 procent van de bevolking in Nederland.

*Figuur 6: Overlap in de geneesmiddelen-voorziening in 2004 (bron: IGZ, AND en RIVM).*



### 3.1.6 Aantal voorschriften

Het aantal voorschriften is een indicatie voor het geneesmiddelengebruik. Tabel 2 bevat het aantal in openbare apotheken afgeleverde voorschriften, uitgesplitst voor verschillende leeftijdscategorieën. Het gaat om voorschriften die in het wettelijk verzekerde pakket vallen. In de cijfers over 2004 zijn de pil (G02B & G03A) evenals 40% van de hormoonbehandelingen die bij IVF (in-vitrofertilisatie) worden gebruikt (G03G) niet meegenomen. De openbare apotheken leverden in 2004 126 miljoen voorschriften af. Ongeveer 90 procent van het extramurale geneesmiddelengebruik wordt verstrekt in de openbare (ziekenhuis)apotheken. De overige 10 procent wordt verstrekt door apotheekhoudende huisartsen.

*Tabel 2: Aantal voorschriften naar leeftijd (x 1.000) (bron: SFK).*

| Leeftijd          | 2000    | 2001    | 2002    | 2003    | 2004 <sup>a</sup> | gem. jr. gr. (in %) |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|-------------------|---------------------|
| 0-10 jaar         | 4.870   | 5.001   | 4.898   | 4.856   | 4.267             | -3,3                |
| 11-20 jaar        | 4.625   | 4.835   | 4.939   | 5.054   | 4.751             | 0,7                 |
| 21-40 jaar        | 21.569  | 21.858  | 21.737  | 21.817  | 17.797            | -4,7                |
| 41-64 jaar        | 40.450  | 42.523  | 44.167  | 46.445  | 45.177            | 2,8                 |
| Ouder dan 65 jaar | 47.470  | 49.747  | 51.356  | 54.297  | 53.395            | 3,0                 |
| Leeftijd onbekend | 1.813   | 2.092   | 2.282   | 2.420   | 1.119             | -11,4               |
| Totaal            | 120.797 | 126.056 | 129.378 | 134.890 | 126.505           | 1,2                 |

<sup>a</sup> In de cijfers over 2004 zijn de pil (G02B & G03A) evenals 40 procent van de hormoonbehandelingen die bij IVF worden gebruikt (G03G) niet meegenomen.

## 3.2 Ervaren administratieve lastendruk apothekers

De ervaren administratieve lastendruk komt voort uit een combinatie van ervaren last en de waarde voor de eigen bedrijfsvoering. Een aantal administratieve handelingen wordt als een hoge last ervaren (PwC, 2007). Het gaat dan om

handelingen die een lage waarde hebben voor de eigen bedrijfsvoering. De belangrijkste irritatiefactoren die in de 'cure' naar voren komen uit het PwC rapport zijn: moeite om wijzigingen van laatste jaren bij te benen, een gebrek aan uniformering, onduidelijkheid over doel van de informatieverzameling, irritatie over dubbel aanleveren van informatie en onbegrip en/of wantrouwen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De belangrijkste door apothekers ervaren lasten hebben te maken met de zorgverzekeraars. Uit het PwC rapport blijkt dat de top vijf onderwerpen met de hoogste index voor de ervaren administratieve last voor apothekers bestaat uit contacten met de zorgverzekeraars, op verschillende niveaus. Dit betreft de volgende onderwerpen:

1. Machtigingen.
2. Correspondentie van zorgverzekeraars.
3. Verantwoording geleverde zorg aan zorgverzekeraars.
4. Terugrapportage geweigerde facturen.
5. Verantwoording geleverde kwaliteit aan zorgverzekeraars.

*Ad 1.* Voor een aantal handelingen/ hulpmiddelen/ geneesmiddelen dient de apotheker aan de zorgverzekeraar vooraf een machtiging te vragen. Dit wordt ervaren als tijdrovend en belastend, zeker als een machtiging door de verzekeraar wordt afgekeurd omdat deze foutief is ingevuld. Deze procesgang zorgt ook voor veel correspondentie tussen de apotheker en de zorgverzekeraar en versterkt daarbij de afhankelijke positie van de apotheker. De zogenaamde bijlage 2-machtigingen – waarbij apothekers aan de hand van een richtlijn beslissen of een verzekerde gemachtigd kan worden voor een bepaald geneesmiddel – lossen een deel van dit probleem op. Maar tegelijkertijd vergroot het ook de administratieve last van de apotheker.

*Ad 2.* Bij de correspondentie van de zorgverzekeraars wordt niet zo zeer de reguliere correspondentie over contractering, facturering en verantwoording als last ervaren. Belastend is vooral de aanvullende correspondentie over wijzigingen in pakketten en procedures en de gevolgen die deze met zich meebrengt.

*Ad 3.* Wat betreft de verantwoording van de geleverde zorg aan de zorgverzekeraar is het vooral de omvang van de administratieve last die de belangrijkste irritatiefactor vormt. Bovendien is er te weinig uniformiteit als het gaat om de procedures en de regels zoals de verschillende zorgverzekeraars die hanteren. Apothekers geven aan dat dit de controle op de door verzekerden gedeclareerde zorg, door middel van een inspectie van de spiegelinformatie van de apothekers, onnodig ingewikkeld maakt. De apothekers willen in dit verband dat alle verzekeraars eenzelfde of in elk geval een op elkaar aansluitende software zouden gebruiken voor het verwerken van gegevens. De levering van gegevens *an sich* hoeft geen zware last te zijn, maar door de verschillende software en de slechte compatibiliteit wordt dit het wel. De gevraagde gegevens dienen voor elke verzekeraar net anders aangeleverd te worden.

*Ad 4.* Het verwerken van geretourneerde facturen vergt veel uitzoekwerk van de apothekers. Enerzijds wijten ze de geretourneerde facturen aan het niet goed functioneren van de verzekerdenregistratie van de zorgverzekeraars en anderzijds aan de gecompliceerde, per verzekeraar verschillende, factureringsprocedure.

*Ad 5.* De verantwoording van de geleverde kwaliteit aan de verzekerden zien veel apothekers als een behoorlijke administratieve last, maar de grootste irritatie op dit terrein ligt in het feit dat de apotheker het nut er niet van inziet. Voor de zorgverzekeraars schuilt dit nut in het inzicht in prestatie-indicatoren waarop men zich wil onderscheiden van de concurrentie.

### 3.3 Het landschap geschetst aan de hand van Zorggegevens.nl (stroomdiagram)

Het stroomdiagram is gemaakt vanuit de bron waar de gegevens worden verzameld: de administratieve eenheid met de gegevens op het laagste niveau. Met betrekking tot apotheken zijn er drie diagrammen gemaakt: één voor 'apotheken', één voor 'ziekenhuisapotheken' en één voor 'apotheekhoudende huisartsen'.

Per onderdeel zijn in eerste instantie drie schetsen gemaakt:

- 1) voor gegevens zoals deze in Zorggegevens.nl staan,
- 2) voor de gegevens zoals door aanvullend onderzoek is vergaard en
- 3) waarin de twee voorgaande samenkomen in één schets.

De laatste twee staan in paragraaf 3.4. Voor de verpleging- en verzorgingssector staan de stroomdiagrammen in de paragrafen 4.3 en 4.4.

In de slotbeschouwing van hoofdstuk 6 worden nog twee stroomdiagrammen gepresenteerd, namelijk degene die zijn ontstaan aan de hand van de interviews met experts uit het veld.

#### 3.3.1 Opzet stroomdiagram

In figuur 7 worden verschillende elementen van de informatiestroom in kaart gebracht. De bron van de gegevensstroom wordt aan de linkerkant van het stroomdiagram weergegeven, in dit geval de apotheken. De pijlen vanaf de bron naar de registraties, gebruikers en producten stellen vervolgens de gegevensstromen voor.

De registraties zijn geclassificeerd als primaire, secundaire, tertiaire of overige bronnen. Dit is analoog aan de typologie zoals gebruikt in Zorggegevens.nl en is overgenomen van een typologie van gegevens zoals gebruikt door het CBS. De verschillende kleuren die de registraties hebben, zijn bedoeld om de gegevensstroom vanaf de registratie te kunnen weergeven en uit elkaar te houden. De gegevensstroom behoud daarbij de kleur van de registratie. Ook de kleur van de pijl tussen de gebruikers van de registraties en de producten waarin de gegevens van de registraties verwerkt zijn, komt voort uit de oorspronkelijke kleur van de registratie waar de gegevens vandaan komen.

De inhoud van de gegevensstroom tussen de bron en de registratie zou kunnen worden weergegeven door de variabelen zoals die op Zorggegevens.nl staan. Dit is de lijst met variabelen zoals deze op Zorggegevens.nl is ingevuld. In deze eerste Houtskoolschets is er echter voor gekozen om de inhoud van de gegevensstroom achterwege te laten, zodat wel duidelijk is dat er een informatiestroom is, maar onduidelijk blijft welke informatie het precies bevat.

Van de gegevensstroom tussen de registratie en de gebruiker is het minder duidelijk wat de gegevens zijn. Het is goed mogelijk dat er bij de registratiehouder een bewerking heeft plaatsgevonden waarbij de gegevens bijvoorbeeld zijn geanonimiseerd. Het is ook mogelijk dat slechts een beperkt deel van de gegevens opgevraagd is, waarmee een ander deel van de gegevens ongebruikt blijft.

Het is in het daarop volgende niveau: de producten, wel weer te zien wat de gebruikers met de hen ter beschikking gestelde gegevens hebben gedaan. Maar ook hier geldt dat een bewerking plaats kan hebben plaatsgevonden en dat waarschijnlijk niet alle gegevens uit de registratie gebruikt worden. Om dit inzichtelijk te maken zal voor elke pijl tussen registratie en gebruiker nagegaan moeten worden wat de aard van de gegevensstroom is: wat zijn de variabelen van de data die verstuurd wordt? Vervolgens moeten ook de definities van die variabelen nagegaan worden. Dit kan per registratie verschillen.

Als schets voor een weergave van de complexiteit is het huidige stroomdiagram zinvol, maar voor het daadwerkelijke gebruik zal juist bij de precieze beschrijving

van de inhoud van de gegevensstromen de nadruk moeten liggen. Het zal daarbij nodig zijn om zowel de registratiehouder als de gebruiker extra vragen te stellen over de aard van de gegevensstromen.

De gegevensstroom tussen gebruiker en product is niet direct uit Zorggegevens.nl af te leiden. De relatie tussen deze twee is niet gekoppeld en loopt altijd via een registratie. Dit is de reden dat er soms producten genoemd zijn, terwijl de bijbehorende gebruiker (de producent van het product) niet genoemd is. Dit moet worden gekoppeld, geen product zonder gebruiker, of de registratie zelf levert het product. Dit zal moeten worden aangepast in de vragenlijst, zodat het stroomschema in een eventuele latere fase interactief kan worden weergegeven. Tevens zijn er gebruikers genoemd, terwijl er geen product is genoemd. Dit kan strikter worden ingevuld door de redactie, want elke gebruiker gebruikt de gegevens wel ergens voor.

### **3.3.2 Apotheken**

Het stroomdiagram 'apotheken', zie figuur 7, is gebaseerd op het voorkomen van de woorden 'apotheek, apotheken, apotheker' in de database van Zorggegevens.nl bij 'Variabelen' of als antwoord op de vragen: "Wie vult de registratie in?" en "Welke administratieve eenheid levert gegevens aan?". Er staan tien registraties in de database van Zorggegevens.nl die als bron 'apotheken' hebben opgegeven. Dit zijn zowel primaire, secundaire als tertiaire registraties.

Alle registraties leveren aan meerdere gebruikers. Zo levert de registratie 'Apotheken (CBS)' aan twee gebruikers, te weten: CBS en Eurostat. Sommige andere registraties leveren hun gegevens aan drie of meer gebruikers.

De tien registraties in dit stroomdiagram leveren gegevens aan elf gebruikers. Deze elf gebruiken de geleverde data voor vijftien producten. Van deze vijftien verschillende producten zijn er negen van het ministerie van VWS (o.a. de begroting VWS en verschillende beleidsinstrumenten) en twee van het RIVM (Nationale Atlas Volksgezondheid ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)) en Kosten van ziekten ([www.kostenvanziekten.nl](http://www.kostenvanziekten.nl))).

De PHARMO databank levert volgens de Zorggegevens.nl-database gegevens aan voor wetenschappelijk onderzoek zonder dat daar een specifieke gebruiker bij genoemd is. Er wordt gezegd een verdieping in de informatiepiramide overgeslagen. De registratie G-standaard levert, zoals ingevuld door de registratiehouder in Zorggegevens.nl, ook rechtstreeks gegevens voor de brancherapporten.

De complexiteit van het stroomdiagram geeft aan dat er, ook bij het betrekkelijk overzichtelijke veld van de apothekers, veel partijen betrokken zijn bij het uitwisselen van registratiegegevens.

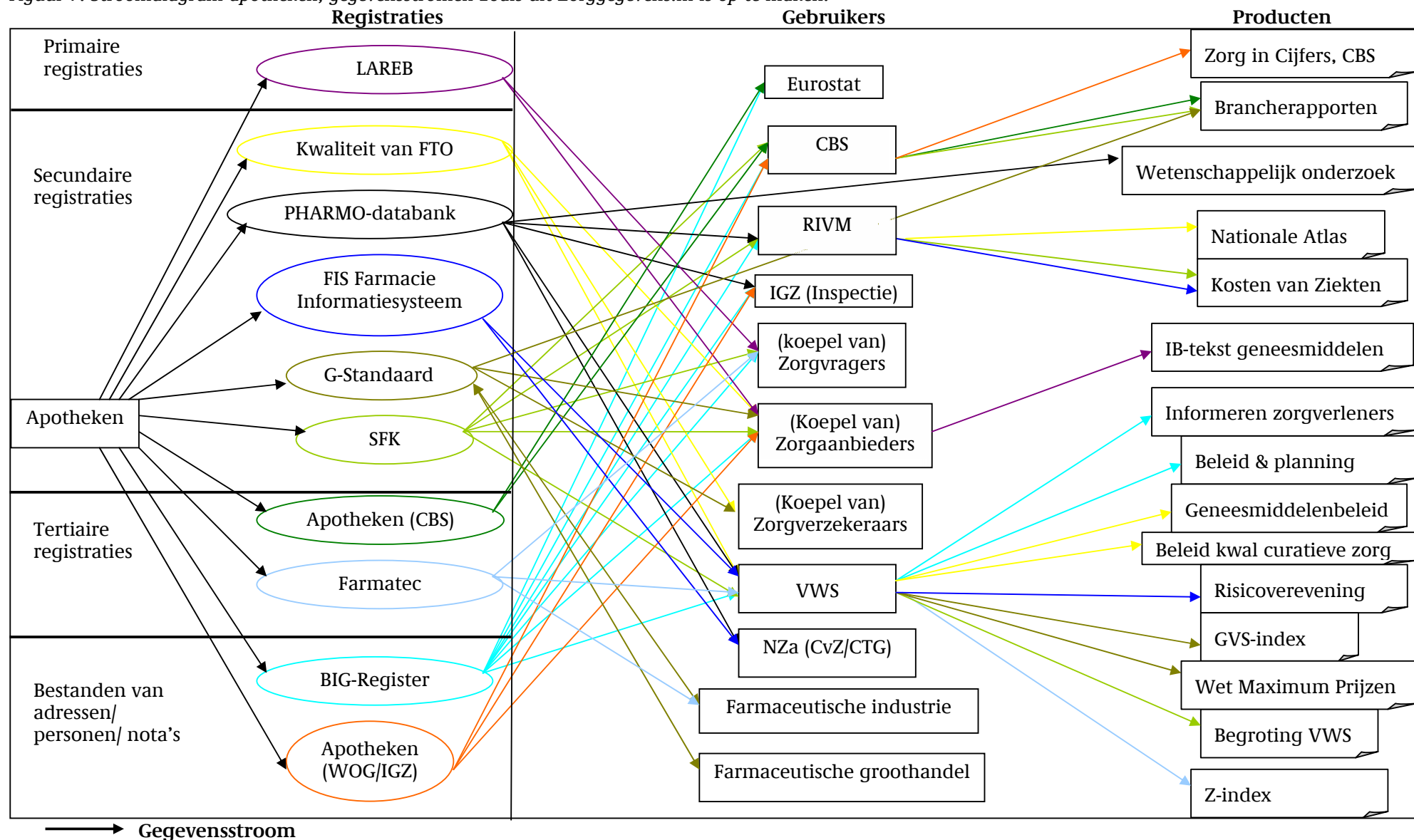
### **3.3.3 Ziekenhuisapotheken**

Het stroomdiagram in figuur 8 van de ziekenhuisapotheken is gebaseerd op het voorkomen van de woorden 'ziekenhuisapotheek' of 'apothekers' bij 'Variabelen', in combinatie met het voorkomen van het woord 'ziekenhuis', ergens anders in de registratie. Anderzijds wordt ook geselecteerd op de combinatie van de woorden 'ziekenhuis en geneesmiddel, medicatie of prescriptie, e.d.' in de database van Zorggegevens.nl, omdat dat een combinatie is waarbij de medicatie doorgaans via een ziekenhuisapotheek verloopt<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ziekenhuizen leveren gegevens aan veel meer registraties dan weergegeven in het stroomdiagram. Dit stroomdiagram beperkt zich tot die registraties in de database van Zorggegevens.nl waaruit blijkt dat ziekenhuizen in verband met geneesmiddelen gebracht kunnen worden.

Figuur 7: Stroomdiagram apotheken, gegevensstromen zoals uit Zorggegevens.nl is op te maken.



Registraties met betrekking tot geneesmiddelen die door een willekeurig apotheek geleverd kunnen zijn, zijn niet per definitie opgenomen, omdat in dat geval niet duidelijk is of deze middelen specifiek door de ziekenhuisapotheken worden geleverd. Er kunnen in het geval van de ziekenhuismedicatie ook registraties over het hoofd gezien zijn, omdat niet duidelijk uit Zorggegevens.nl blijkt dat deze te maken hebben met ziekenhuisapotheken.

Dit levert een stroomdiagram met slechts twee registraties op. Deze registraties leveren gegevens aan acht gebruikers en de registraties leveren rechtstreeks aan twee producten.

Het stroomdiagram voor de ziekenhuisapotheken is eenvoudiger dan dat voor de algemene apotheken. Dit diagram is echter ook minder betrouwbaar, aangezien er maar twee registraties in het stroomschema staan. Het lijkt zeer onwaarschijnlijk dat dit lage aantal de werkelijkheid weergeeft. De belangrijkste reden voor de relatieve onbetrouwbaarheid van dit schema is dat er minder bekend is aangaande ziekenhuisapotheken. Nader onderzoek zal nodig zijn om meer gegevensstromen te laten zien. Het is uit Zorggegevens.nl niet duidelijk te maken of er überhaupt additionele gegevensstromen zijn die ziekenhuisapotheken apart registreert. Mogelijk wordt het op de grote hoop met gegevens van ziekenhuizen dan wel apotheken meegenomen. De voorlopige conclusie is dat het moeilijk is om gegevensstromen vanaf ziekenhuisapotheken in beeld te brengen.

#### **3.3.4 Apotheekhoudende huisartsen**

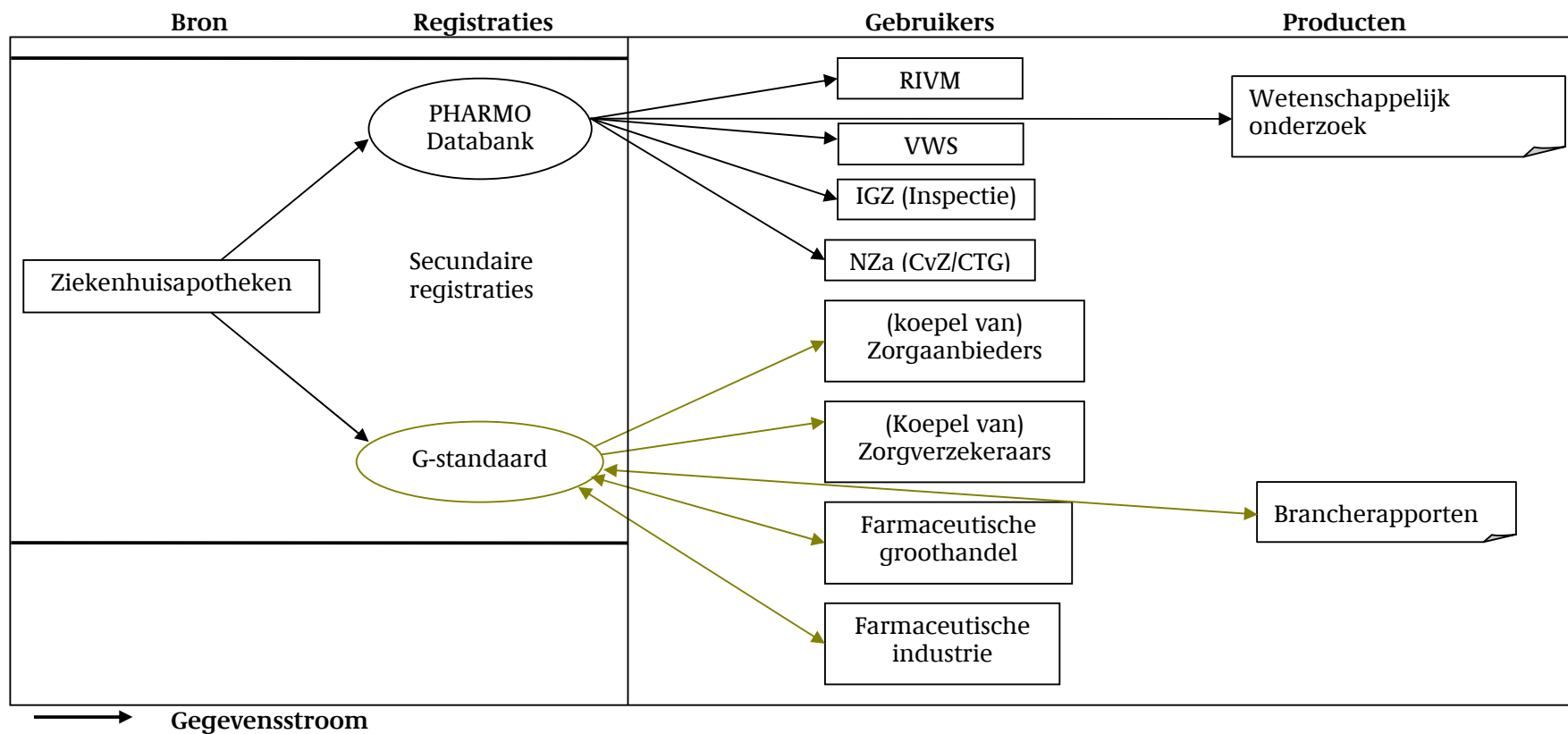
Aan het stroomdiagram voor apotheekhoudende huisartsen (zie figuur 9) liggen dertien registraties uit de database van Zorggegevens.nl ten grondslag. Deze zijn naar voren gekomen door te zoeken op 'huisarts' of 'huisartsenpraktijk' bij 'respondent, bron of variabele' in combinatie met de woorden 'geneesmiddel', 'medicatie' of 'prescriptie'. Strikt genomen kunnen er registraties opgenomen zijn die geen gegevens over apotheekhoudende huisartsen specifiek bijhouden. Dit zou extra onderzoek vergen naar de variabelen met als inhoud de uitgifte van geneesmiddelen, waaruit dan opgemaakt kan worden dat het om een geneesmiddelverstrekker gaat, ofwel een apotheekhoudende huisarts.

De dertien registraties leveren gegevens voor vijftien gebruikers. Er is één registratie (Netwerk Groningen) die ook gegevens aan twee andere registraties levert: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en 2<sup>e</sup> Nationale Studie. Deze twee zijn dus eigenlijk ook gebruiker. Volgens de registratiehouder van Netwerk Groningen gebruikt LINH de gegevens voor rapportage LINH. De 2<sup>e</sup> Nationale Studie en (rapportage) LINH zijn beide producten van het NIVEL.

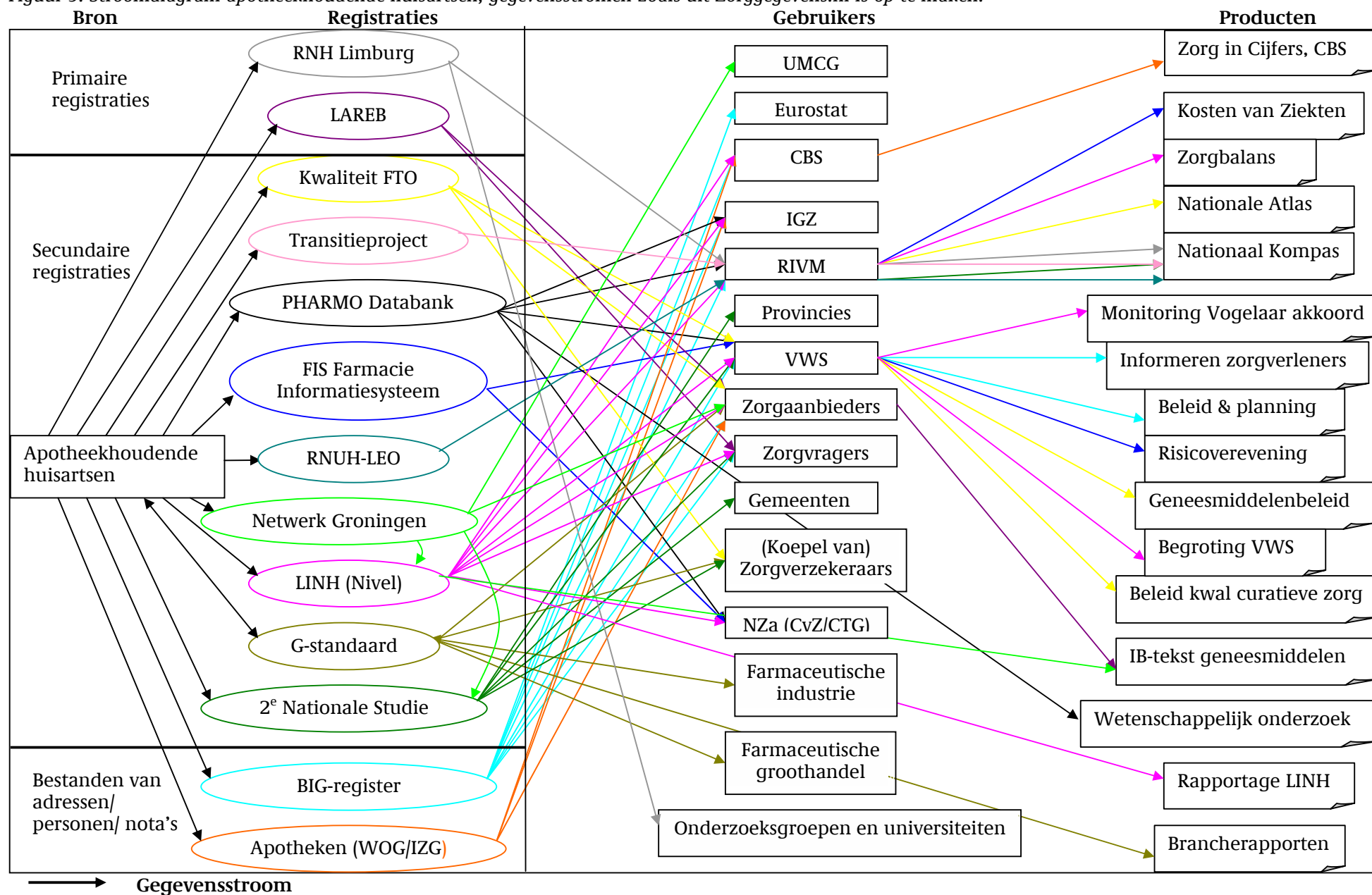
De vijftien gebruikers produceren zestien producten. Het ministerie van VWS levert in haar eentje al zeven producten met gegevens van registraties uit dit stroomschema.

De andere bijzonderheden zijn hetzelfde als in de bovenstaande casussen. Ook hier geldt dat waarschijnlijk niet alle gegevensstromen in beeld gebracht zijn.

Figuur 8: Stroomdiagram ziekenhuisapotheken, gegevensstromen zoals uit Zorggegevens.nl is op te maken.



Figuur 9: Stroomdiagram apotheekhoudende huisartsen, gegevensstromen zoals uit Zorggegevens.nl is op te maken.



### 3.4 Stroomdiagram aangevuld met andere bronnen

Met behulp van de hiervoor gepresenteerde stroomdiagrammen is verder onderzoek verricht naar complementaire gegevensstromen die niet in Zorggegevens.nl naar voren komen. De stippellijnen en -pijlen in de navolgende figuren vertegenwoordigen daarin gegevensstromen die niet door de registratiehouders zelf zijn ingevuld op de website Zorggegevens.nl, maar die door nader onderzoek wel blijken te bestaan. De ‘gesloten lijnen’ representeren de door de registratiehouder zelf aangegeven informatiestromen. Het kan zijn, gegeven de kanttekeningen in hoofdstuk 2, dat er pijlen getrokken zijn die ten onrechte een informatiestroom veronderstellen. Uit het nadere onderzoek kan blijken dat er in de stroomdiagrammen uit de voorgaande fase nog informatiestromen ontbreken. Het kan ook zijn dat er nog registraties missen, doordat de registratiehouder niet heeft ingevuld dat apotheken een bron zijn voor deze registratie. De voorgaande stroomschema's die uitsluitend gebaseerd waren op gegevens uit Zorggegevens.nl, zijn niet gevalideerd of onderzocht. Ze zijn gebaseerd op de informatie zoals aangegeven door de registratiehouders en hoeven geenszins te kloppen. De hierna gepresenteerde schema's zijn gebaseerd op aanvullend onderzoek en met meer zekerheid vastgesteld. Het aanvullende onderzoek was gericht op de websites van alle onderdelen van het stroomschema.

Registraties zijn onderzocht op of er niet meer bekend is over wat er met hun gegevens wordt gedaan. Producten zoals de Nationale Atlas Volksgezondheid zijn gecontroleerd op de bronnen die genoemd zijn. Bronnen die nog niet bij Zorggegevens.nl bekend waren en die een gebruiker of registratie in het stroomschema zouden kunnen zijn.

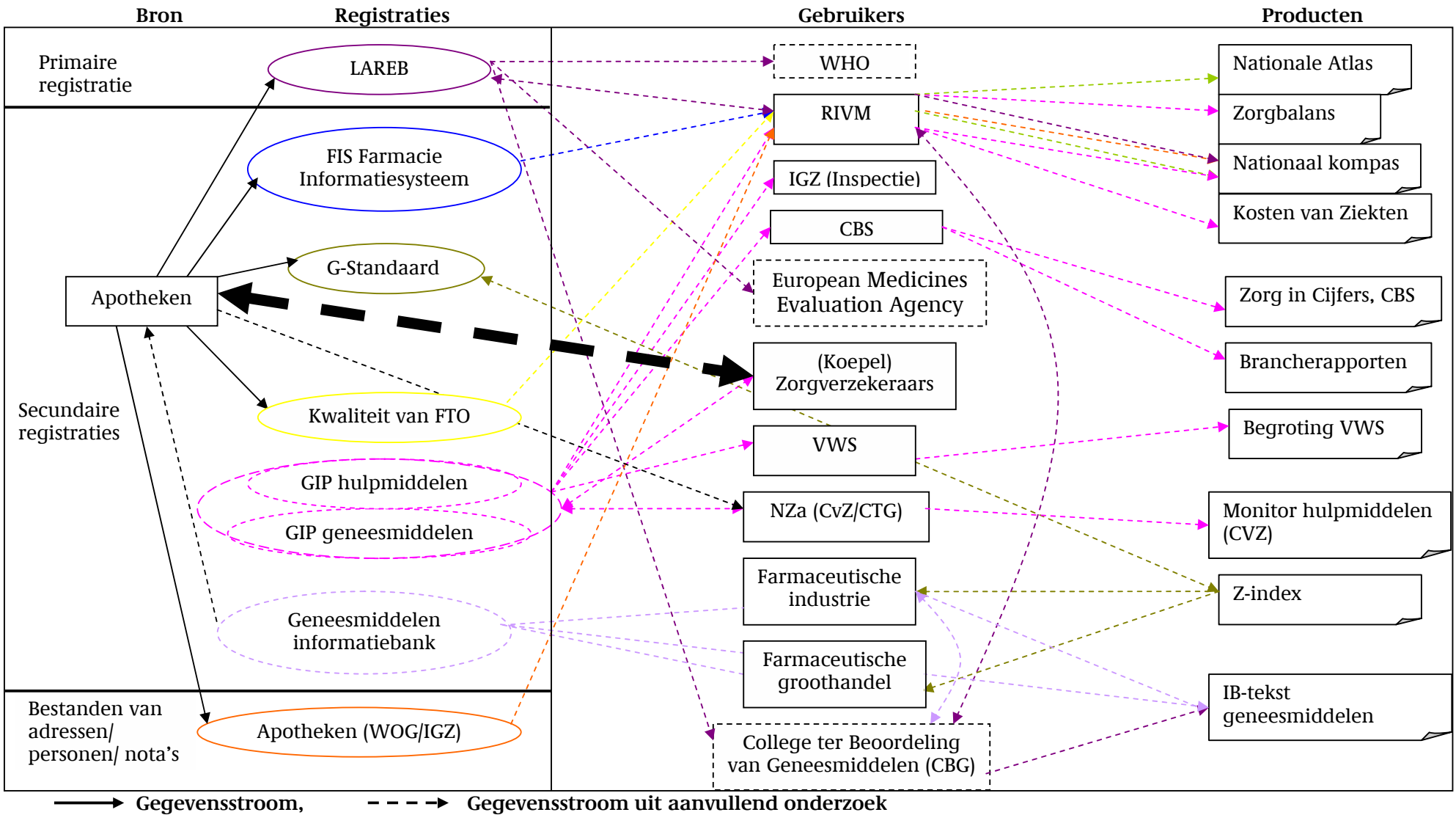
Tevens is er bij gebruikers nagegaan of ze niet meer producten maken met behulp van de gegevens uit de respectievelijke registraties. Dit is systematisch gedaan in alle stroomschema's met dien verstande dat er een tijdslimiet op het onderzoeken was gezet. Bij sommige stroomschema's heeft dit aanvullend onderzoek minder opgeleverd, dit komt omdat de meeropbrengsten dan onevenredig meer tijd zouden kosten.

#### 3.4.1 Apotheken

Uit figuur 10 blijkt dat het nader onderzoek behoorlijk wat extra gegevensstromen in kaart heeft gebracht. De meeste registraties staan wel in Zorggegevens.nl, maar dan is daar vaak niet aangegeven door welke gebruikers en in welke producten de gegevens gebruikt worden.

Drie gebruikers: de World Health Organization (WHO), de European Medicines Evaluation Agency (EMA) en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), blijken helemaal niet in Zorggegevens.nl voor te komen. Het CBG gebruikt registratiegegevens in verband met melding van bijwerkingen en wijzingen in de 'IB-tekst' en de bijsluiter. Er zou ook een gegevensstroom tussen de 'farmaceutische industrie' en 'IB-tekst' moeten lopen, dit is echter niet met zekerheid vastgesteld. Er is ook een gegevensstroom tussen de farmaceutische industrie en het CBG, maar dit is niet direct in verband te brengen met één van de registraties die hier is weergegeven. In dat geval zou de Geneesmiddelen-informatiebank van het CBG als registratie moeten worden toegevoegd. Deze is nu met een stippellijn omcirkeld in het stroomdiagram opgenomen om de complexiteit van de gegevensstroom correct weer te geven. Het CBG blijkt ook gegevens uit te wisselen met het RIVM.

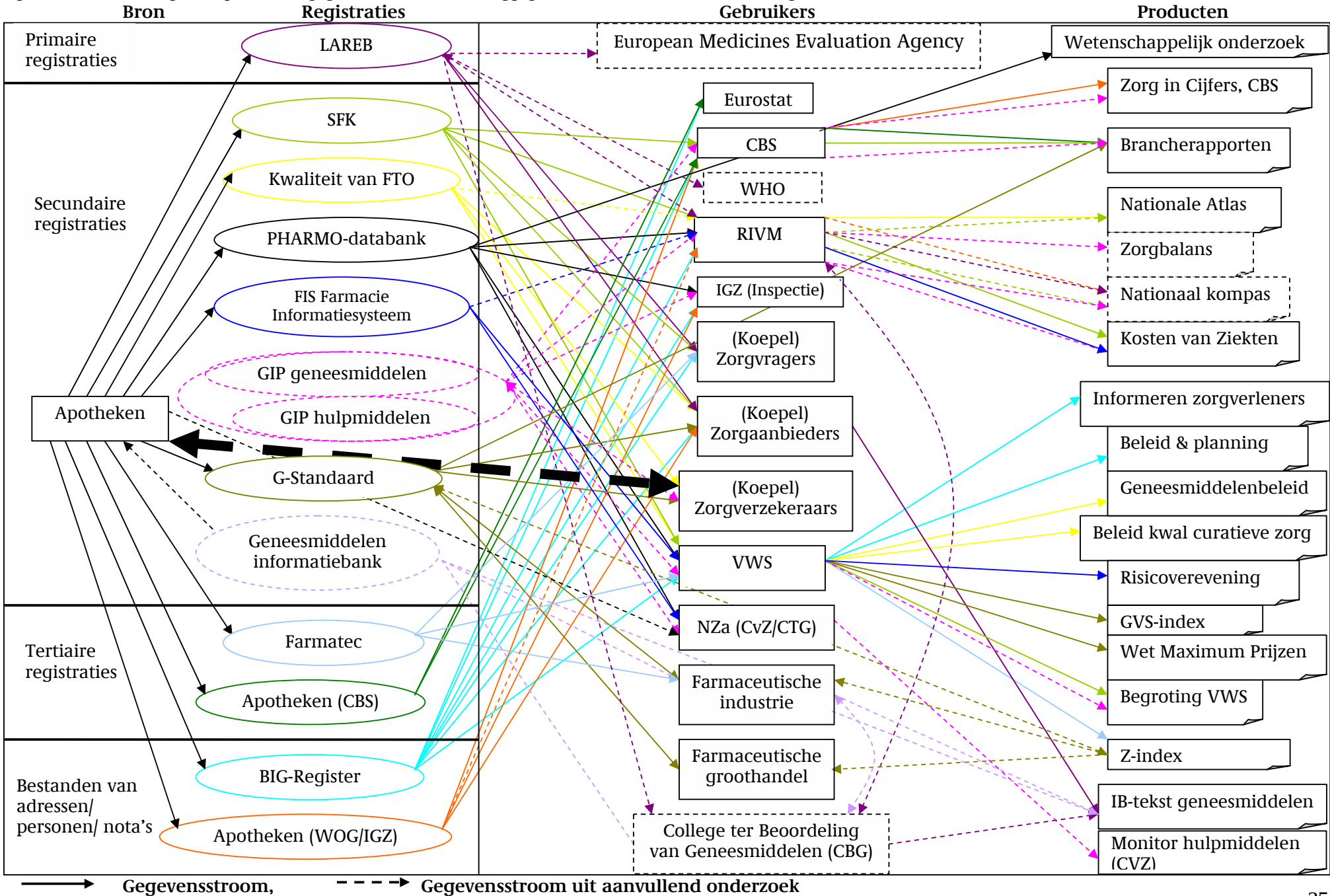
Figuur 10: Stroomdiagram apotheken, gegevensstromen zoals blijkt uit aanvullend uit onderzoek.



Een andere bijzonderheid zijn de twee registraties van het GIP (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project van het CVZ): GIP Geneesmiddelen en GIP Hulpmiddelen. De eerste bevat gegevens over de verstrekking en het gebruik van geneesmiddelen, de tweede van hulpmiddelen. Deze gegevens komen echter niet rechtstreeks van apotheken maar worden geleverd door zorgverzekeraars aan het GIP. De zorgverzekeraars baseren zich onder andere op gegevens zoals machtigingen, facturen, etc. die zij krijgen van de apotheken. Uit het PwC rapport blijkt dat de belangrijkste gegevensstroom vooral diegene tussen apotheken en zorgverzekeraars is. Deze worden door apothekers als de grootste last ervaren. Deze lijn is dan ook extra dik om het gewicht van de gegevensstroom weer te geven. De top vijf van de door apothekers genoemde administratieve lasten bestaat uit de data-uitwisseling met zorgverzekeraars. Het Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) is door geen enkele registratiehouder genoemd als product, maar er blijken vier registraties in dit schema te zijn opgenomen die gegevens leveren aan het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM.

In figuur 11 zijn de gegevensstromen uit Zorggegevens.nl en uit 'aanvullend onderzoek' in de casus 'apothekers' gecombineerd. Het blijkt dat er, naarmate een registratie, gebruiker en/of product langer wordt onderzocht, steeds meer gegevensstromen zichtbaar kunnen worden gemaakt: gegevensstromen die alleen door actief redactiewerk inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Tevens blijkt dat er registraties zijn van Zorggegevens.nl die nu nog missen en die opgenomen horen te worden op Zorggegevens.nl, zoals de Geneesmiddeleninformatiebank

Figuur 11: Stroomdiagram apotheken, gegevensstromen uit Zorggegevens en aanvullend onderzoek gecombineerd.



### 3.4.2 Ziekenhuisapotheken

Figuur 12 laat de gegevensstromen zien zoals die naar voren komen na een kort aanvullend onderzoek met betrekking tot ziekenhuisapotheken.

De stippellijnen tussen 'bron en registraties' geeft aan dat 'ziekenhuisapotheek' niet als aparte categorie door de registratiehouder is ingevuld in Zorggegevens.nl. Dit zijn registraties waar alle apotheken gegevens aan leveren, dus ook de ziekenhuisapotheken.

Zorgverzekeraars krijgen ook declaratiegegevens en machtigingen rechtstreeks van ziekenhuizen. Dit komt echter niet naar voren uit Zorggegevens.nl.

'Zorgverzekeraars' is dus als een gebruiker toegevoegd. In dit geval echter niet extra dik, zoals bij apotheken, omdat onduidelijk is wat de omvang van deze gegevensstroom is.

Het aanvullende onderzoek levert een stuk meer registraties op dan alleen de gegevens die uit Zorggegevens.nl naar voren kwamen (figuur 8). Maar ook hier is het niet met zekerheid vast te stellen of deze registraties ook daadwerkelijk data van ziekenhuisapotheken verzamelen.

De 'Monitor dure geneesmiddelen', als één van de producten voor het ministerie van VWS, is exclusief onder ziekenhuizen uitgevoerd door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Deze is gebruikt ter informatie van de Tweede Kamer. Hier is niet echt een gebruiker van.

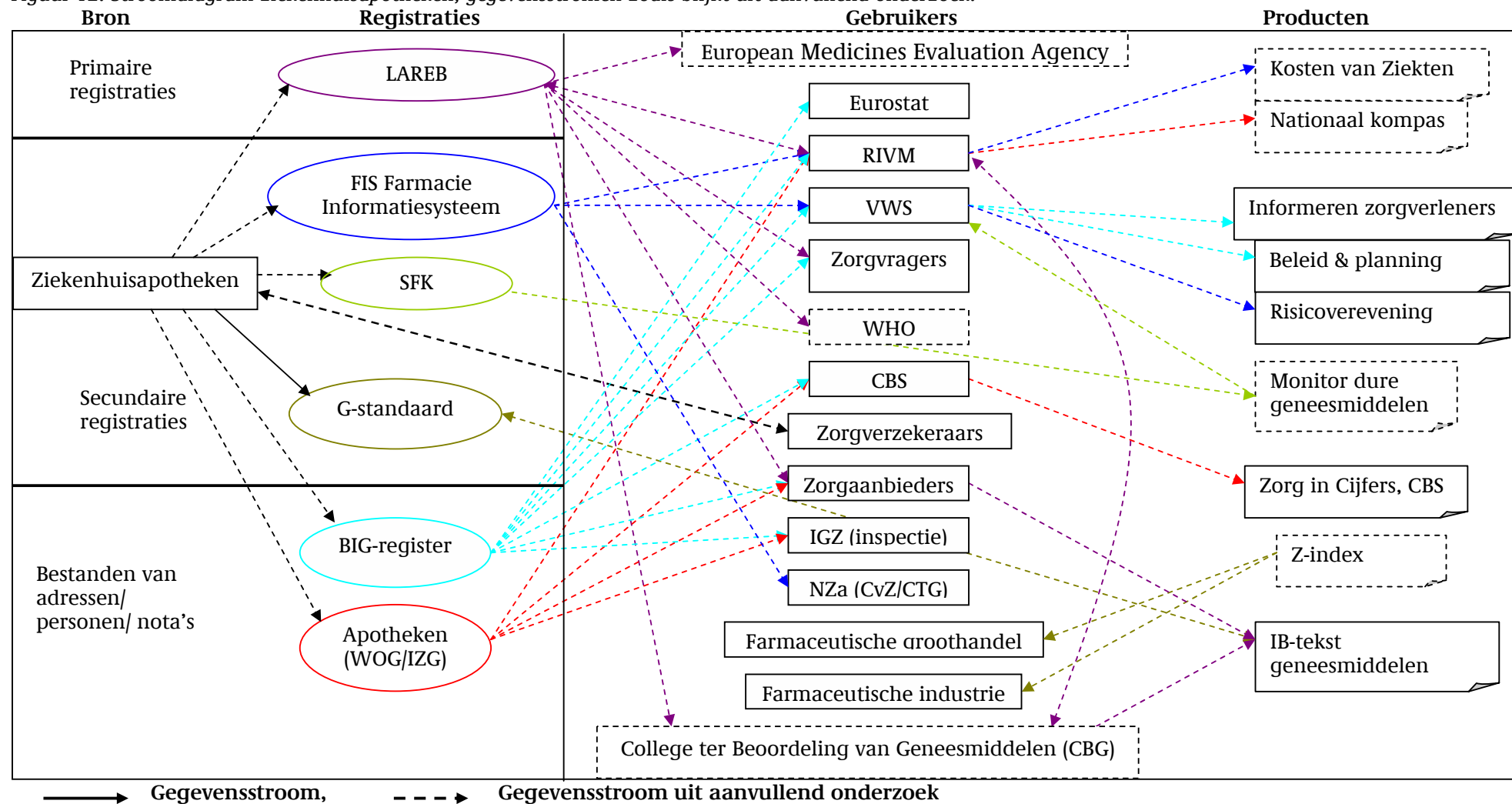
In figuur 13 zijn de gegevens uit Zorggegevens.nl en uit het aanvullende onderzoek gecombineerd.

De belangrijkste conclusie is dat er verbazingwekkend weinig met zekerheid is vast te stellen als het gaat om de registraties die voortkomen uit de ziekenhuisapotheken. Het aanvullende onderzoek geeft extra gegevens, maar deze zijn minder zeker dan de gegevensstromen uit onderzoek bij apotheken.

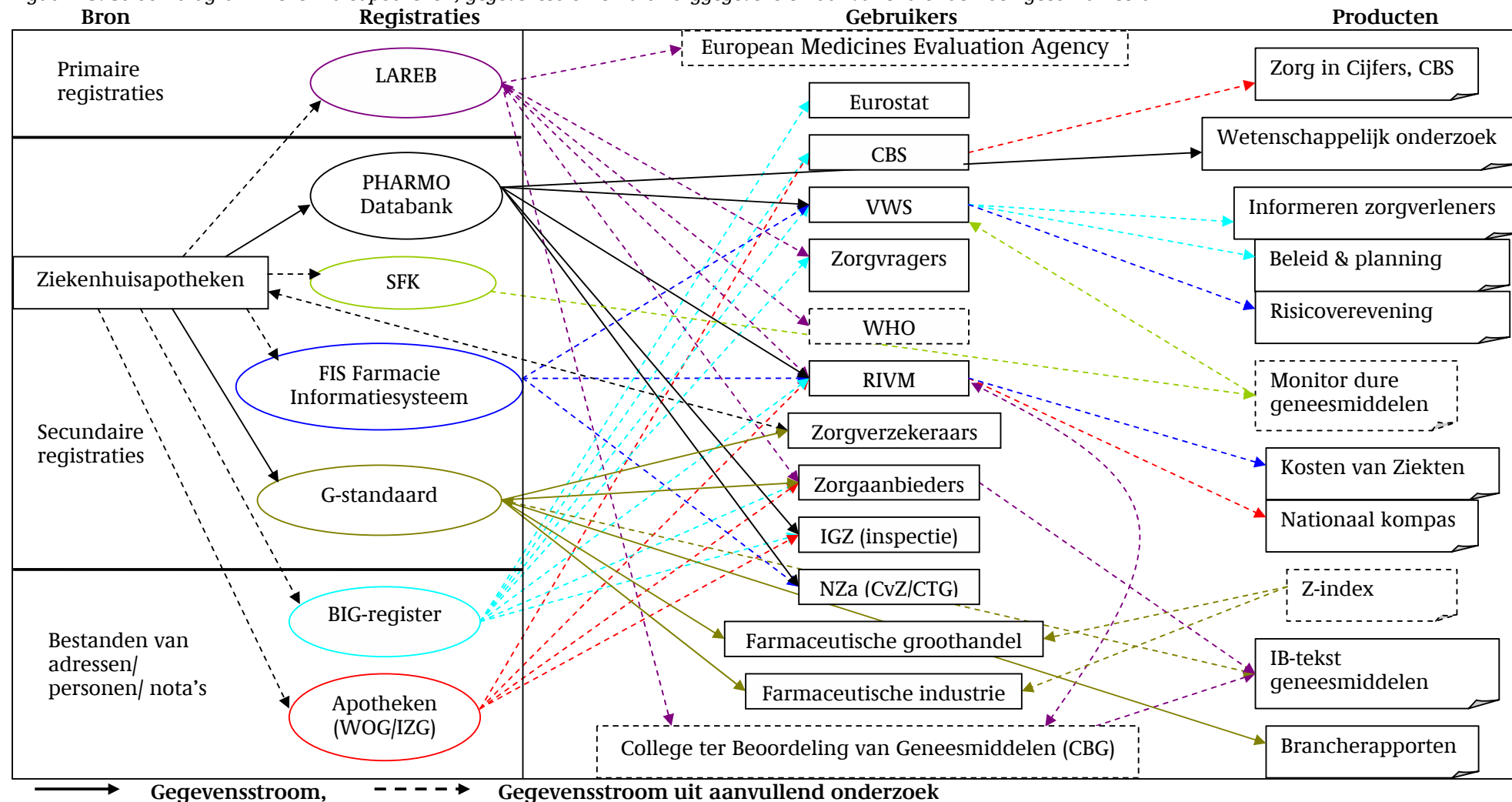
Het is weliswaar bekend dat ook ziekenhuisapotheken op veel terreinen een vergelijkbare manier van werken hebben met verzekeraars als 'gewone apotheken', toch is het moeilijk om dit aan te tonen. Een belangrijk deel van de medicatie die ziekenhuisapotheken leveren, gaat namelijk direct naar het ziekenhuis. Toch valt te veronderstellen dat ook tussen ziekenhuisapotheken en zorgverzekeraars een grote stroom van data-uitwisseling plaatsvindt.

Ook moeten ziekenhuisapotheken voldoen aan bepaalde verplichte registraties voor apotheken in het algemeen. Zo dienen alle apothekers zich in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) te registreren, ook als het apothekers zijn die in ziekenhuizen werkzaam zijn.

Figuur 12: Stroomdiagram ziekenhuisapotheken, gegevensstromen zoals blijkt uit aanvullend onderzoek.



Figuur 13: Stroomdiagram ziekenhuisapotheken, gegevensstromen uit Zorggegevens en aanvullend onderzoek gecombineerd



### 3.4.3 *Apotheekhoudende huisartsen*

In het volgende stroomdiagram (figuur 14) zijn, net als in de twee voorgaande cases, de informatiestromen als stippellijnen opgenomen die door nader onderzoek naar voren zijn gekomen.

Er zijn geen nieuwe registraties naar boven gekomen, wel drie extra gebruikers: de WHO, de European Medicines Evaluation Agency en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG).

Het product 'Z-index' is door geen enkele registratiehouder genoemd, terwijl één registratie hier rechtstreeks gegevens voor levert: de 'G-standaard'. De 'Z-index' heeft op zijn beurt twee gebruikers: de farmaceutische industrie en de groothandel.

'Netwerk Groningen' is extra opgenomen in het stroomdiagram, dit is een netwerk van huisartsen. De '2<sup>e</sup> Nationale Studie' zit ook niet in het stroomschema voor 'apotheken'. Deze laatste is een registratie van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en registreert alleen gegevens van huisartsen.

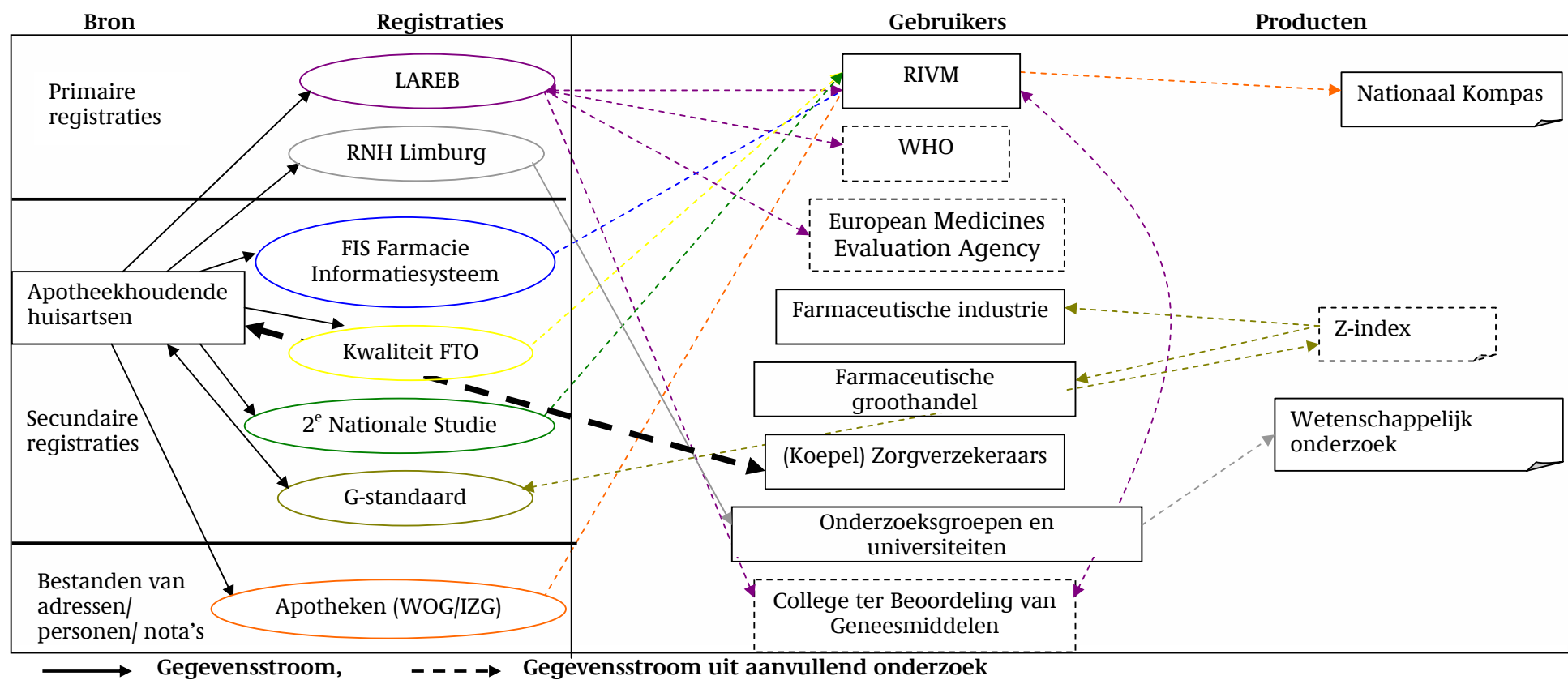
In figuur 15 zijn de gegevensstromen uit Zorggegevens.nl en uit het aanvullend onderzoek gecombineerd. Dit geeft een gecompliceerd stroomschema.

Ook hier zal de data-uitwisseling met de verzekeraars het grootst zijn. Deze lijn is dus weer als een extra dikke stippellijn aangegeven.

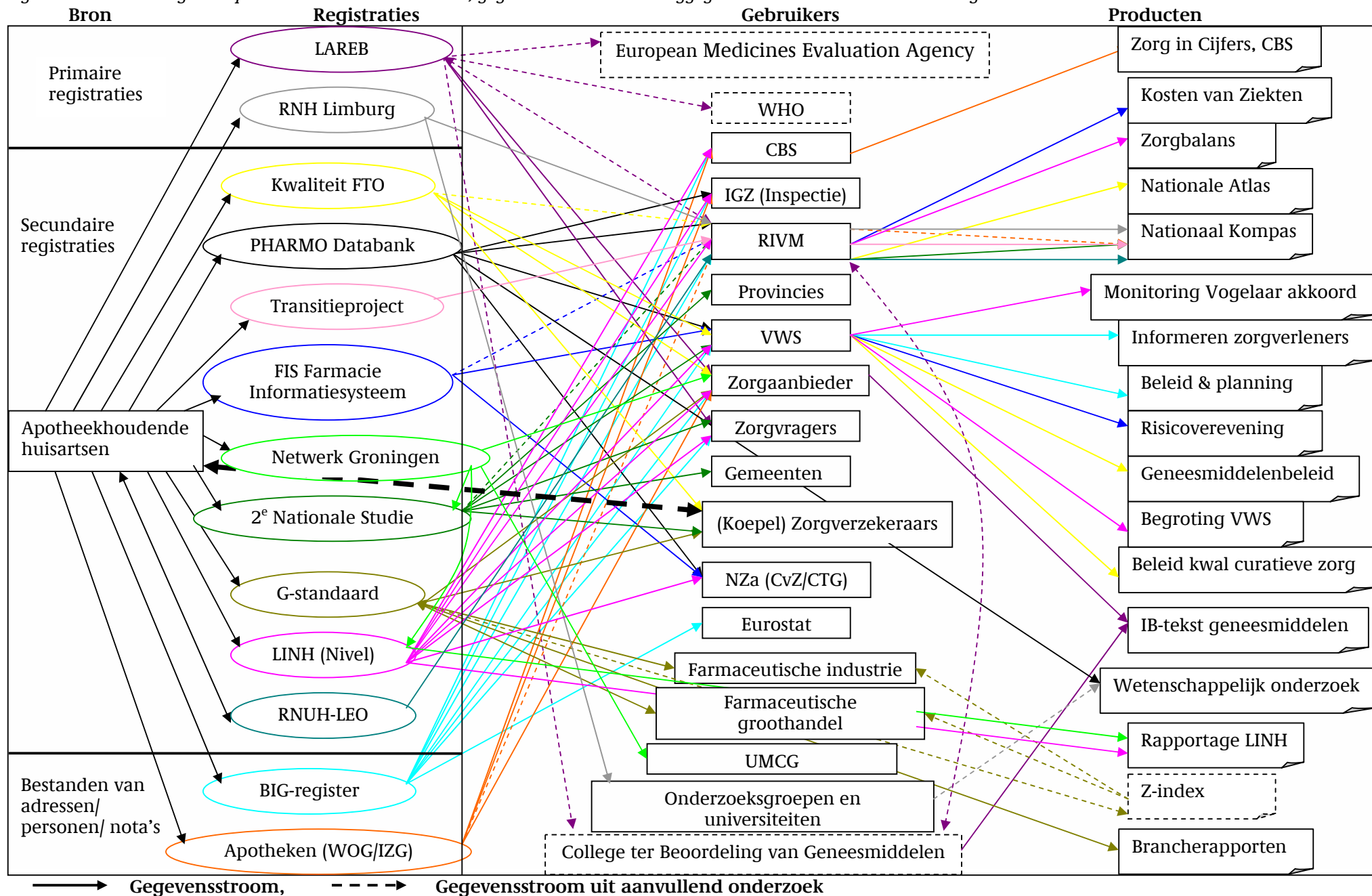
Het complete stroomschema lijkt erg op die van 'Apotheken'.

De conclusie is dat er veel extra gegevenstromen door aanvullend onderzoek duidelijk gemaakt kunnen worden. Net als bij ziekenhuisapotheken is het lastig na te gaan of er registraties voor apothekhoudende huisartsen specifiek zijn. De meeste lijken primair bedoeld voor apotheken. Toch moeten ook apothekhoudende huisartsen veelal aan dezelfde criteria voldoen. Daarnaast moeten huisartsen echter ook in hun specifieke huisartsenregistraties gegevens bijhouden over de medicijnverstrekking.

Figuur 14: Stroomdiagram apotheekhoudende huisartsen, gegevensstromen zoals blijkt uit kort aanvullend onderzoek.



Figuur 15: Stroomdiagram apotheekhoudende huisartsen, gegevensstromen uit Zorggegevens en aanvullend onderzoek gecombineerd.



### 3.5 Conclusies

Het informatielandschap binnen de apotheksector blijkt uitermate complex te zijn. Diverse stromen lopen vanaf de apothekers richting gebruikers en producten. Het is moeilijk om te bepalen welke informatie stroomt via de verschillende lijnen. Een eerste grove scan laat wel zien dat er veel variatie in de stromende informatie zit. Zo verschilt bijvoorbeeld de registratie-eenheid en de frequentie van de stromen. Dit zijn belangrijke determinanten van het volume van de stromen. Dit komt ook terug in de ervaren lastendruk bij de apothekers. Zij ervaren vooral de informatieverstrekking aan verzekeraars als een last. Het betreft hier een hoog frequente informatiestroom op gedetailleerd (voorschrift) niveau. Opvallend is dat deze stroom niet direct in Zorggegevens.nl is terug te vinden. Het lijkt er op dat deze informatiestroom niet gekoppeld is aan allerlei andere registraties.

Het is niet helemaal duidelijk in welke registraties informatie van de drie onderscheiden apothekvoorzieningen gecombineerd worden. Verschillende registraties komen bij alle drie voor, anderen bijvoorbeeld bij slechts één van de apothekvoorzieningen. Zo administreren alleen de apothekhoudende huisartsen de typische huisartsregistraties. Daarbij blijkt dat het moeilijk is om de huisarts en apothekfunctie binnen deze groep helder te onderscheiden in Zorggegevens.nl.

## 4 Verpleging en verzorging (AWBZ-zorg) nader belicht

Net als in het voorgaande hoofdstuk wordt hier eerst een beknopte beschrijving van de sector verpleging en verzorging gegeven. Daarna volgt een korte beschrijving van de ervaren lastendruk. Vervolgens worden de stroomdiagrammen gepresenteerd waarbij de informatie uit Zorggegevens.nl (vaste lijnen) wordt aangevuld met de informatie uit het aanvullende bronnenonderzoek (stippellijnen).

### 4.1 Achtergronden verpleging en verzorging<sup>3</sup>?

#### 4.1.1 *Verandering AWBZ zichtbaar in praktijk*

Sinds de modernisering van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) in 2003 is de zorgvraag van de cliënt het belangrijkste uitgangspunt voor het uiteindelijke gebruik van de zorg en het type zorg. Voor de modernisering was dit nog veel meer het aanbod van zorg. Ook wordt het onderscheid in thuiszorginstellingen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen steeds meer vervangen door aanbieders van zorg mét of zonder verblijf. In de praktijk wordt dit onderscheid echter nog wel gemaakt (Overeem & Konter, 2005). De afbakening van de sector verpleging en verzorging is dan ook niet gemakkelijk. Ze omvat in elk geval de verpleeg- en verzorgingshuizen, maar in toenemende mate spelen ook de thuiszorg en mantelzorg een belangrijke rol.

#### 4.1.2 *Onderscheid verpleging en verzorging niet altijd helder*

De keuze of de zorg wordt verleend door een verzorgende of verpleegkundige hangt sterk af van het doel van de te geven zorg. Verzorging richt zich vooral op de algemene dagelijkse levensbehoefte van de zorgvrager en verpleging meer op de zorg rond een ziekte of aandoening. Zowel een zogeheten helpende, verzorgende als verpleegkundige kan een zorgvrager verzorgen. Verplegen kan eigenlijk alleen worden uitgevoerd door een deel van de verzorgenden en verpleegkundigen op mbo- of hbo-niveau. Verzorging is een ander vak dan verpleging, maar heeft ook heel duidelijke overeenkomsten (Pool et al., 2001). De verhouding tussen verzorging en verpleging is een voortdurende bron voor discussie en afstemming. In sommige documenten wordt verzorgen als onderdeel binnen het domein verpleging beschouwd (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). Anderen geven aan dat er een overlap bestaat tussen de functies verpleging en persoonlijke verzorging.

#### 4.1.3 *Wat is verpleging?*

Verplegen heeft als doel het ondersteunen en activeren van een zorgvrager als deze door een ziekte, aandoening of beperking of de gevolgen hiervan niet meer in staat is volledig voor zichzelf te zorgen. Het uiteindelijke doel is het bereiken van een situatie waarin de zorgvrager op een dragelijke manier met zijn ziekte om kan gaan. Uitgangspunt is het zo veel mogelijk stimuleren van de zorgvrager in wat hij/zij (nog) zelf kan en het ondersteunen van de zorgvrager waarin deze hierin tekortschiet (Leistra et al., 1999). Het verplegen heeft vaak een directe relatie met aspecten die verband houden met een ziekte of stoornis. Het taakgebied van verplegen bestaat uit (Van de Haterd et. al., 2005):

---

<sup>3</sup> JM Peeters (Nivel), Francke AL (Nivel). Wat is verpleging en verzorging? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Verpleging en verzorging, 26 juni 2006.

- Ondersteunen van de zorgvrager bij de persoonlijke basiszorg (hygiëne).
- Begeleiden van de zorgvrager op psychosociaal gebied.
- Ondersteunen van de zorgvrager en mantelzorg bij het voeren van de regie over het eigen leven (zelfmanagement).
- Verpleegtechnisch handelen (zoals bijvoorbeeld wondverzorging).
- Preventie toepassen door het geven van voorlichting, advies en instructie.

#### 4.1.4 Wat is verzorging?

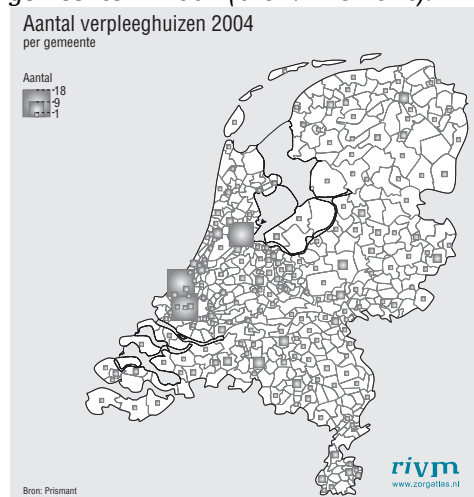
Verzorgen is het ondersteunen en stimuleren van de zorgvrager in zijn leefomgeving, wanneer deze niet voldoende in staat is zichzelf volledig te verzorgen (Arcare, 2005). Het doel van verzorgen is de zorgvrager zo veel mogelijk te ondersteunen in zijn algemene dagelijkse levensbehoefte waar hij dit zelf niet meer kan en daarnaast het verbeteren of in stand houden van de kwaliteit van leven van de zorgvrager. De vraag van de zorgvrager is hierin toonaangevend. De aanbieder van de zorg, meestal gegeven door een verzorgende of een helpende, past de zorg aan aan wat de zorgvrager zelf kan en wenst op het gebied van gezondheid, woon/leefomgeving, participatie en mentaal welbevinden. Het taakgebied 'verzorgen' bestaat uit (Van de Haterd et.al., 2005):

- Ondersteunen van de zorgvrager bij de persoonlijke basiszorg (hygiëne).
- Ondersteunen van de zorgvrager bij het wonen en huishouden.
- Ondersteunende begeleiding aanbieden.
- Zorgvrager voorlichting, advies en instructie geven.
- Verpleegtechnisch handelen door verzorgenden.

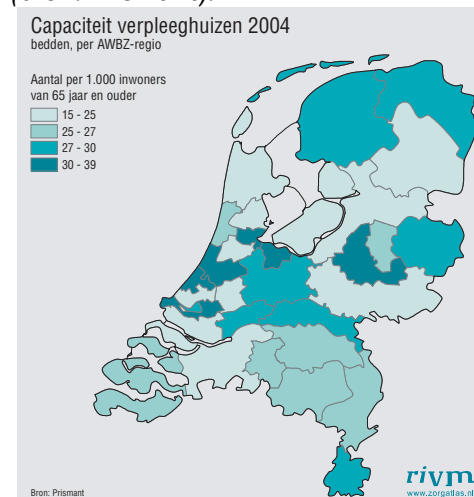
#### 4.1.5 Aantallen voorzieningen

De verpleging vindt voor een belangrijk deel plaats in verpleeghuizen. In Nederland zijn daarvoor 63.027 bedden (2004) en 6100 dagbehandelingplaatsen beschikbaar. De figuren 16 en 17 laten duidelijk zien dat vooral in de drie grote steden veel verpleginghuizen staan en dat zij ook bovengemiddeld veel patiënten opnemen.

*Figuur 16: Aantal verpleeghuizen per gemeente in 2004 (bron: Prismant).*



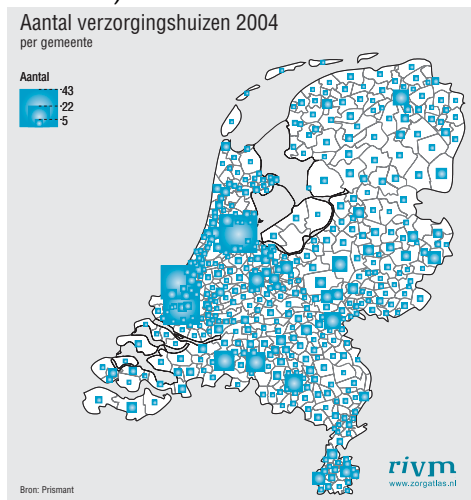
*Figuur 17: Capaciteit van verpleeghuizen in 2004 (bron: Prismant).*



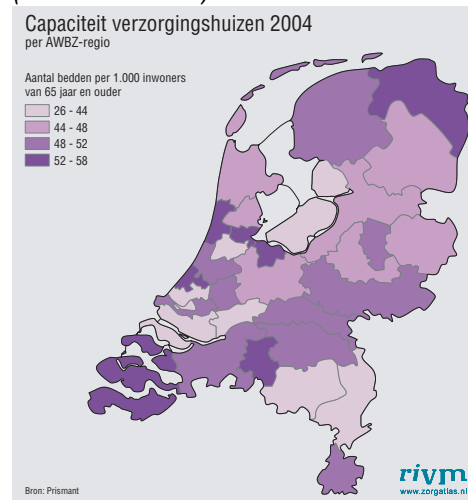
In sommige gevallen kan de verpleegzorg echter ook aangeboden worden in de thuissituatie. Deze zorg kan sinds 2003 vanuit het verpleeghuis worden verzorgd, maar kan ook worden aangeboden door een thuiszorginstelling en/of mantelzorg.

De verzorgingssector is geconcentreerd in de 1363 verzorgingshuizen (110.196 bedden) die Nederland rijk is, maar ook hier wordt een steeds belangrijker deel van de zorg in de thuissituatie aangeboden. De figuren 18 en 19 laten zien dat bij de regionale spreiding van verzorgingshuizen een redelijk vergelijkbaar ruimtelijk patroon te zien is als bij de verpleeghuizen.

*Figuur 18: Aantal verzorgingshuizen per gemeente in 2004 (bron: Prismant).*



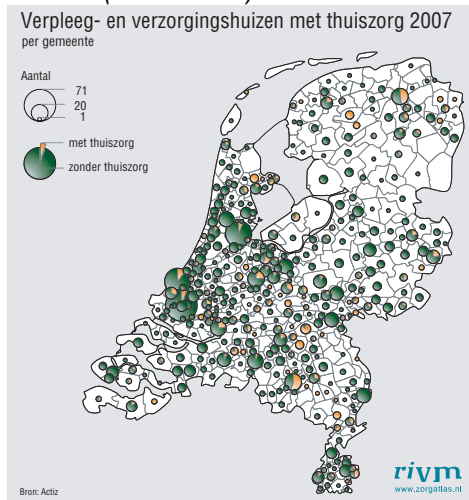
*Figuur 19: Capaciteit van verzorgingshuizen in 2004 (bron: Prismant).*



De totale vraag naar verpleging en verzorging neemt toe. Hierbij neemt de vraag naar zorg zonder verblijf sneller toe dan de vraag naar zorg met verblijf. Bij de vraag naar zorg met verblijf moet daarbij rekening gehouden worden met een toenemende zorgzwaarte, waardoor er meer behoefte is aan verpleging dan aan verzorging binnen de zorg met verblijf (Van Wieren et al., 2006).

Sinds de modernisering van de AWBZ mogen verpleeg- en verzorgingshuizen ook thuiszorg aanbieden. In figuur 20 is te zien dat deze zorg, vooral in de meer perifeer gelegen gebieden van Nederland, ondertussen door een flink aantal instellingen wordt aangeboden.

*Figuur 20: Verpleeg- en verzorgingshuizen met thuiszorg per gemeente in 2007 (bron: ActiZ).*



## 4.2 Ervaren lastendruk verpleging en verzorging

De lastendruk bij de zorgaanbieders in de AWBZ is onderzocht door PricewaterhouseCoopers (PwC, 2006). Zij richtten zich hierbij vooral op de administratieve lasten van registraties en de waarde hiervan voor de eigen bedrijfsvoering van de instellingen. Het PwC-rapport wijst erop dat de meeste lastendruk in de AWBZ-zorg wordt veroorzaakt door andere factoren dan de regelgeving op zich. Het is vooral de diversiteit van instanties waaraan gerapporteerd moet worden die voor irritatie en verhoging van de ervaren lastendruk zorgen. Figuur 21 laat zien dat bij verschillende aspecten van de bedrijfsvoering van zorginstellingen een zeer breed spectrum aan instanties is betrokken. Variërend van de Arbeidsinspectie en de Belastingdienst tot het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de zorgkantoren moeten met zeer veel instanties contacten worden onderhouden, afspraken worden gemaakt dan wel gegevens worden uitgewisseld.

In het vervolg van deze paragraaf zullen we onze blik vooral richten op de zorggerelateerde gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en registratiehouders, maar het is goed om in gedachten te houden dat dit slechts een deel van het totaal aan 'lasten' in kaart brengt.



- het verder versterken van het verandermanagement bij het doorvoeren van wijzigingen in de wet- en regelgeving.

Bij het zelfregulerend vermogen van de zorgketen gaat het vooral om het beter op elkaar afstemmen van de verschillende betrokken partijen binnen de huidige wet- en regelgeving. Het onderhoud aan wet- en regelgeving zou zich volgens het PwC-rapport moeten richten op het schrappen van overbodige wet- en regelgeving, het differentiëren en harmoniseren van verantwoordingsverplichtingen en het toegankelijk maken van bestaande datasets. Doorgevoerde veranderingen zouden vervolgens ook beter hun plek vinden als er sprake zou zijn van een geprofessionaliseerd verandermanagement.

## 4.3 Het landschap geschetst aan de hand van Zorggegevens.nl (stroomdiagram)

### 4.3.1 Verpleging en verzorging

Het stroomdiagram voor verpleeg- en verzorgingshuizen (zie figuur 22) is gebaseerd op het voorkomen van de woorden verpleeghuis-instelling en/of verzorgingshuis-instelling en GGz-instellingen als administratieve bron voor een registratie. De registratie 'Gebouwenkwaliteit' wordt ook bij verpleeg- en verzorgingshuizen bijgehouden. De registratie 'N-vestiging huisartsen' en de 'Registratie van Huisartsen' bevat ook huisartsen die gevestigd zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen. Een deel van de gegevens van deze twee registraties heeft betrekking op verpleeg- en verzorgingshuizen en deze zijn dus meegenomen in het stroomdiagram.

In dit stroomdiagram lopen nog kleine stippellijnen vanaf de bron naar drie registraties linksonder. Dit zijn registraties die volgens de Zorggegevens.nl zijn stopgezet of incompleet zijn. Deze registraties leveren geen gegevens meer aan gebruikers of het is niet bekend aan welke gebruikers. Dit zijn in de meeste gevallen registraties van Prismant die van de 'Tellen en Meten' website komen<sup>4</sup>. Deze staan wel in het databestand van Zorggegevens.nl, maar zijn (nog) niet gepubliceerd op de website. De registratie 'Gehandicaptenzorg' (onderaan) is niet volledig ingevuld door de registratiehouder. Daarom loopt een stippellijn van deze registratie naar de gebruiker: het CBS.

Zodoende zijn er uiteindelijk 26 registraties die aangeven gegevens van verpleeg- en verzorgingshuizen te verzamelen. Deze 26 registraties leveren gegevens aan 29 gebruikers. Het ministerie van VWS krijgt gegevens van twintig registraties. De (koepel van) zorgaanbieders krijgt dit ook van twintig registraties en het RIVM ontvangt de gegevens van 16 registraties.

Twee kanttekeningen zijn hier op zijn plaats: ten eerste is dit beeld niet volledig. Dit is namelijk een weergave van de registratiehouders zoals deze op Zorggegevens.nl zijn ingevuld. Ten tweede is ook niet specifiek bekend wat de inhoud van de verschillende informatiestromen is.

De 29 gebruikers produceren, volgens de registratiehouders op Zorggegevens.nl, 25 producten. Hiervan zijn er vijf van het ministerie van VWS en vier van het RIVM.

De zorgverzekeraars krijgen ook gegevens met betrekking tot patiënten en facturatie van de verpleeg- en verzorgingshuizen. Over de inhoud van deze gegevensstroom is niet veel bekend. Eén registratie (AWBZ Intramuraal) had 'andere ministeries' ingevuld, welke ministeries dit zijn is niet bekend.

---

<sup>4</sup> Tellen en Meten was de naam voor de voorloper van Zorggegevens.nl. Zij werd ontwikkeld door Prismant.

#### **4.3.2 Thuiszorg**

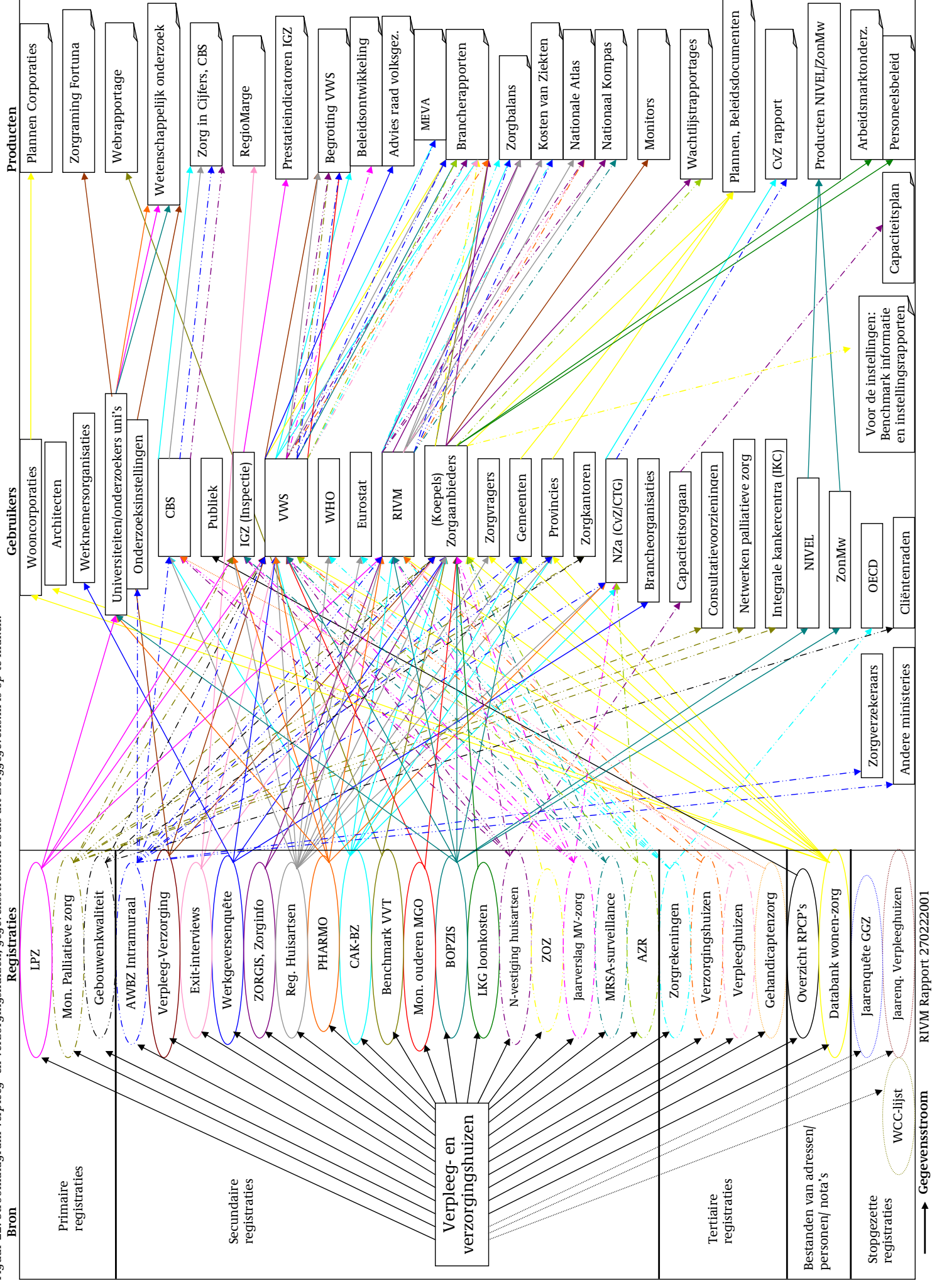
Verpleeg- en verzorgingshuizen bieden ook steeds vaker thuiszorg aan. Ter completering van de informatiestromen op het terrein van de verpleging en verzorging is in Zorggegevens.nl ook naar de thuiszorg gekeken. Het stroomdiagram voor de thuiszorg in figuur 23 is gebaseerd op het voorkomen van het woord thuiszorg in de database van Zorggegevens.nl.

Er blijkt uit Zorggegevens.nl dat er veertien registraties zijn die gegevens van de 'thuiszorg' verzamelen. De registratie 'Spotlight' is gestopt, maar staat nog wel in de database. Deze veertien registraties leveren gegevens aan negentien gebruikers.

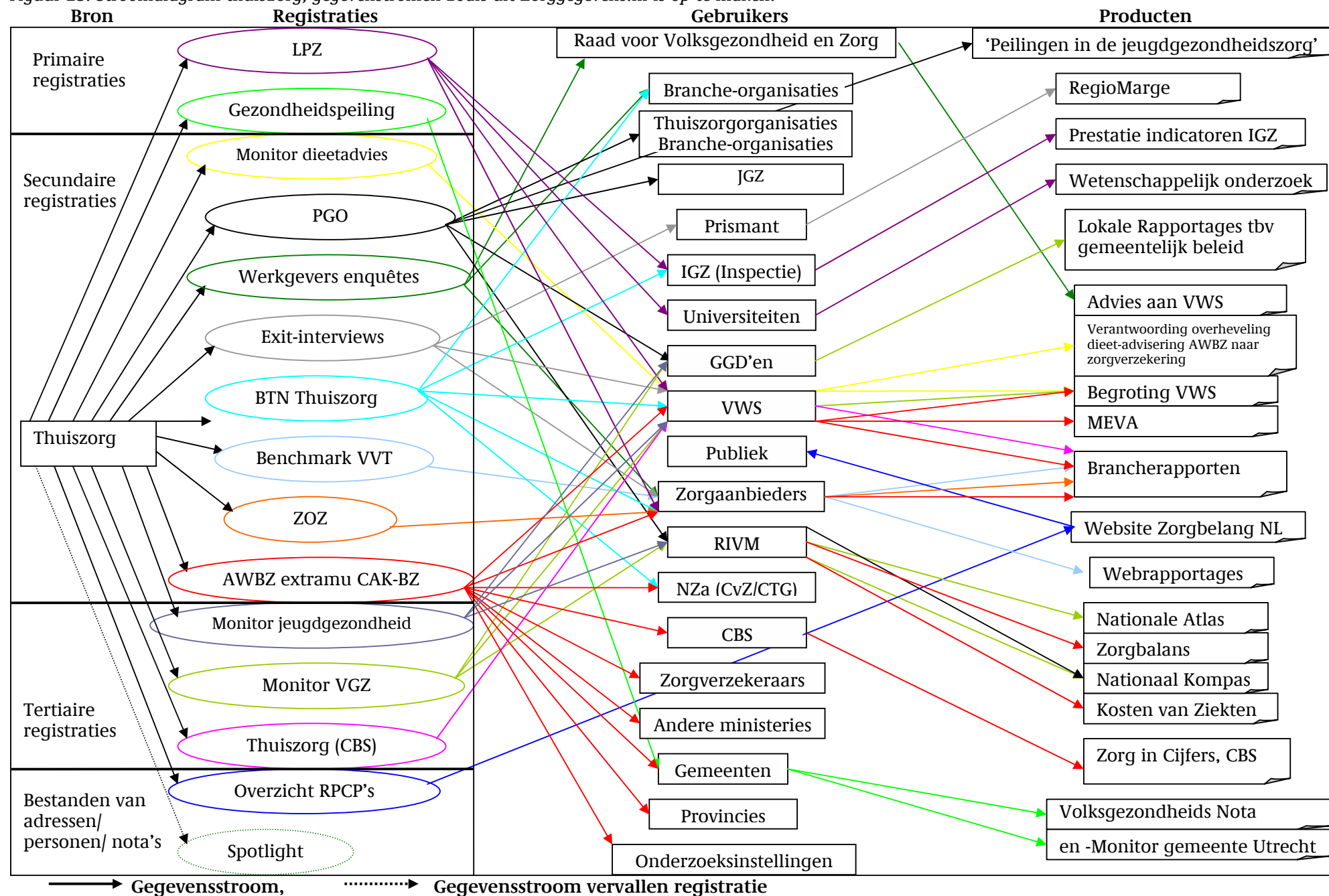
De gebruikers leveren op hun beurt negentien producten af. Hiervan zijn er vijf van VWS en vier van het RIVM. De thuiszorg levert aldus aan veel minder registraties gegevens dan de andere sectoren in de AWBZ-zorg, zoals valt op te maken uit Zorggegevens.nl. In hoeverre dit het laatste jaar is veranderd vanwege de invoer van de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) en het meer samengaan van de sectoren verpleging en verzorging met de thuiszorg is nog niet duidelijk.

In de sector thuiszorg is geen aanvullend onderzoek uitgevoerd, ongetwijfeld zal het uitvoeren van een dergelijke exercitie meer gegevensstromen zichtbaar maken.

Figuur 22: Stroomdiagram verpleeg- en verzorgingshuizen, gegevensstromen zoals uit Zorggegevens.nl is op te maken.



Figuur 23: Stroomdiagram thuiszorg, gegevenstromen zoals uit Zorggegevens.nl is op te maken.

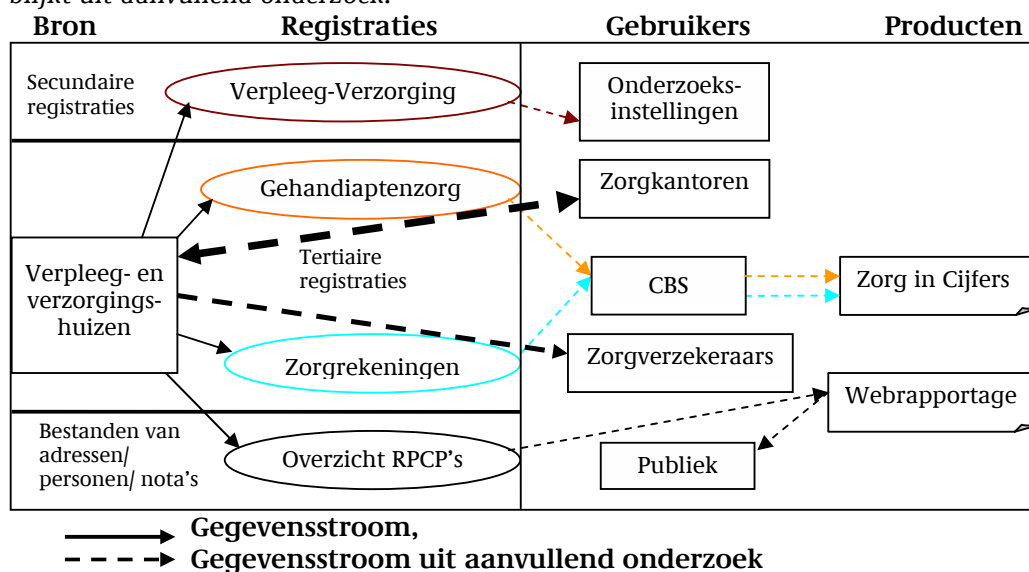


## 4.4 Stroomdiagram aangevuld met andere bronnen

### 4.4.1 Verpleging en verzorging

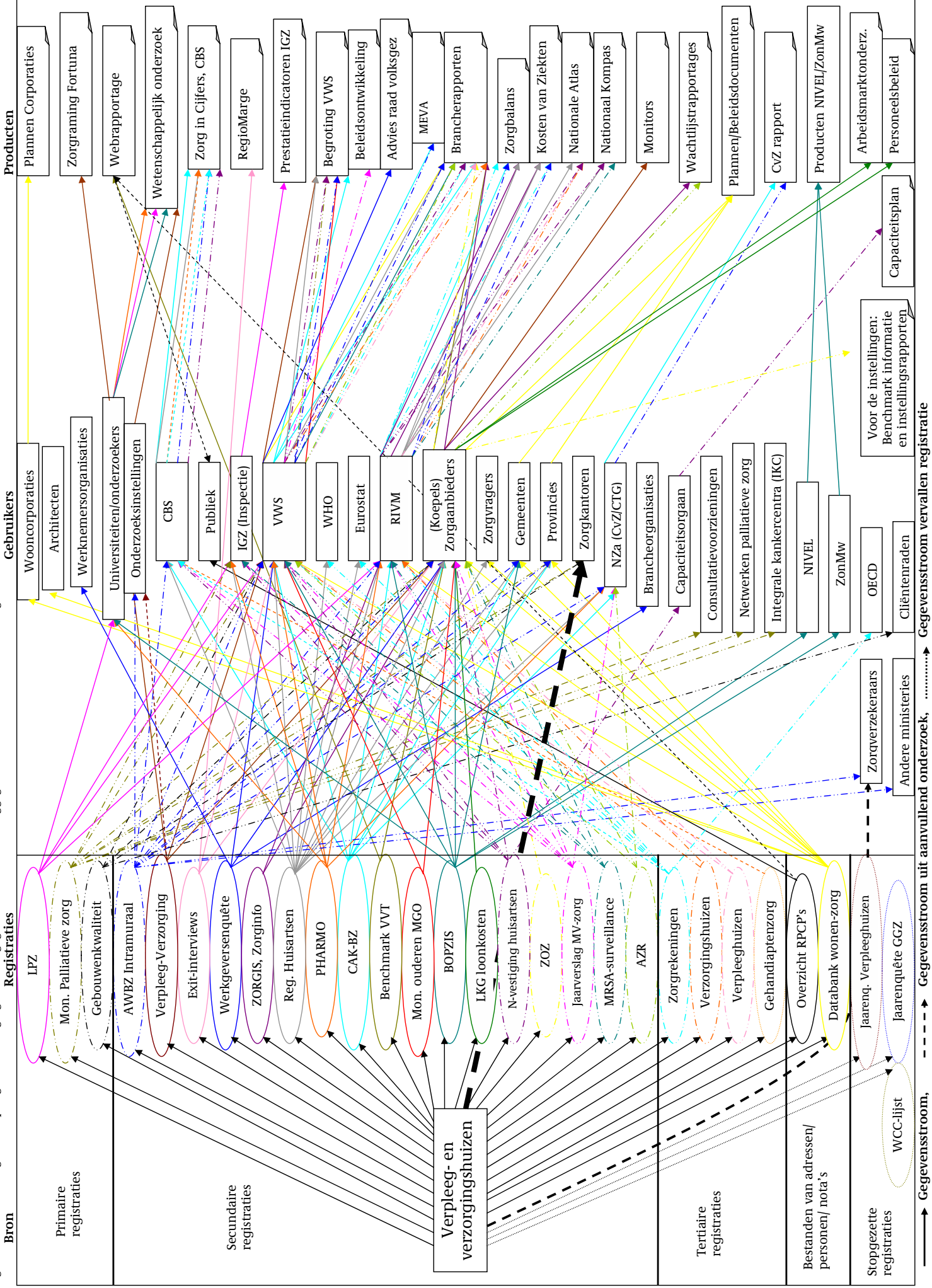
Er zijn door aanvullend onderzoek geen extra registraties, gebruikers of producten aan het licht gebracht. Wel is een aantal extra gegevensstromen in beeld gebracht. Uit het PwC rapport 'Reduceren administratieve lasten' blijkt dat de indicatiestelling en zorgtoewijzing als grootste last wordt ervaren. Indicatiestelling en zorgtoewijzing wordt gedaan door het zorgkantoor. Deze staat dus in rechtstreeks verband met de verpleeg- en verzorgingshuizen. Hier is een dikkere lijn voor gebruikt om het gewicht van de gegevensstroom weer te geven. Deze gegevensstroom staat niet in Zorggegevens.nl, omdat er geen registratie tussen zit.

*Figuur 24: Stroomdiagram verpleeg- en verzorgingshuizen, gegevensstromen zoals blijkt uit aanvullend onderzoek.*



Het stroomdiagram van figuur 25 geeft de gegevenstromen uit Zorggegevens.nl en aanvullend onderzoek gecombineerd weer. Het lijkt een wirwar van gegevensstromen. Het is belangrijk om te beseffen dat volgens het PwC rapport de last van alle enquêtes, monitors en onderzoeken pas op plaats negen staat in de 'Rangorde Index 2005' (PwC 2006, p. 29). Het volle stroomdiagram is dus een vertekening van de werkelijke moeite die het kost voor de verpleeg- en verzorgingssector om de registraties van gegevens te voorzien. De meeste zijn secundaire registraties, dit zijn registraties die data uit administraties trekken. Het blijkt dat de meeste data wordt uitgewisseld met zorgkantoren, dit is een continu dataverkeer. Dit staat niet in Zorggegevens.nl.

Figuur 25: Stroomdiagram verpleeg- en verzorgingshuizen, gegevensstromen uit Zorggegevens en aanvullend onderzoek gecombineerd.



## 4.5 Conclusie

Het informatielandschap op het terrein van verpleging en verzorging vertoont een grotere complexiteit dan bij de apotheken. Uit Zorggegevens.nl blijkt dat er veel registraties bestaan op dit terrein. Ook hier zien we veel variatie tussen de informatiestromen.

Als belastend wordt vooral de informatiestroom naar de zorgkantoren ervaren. De omvang van deze informatiestroom is ook erg groot. Dit komt door frequentie en detailniveau van de informatie, maar ook de complexiteit aan wet- en regelgeving speelt hierbij een rol.

Opvallend is ook het grote aantal informatiestromen dat niet rechtstreeks uit Zorggegevens.nl is af te leiden. Dit zijn vooral de 'administratieve' informatiestromen die in Zorggegevens.nl ontbreken.

## 5 Conclusie en beschouwing

### 5.1 Een complex informatielandschap

De verschillende stroomdiagrammen voor de gekozen cases laten zien dat we in de zorg te maken hebben met een complex informatielandschap. De schetsen zijn echter niet gevalideerd en compleet. Informatie uit Zorggegevens.nl blijkt soms onvolledig of niet helemaal juist. De oorzaak hiervan ligt voor een belangrijk deel in de complexiteit van het landschap, waardoor het voor verschillende actoren uitermate moeilijk is om een totaalbeeld te vormen.

De gekozen structuur van de schetsen is nog tamelijk eenvoudig. Weinig aandacht is bijvoorbeeld besteed aan de uitwisseling van gegevens tussen registraties en de koppeling en verrijking van gegevens bij gebruikers, waardoor nieuwe gegevens ontstaan. Elke stap verder van de bron bevat andere informatie: gemodelleerd, minder, samengevoegd met andere data, etc. Het is ook nog niet goed gelukt om de inhoud van de verschillende informatiestromen goed te typeren. Wel is duidelijk dat hier veel variatie tussen bestaat.

Een belangrijk verschil zit in de omvang van de stroom. Dit is ook iets wat een belangrijke rol speelt bij ervaren lastendruk bij de zorgaanbieders. De omvang heeft veel te maken met het detailniveau van de informatie. Bij sommige gegevensstromen is de registratie-eenheid bijvoorbeeld de 'verrichting' en bij andere zijn het alleen 'adresgegevens van de zorgaanbieders'. Uitgaande van bijvoorbeeld 126 miljoen afgeleverde voorschriften door apotheken kun je voorstellen dat dat behoorlijk wat dataverkeer impliceert. Dit betekent bijvoorbeeld 126 miljoen declaraties naar de zorgverzekeraars en de hieruit voortvloeiende correspondentie bij afwijzing, enz. De adressen van de 1782 apotheken is dan verhoudingsgewijs aanzienlijk minder omvangrijk.

Een belangrijk verschil bij bovengenoemd voorbeeld is ook de frequentie waarmee de informatie wordt doorgeleverd. In het ene geval is er sprake van een bijna continue (administratieve) informatiestroom, terwijl in het andere geval zou kunnen worden volstaan met een jaarlijkse actualisering.

De ervaren lastendruk heeft vooral te maken met de administratieve informatiestromen naar zorgverzekeraars en zorgkantoren. Veel informatie gaat hierin om en het is niet helemaal duidelijk hoe en of deze informatie ook voor andere registraties gebruikt kan worden. Wel blijkt uit de informatie uit Zorggegevens.nl (zie hoofdstuk 2) dat zorgverzekeraars ook weer informatie aanleveren voor andere registraties van bijvoorbeeld CVZ of Vektis.

De zorgaanbieder levert veel informatie aan diverse partijen. Het is moeilijk om vast te stellen of hier ook dubbelingen in zitten. Informatie lijkt soms op elkaar, maar kan op een enkel wezenlijk detailniveau verschillen, bijvoorbeeld doordat er sprake is van een extra toegevoegd kenmerk of doordat het gegevens van een andere (deel)populatie betreft.

Volgens het PwC-rapport speelde bij de apothekers het dubbel aanleveren van gegevens overigens wel een belangrijkere rol bij de irritatie rond de lastendruk. Om een betere indruk te krijgen van de daadwerkelijke omvang van dit probleem zullen in een latere fase van dit onderzoek interviews worden afgenomen bij experts uit de betreffende velden.

Er worden uiteraard ook gegevens geregistreerd die uiteindelijk niet gebruikt worden. In de schetsen zagen we in ieder geval dat niet alle registraties ook verbindingen hadden met de producten. Hierbij moet wel worden aangetekend dat de stromen mogelijk niet compleet zijn en dat er ook andere producten zijn waar gegevens gebruikt worden. Het ontbreken van een verbinding tussen registratie en product kan overigens ook betekenen dat bestaande relevante

gegevens nog niet optimaal benut worden. Ondanks de grote hoeveelheid van informatiestromen zijn er nog diverse onderdelen waar (structurele) informatievoorziening tekort schiet. In verschillende producten van het RIVM, zoals de Zorgbalans en de VTV (Volksgezondheid Toekomst Verkenning), wordt steeds weer gewezen op ontbreken van goede structureel verzamelde gegevens op verschillende deeltherreinen.

De schets en de uitgewerkte stroomdiagrammen hebben aangetoond dat het informatielandschap in de zorg complex en uitgebreid is. Ondanks het feit dat de diagrammen geen compleet beeld van het gehele landschap geven, lijkt het er nog wel wat te stroomlijnen valt. Dit zou positieve gevolgen kunnen hebben voor de zorgaanbieder aan de basis van de registratie (minder lastendruk), maar ook voor de eindgebruiker door een betere en meer gerichte informatievoorziening. Het laten zien dat informatie bruikbaar is en gebruikt wordt, kan bovendien positieve effecten hebben op de registratiemotivatie van de zorgaanbieder.

## **5.2 Betekenis voor Zorggegevens.nl**

Op dit moment wordt in Zorggegevens.nl vanaf de registratie aangegeven wat de gebruiker en het uiteindelijke product van de registratie is. In de gerepresenteerde stroomdiagrammen wordt aldus een relatie verondersteld tussen de gebruiker en het product. Maar als we strikt de gegevens uit Zorggegevens.nl zouden gebruiken, zouden er alleen pijlen van registratie naar product staan en niet van de gebruiker naar het product. De relatie tussen de gebruiker van een registratie en het product dat door deze gebruiker geproduceerd wordt, moet worden aangegeven om het stroomdiagram interactief te kunnen presenteren.

Verschiedende gegevenstromen die in werkelijkheid bestaan, komen niet terug in Zorggegevens.nl. Dit blijkt onder meer uit het feit dat ze wel in de twee PwC-rapporten voorkomen, maar niet in Zorggegevens.nl staan. In het geval van de apotheken is dit vooral de stroom naar de zorgverzekeraars. De top vijf van administratieve lasten zijn, volgens het betreffende PwC-rapport, allemaal contacten met zorgverzekeraars. Alle onderzoeken en registraties worden daarentegen als minder belastend ervaren.

Ook in het geval van de verpleging, verzorging en thuiszorg (de AWBZ-zorg) staat de grootste administratieve last volgens PwC niet in Zorggegevens.nl: de indicatiestelling en zorgtoewijzing door het zorgkantoor. In beide gevallen gaat het om gegevenstromen die niet via een registratie gaan, maar rechtstreeks.

Anderzijds worden ook bepaalde gegevensstromen geschetst met Zorggegevens.nl die bij nader onderzoek toch twijfelachtig blijken. Zo gaan sommige leveranties indirect in plaats van rechtstreeks naar een bepaalde gebruiker. Dit betekent dat de relaties die in Zorggegevens.nl aangegeven worden ook bij de gebruiker gevalideerd zouden moeten worden. Daarbij moet aandacht worden besteed aan de consistentie en de volledigheid van de informatiestromen. Voorts is het voor de lastendruk erg belangrijk te weten wat de omvang van een informatiestroom is. In Zorggegevens.nl is deze informatie tot op zekere hoogte wel te vinden, maar het zou nog veel verder kunnen worden uitgewerkt. Door meer aandacht te besteden aan registratie-eenheid, frequentie en omvang van de informatiestromen is het ook beter mogelijk zicht te krijgen op dubbelingen en witte vlekken in het informatielandschap.

De poging om de informatiestromen te visualiseren is ook waardevol voor de te ontwikkelen presentatievorm op Zorggegevens.nl. In de verschillende schetsen wordt duidelijk dat een compleet verzadigde schets waarin alle stromen zijn

weergegeven onoverzichtelijk is. Dit kan alleen maar opgelost worden door een interactieve digitale visualisatie te presenteren, waarbij een keuze gemaakt kan worden in wat wel en wat niet getoond wordt. Tevens is het aan te bevelen om verschillende onderdelen aanklikbaar te maken, zodat achtergrondinformatie kan worden ontsloten, met name over de registraties of over de informatiestromen. Door te klikken op de pijlen die de gegevensstromen weergegeven zou dan de inhoudelijke informatie zichtbaar moeten worden die “over deze lijn” wordt getransporteerd.

## 6 Slotbeschouwing: De stroomdiagrammen in het licht van de dagelijkse realiteit

De voorgaande stroomdiagrammen zijn ontleend aan de informatie uit Zorggegevens.nl. Deze gegevens zijn echter niet gevalideerd en zoals hierboven beschreven, is het ook niet duidelijk wat nu precies de informatie is die stroomt tussen de bronnen, registraties en gebruikers.

Om de stroomdiagrammen zoals die tot nog toe zijn geschetst aan de hand van de gegevens uit Zorggegevens.nl en het aanvullende onderzoek te verifiëren, zeker ook om een schifting aan te brengen in het relatieve belang van de diverse registraties, hebben we een aantal interviews gehouden met deskundigen uit de respectievelijke sectoren. Uit deze interviews kwam vooral naar voren dat de stroomdiagrammen behoorlijk compleet zijn en soms ook “overcompleet”. In de dagelijkse realiteit hebben apothekers en AWBZ-instellingen veelal te maken met een aanzienlijk minder omvangrijk spectrum aan registraties waaraan ze gegevens moeten of mogen leveren.

Tot de kern van registraties horen zowel bij de medicatievoorziening als bij de ‘AWBZ-zorg’ slechts een handvol registraties. Dit is met name bij de ‘AWBZ-zorg’ een gevolg van een recente ontwikkeling, waarbij verschillende registraties zijn samengevoegd. Een andere nuancering van het beeld ontstaat doordat sommige registraties gegevens verzamelen van een beperkt aantal apotheken, artsen of instellingen. Dergelijke steekproeven zijn weliswaar van groot belang voor menig (locaal) onderzoeksproject of voor specifieke beleidsontwikkeling, zij zijn van een andere (kwantitatieve) orde dan de landelijke registraties.

Hieronder zullen we zowel voor de apothekers als voor de AWBZ-instellingen ingaan op de belangrijkste registraties waaraan zij, volgens een vijftal specialisten uit deze beide sectoren, gegevens leveren.

### 6.1 Apotheken

#### De rol van de huisarts

Als het gaat om de medicijnvoorziening moet eerst opgemerkt worden dat de leveringen van apotheken hierin slechts een deel van het totale beeld laten zien. De keten begint in dit geval namelijk bij de (huis)arts of specialist die een recept uitschrijft. Bij deze schakel begint de keten, die ondertussen 25 jaar geleden is gestroomlijnd aan de hand van het ‘Record Externe Integratie’ (REI-record).

*“Dit was een van de eerste ‘eenheid van taal exercities’ in de zorg. Als een huisarts een recept uitschrijft bevat dat een aantal elementen, vrij weinig:*  
*1) voor wie is het (identificatie van de patiënt);*  
*2) enigerlei aanduiding van het middel waar het om gaat (een naam, een stofnaam, een commerciële naam, dat kan van alles zijn);*  
*3) daarna iets over de sterkte (dus 4 mg of 8 mg en eventueel wat voor een soort van ding het is (een pil, een ampul) dat hoort allemaal bij de identificatie van het middel;*  
*4) dan heb je het aantal (zoveel stuks per dag), en*  
*5) eventueel schrijft de arts nog een andere aanwijzing op (in de zin van ‘apotheker, let extra op want deze patiënt slikt ook iets anders’)” (Stokx).*

Naast deze gegevens die de arts op een recept meegeeft, registreert deze ook in de eigen administratie de diagnose en eventuele bijzonderheden. Dit zijn gegevens

die niet bij de apotheker bekend zijn, maar die zeker wel een belangrijke rol spelen in het onderzoek en het beleid ten aanzien van de ziektes en medicijnvoorziening. De registraties van LINH (NIVEL) en IPCI (Erasmus MC) zijn er dan ook op gericht om juist deze informatie te betrekken vanuit een steekproef onder (huis)artsen.

#### Wat gebeurt er bij de apotheker?

De meeste recepten bereiken de apotheker (apotheehoudende huisarts of ziekenhuisapothek) en worden ter plekke verwerkt. Het eerste wat dan gebeurt is dat de receptgegevens worden gekoppeld aan de zogenaamde G-Standaard (gemaakt door Z-Index). Deze G-Standaard is een hulpbestand dat maandelijks wordt geupdate en dat een breed scala aan eigenschappen van bij de Nederlandse apotheker verkrijgbare medicijnen bevat. Het gaat daarbij om ongeveer 400 á 500 eigenschappen, variërend van de vorm en kleur van de verpakking tot de handelsproductcode, eventuele bijwerkingen en de exacte ingrediënten van het preparaat. Anderzijds worden de receptgegevens ook nog verrijkt met een aantal persoonlijke gegevens van de patiënt, bijvoorbeeld over het eventuele gebruik van andere medicijnen. Al deze gegevens zijn nodig om een goede bedrijfsvoering van de apotheker mogelijk te maken.

*“Die apotheker heeft vervolgens maar één verplichting (alle andere dingen zijn verder vrijwillig) en dat is dat als hij het middel afgeleverd heeft, dat hij dat declareert aan een verzekeraar, want anders krijgt hij zijn centen niet. Afhankelijk van hoe de afspraken zijn met de verzekeraar doet hij dat eens per dag, één keer per week, één keer per maand of één keer per drie maanden en doet hij dat in patches die hij ter verwerking opstuurt naar de verzekeraar. Het kan ook zijn dat de verzekeraars dat hebben uitbesteed aan een bepaald kantoor wat dat dan doet, zodat de apotheker niet uit hoeft te zoeken welke verzekeraar hij nu wat moet sturen” (Stokx).*

Parallel aan deze gegevensuitwisseling tussen apothekers en zorgverzekeraars leveren vele apotheken op vrijwillige basis ook gegevens aan een aantal specifieke registraties. Veelal levert dit de apotheek weinig extra werk op, omdat de meeste van deze gevraagde gegevens gemakkelijk zijn te betrekken uit de gebruikte software van de apotheek. Bovendien krijgt de apotheker vaak een financiële vergoeding voor de geleverde data. De belangrijkste registraties die via deze weg gevuld worden zijn die van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) en PHARMO (PHARmacoMOrbiditeitskoppeling van Universiteit Utrecht). De SFK houdt het geneesmiddelengebruik bij van ruim 13 miljoen mensen, terwijl de PHARMO (2 miljoen registraties) dat doet met betrekking tot de veiligheid, kosten en effectiviteit van medicijnen.

De databestanden van deze parallelle registraties worden vervolgens gebruikt voor zowel wetenschappelijk onderzoek en nationaal beleid als ook als marktinformatie voor de farmaceutische industrie. De SFK is bovendien ook van groot belang voor de apothekers zelf.

*“Deze leidt tot gegevens die worden gebruikt in het kader van de onderhandelingen en het overleg met het ministerie over de tarieven. Ook vormen ze de basis voor de onderhandelingen over de productie en tarieven met zorgverzekeraars Nederland. En datzelfde geldt voor het FIS-systeem natuurlijk, net zo goed” (Piepenbrink).*

Naast deze grote registraties waaraan veel apothekers hun gegevens leveren, zijn er ook nog een aantal specifieke registraties met een veel kleinere omvang. Het gaat dan om registraties zoals de LAREB (over bijwerkingen) of om locale of regionale registraties die veelal een wetenschappelijk doel dienen, namelijk het

nader onderzoeken van een specifieke ziekte of aandoening. Dergelijke registraties worden meestal georganiseerd door universitaire instellingen.

*“Bijna elke universiteit heeft wel een eigen registratie met een beperkt aantal apotheken, zoals in Leiden waar het dan bijvoorbeeld de Kring-Stedenhof is. Al deze registraties zijn met een heel specifiek doel opgesteld (zoals het onderzoek van promovendi). Dat is allemaal ‘klein bier’ en volgens mij zou je die dan ook niet moeten willen opnemen in Zorggegevens.nl” (Stokx).*

Toch zijn er ook een aantal van dergelijke registraties die wel een groter belang vertegenwoordigen op nationaal niveau. Dat zijn dan met name IPCI en LINH.

#### Indirecte registraties

Aangezien apothekers het gros van hun registratiedata leveren aan de zorgverzekeraars, ligt hier een schat aan informatie. Met behulp van deze gegevens worden, soms met behulp van intermediaire organisaties, ook de nodige ‘registraties’ gevuld. Het gaat dan onder andere om de benchmarkgegevens van Vektis en de GIP van het College voor zorgverzekeraars (CVZ). Deze registraties worden gebruikt voor analyses door verschillende commerciële en niet-commerciële organisaties (GIP levert alleen aan de overheid).

*“Eens per jaar zat ik tot voor kort bij een overleg bij VWS, van FEZ (de financieel-economische afdeling die voor de begrotingcijfers zorgt) en GMT (directie die iets met geneesmiddelen en medisch technologie doet). En een keer per jaar moet daar een getal genoemd worden van wat er per jaar omgaat in het geneesmiddelengebruik. Dat getal wordt vastgesteld aan de hand van de cijfers van GIP, SFK en Vektis” (Stokx).*

#### Blik in de toekomst

Vanwege de relatief lange traditie van een goed georganiseerde geneesmiddelenregistratie aan de hand van het REI-record en G-Standaard, vormt deze sector ook het eerste speerpunt voor de ontwikkeling van het Landelijk Schakel Punt (LSP) van het Nationale knooppunt en kenniscentrum voor ICT en Innovatie in de Zorg (NICTIZ). Met het LSP kunnen zorgverleners in de toekomst landelijk actuele patiëntinformatie opvragen uit de systemen van collega ziekenhuizen, apotheken en huisartsen. Een dergelijke schakelpunt zou de registratie van geneesmiddelen nog verder kunnen vereenvoudigen en stroomlijnen, waarbij de nu bestaande registraties op virtuele wijze kunnen worden getrokken uit het grote LSP-bestand.

*“Het grote verschil is dat het bestaande systeem aanbodgedreven is en het nieuwe zou vraaggedreven zijn. Je gaat uit van: laten we alles goed volgens eenheid van taal vastleggen wat er gebeurt en ook over hoe je dat verzend en vervolgens regelen we wie er toegang krijgt van zo’n HL7 bericht” (Stokx).*

#### Consequenties voor het stroomdiagram

De belangrijkste consequentie van de interviews voor de vorm en inhoud van het stroomdiagram is dat een groot aantal eerder genoemde registraties van marginaal belang bleken in vergelijking tot een aantal grotere (landelijke) registraties.

Zo zijn er ook legio organisaties die werken met de gegevens die voortkomen uit de registraties van apothekers. De belangrijkste daarvan worden wel genoemd in de stroomdiagrammen, maar er zijn ook zeker nog meer (belangen)groepen te noemen die de gegevens uit de verschillende registraties verwerken in hun producten.

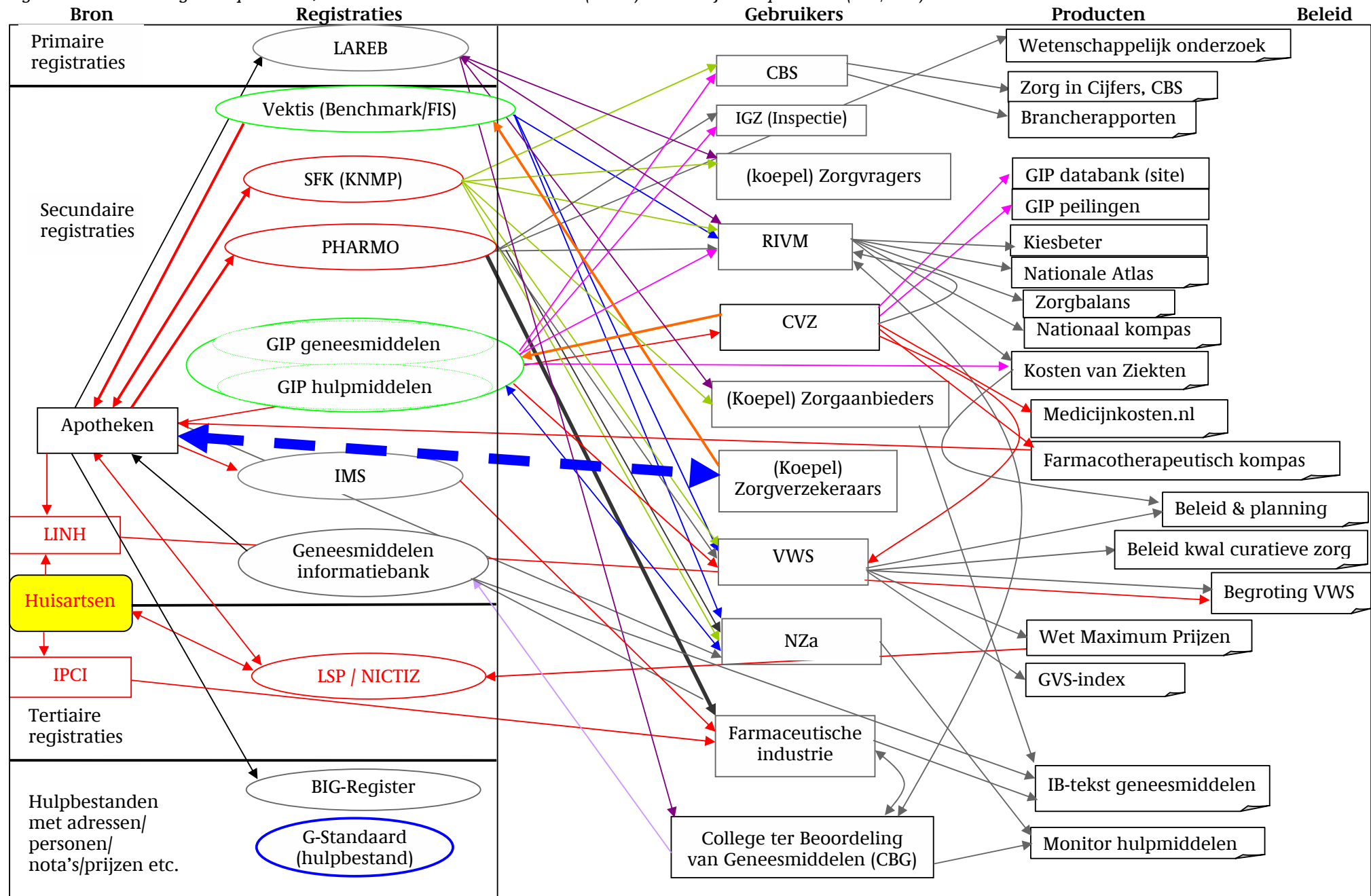
*“Los van dat we dit stroomdiagram kunnen aanvullen, toont dit heel goed aan dat er een heleboel belangen zijn om bepaald informatie te hebben en dat die belangen allerlei registraties in de lucht houden. Dit is er omdat er vraag is” (Stokx).*

Een belangrijke aanpassing van het stroomdiagram voor medicatie is echter wel dat de ‘keten van een medicijn’ niet zo zeer bij de apotheek begint, alswel bij de (huis)arts. Ook aan de andere kant van het diagram – bij de producten – zou de keten moeten worden verlengd. Er is namelijk een aanzienlijk verschil tussen de (inhoudelijke) producten die gemaakt worden door onderzoeksinstituten en belangenorganisaties enerzijds en de ‘beleidsproducten’ van het ministerie van VWS anderzijds. Deze laatste beroept zich in het beleid daarbij wel vaak op de inhoudelijke producten van de eersten.

*“Verwarring ontstaat bij de indeling van primaire, secundaire etc. registraties: waarom noem je bijvoorbeeld de ‘Kwaliteit van FTO’ een secundaire registratie. FTO is het Farmaco Therapeutisch Overleg, maar dat dat bij de secundaire registraties staat is gek. Ik zie dat niet als registratie. Want het FTO is een overleg wat huisartsen en apotheker (al dan niet gemodereerd door de zorgverzekeraars) met elkaar hebben over de kwaliteit van het voorschrijven” (Stokx).*

Weliswaar is er een zeker onderscheid te maken tussen verschillende soorten registraties (primair, secundair, tertiair), toch is het de vraag in hoeverre die onderscheid zinvol is in het licht van het doel dat met het stroomdiagram wordt nagestreefd, temeer omdat sommige registraties zowel primaire als secundaire en/of tertiaire gegevens bevatten.

Figuur 26: Stroomdiagram apotheken, nav interviews met dhr L. Stokx (RIVM) en dhr. J.F. Piepenbrink (GIP/ CVZ) .



## 6.2 AWBZ-Zorg

De AWBZ-zorg omvat een aanzienlijk bredere en gecompliceerdere sector dan die van de apotheken. Niet alleen hebben we in dit geval te maken met een sector die een diverser aanbod van diensten aanbiedt (van huishoudelijke hulp tot gespecialiseerde zorg), ook de betrokken partijen variëren van grootschalige verzorg- en verpleeghuizen (zorgaanbieders) tot de individuele zorgaanvragers.

### De rol van de zorgindicatie

In de AWBZ-zorg speelt, net als bij de apothekers, ook de stap vóór de levering van het product (medicijn resp. zorg) een belangrijke rol in de zorgketen. Het gaat in dit geval om de indicatiestelling die wordt geregistreerd in de AZR (AWBZ-brede Zorgregistratie) door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg).

*“Die typt de gegevens in, dan gaat het naar het zorgkantoor (de tweede spil in de AWBZ, die kijkt of die zorg geleverd mag worden). En dan gaat vervolgens die cliënt het systeem in, die gaat naar een zorgaanbieder. Als de zorgaanbieder de zorg kan leveren tikt hij dat in het systeem (naar het zorgkantoor) en meldt dat hij de cliënt in zorg heeft genomen. We hebben 32 zorgkantoren. Het verschil tussen die indicaties en meldingen van geleverde zorg die bepalen de wachtlijsten”  
(Beekmans).*

Dit primaire doel van de AZR zal in de komende tijd steeds verder uitgebreid worden met nieuwe functies en zodoende andere registraties overbodig maken. De AZR bestaat bij de gratie van afspraken (standaarden) over de gehanteerde taal en de manier van gegevensuitwisseling in de keten van de AWBZ. Doel is dat uiteindelijk de registratiesystemen van de 66 CIZ-kantoren, de 32 zorgkantoren en de 3.000 zorgaanbieders met elkaar kunnen communiceren. De kantoren en instellingen voeren de AZR gefaseerd in. Dat betekent dat ze periodiek nieuwe versies (releases) invoeren. Aanvankelijk is de AZR ontworpen voor de registratie van wachtlijstgegevens. Inmiddels voegt de beheerder, het CVZ, er functies aan toe: indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorglevering, eigen bijdrageheffing en bekostigingsgegevens (ministerie van VWS, 2007).

Naast de financiering van AWBZ-zorg via een zorginstelling kan dit sinds 2003 in sommige gevallen ook plaatsvinden middels een Persoonsgebonden Budget (PGB). Voor de verantwoording van deze AWBZ-zorg is een aparte registratie in het leven geroepen.

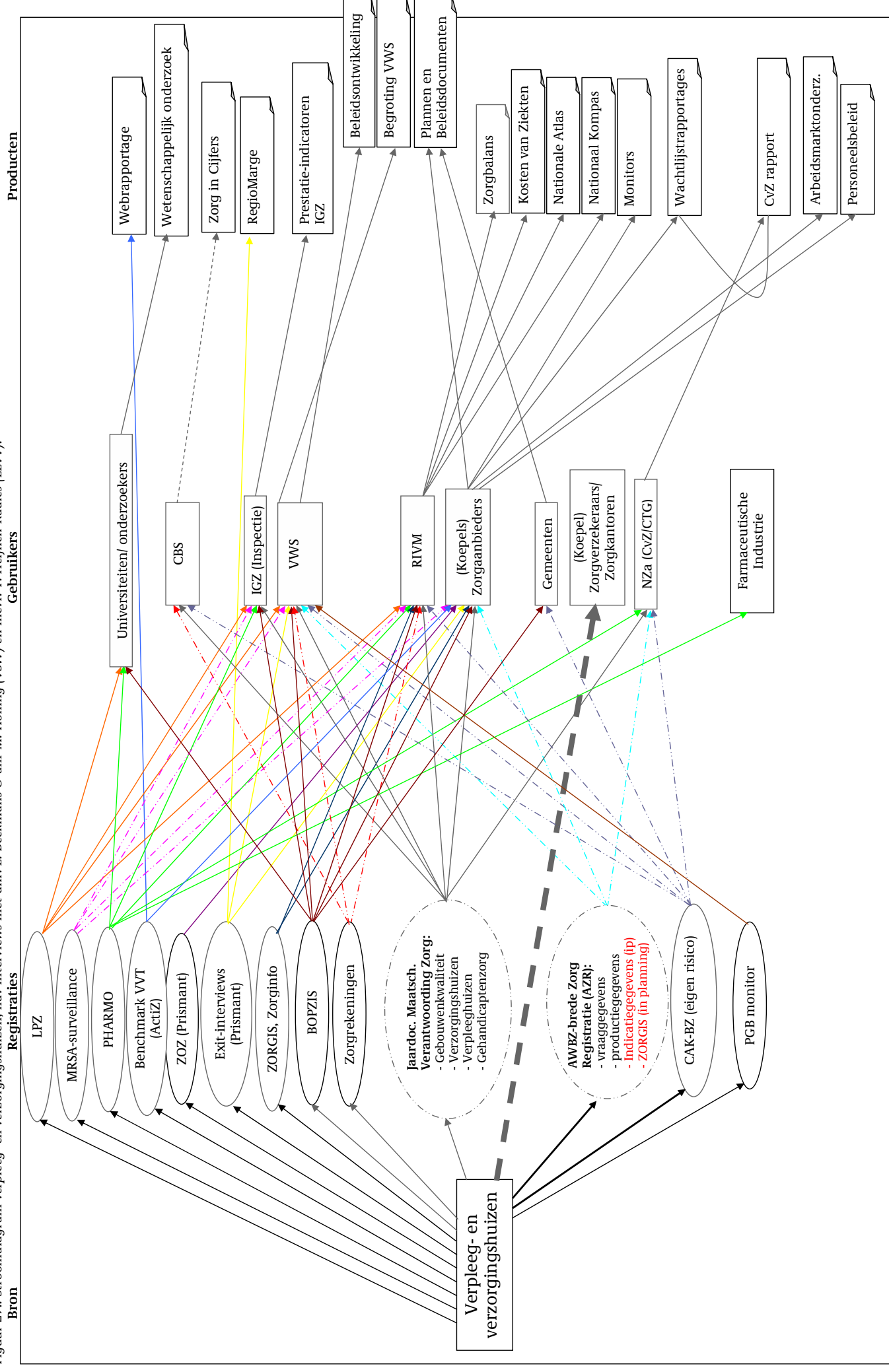
### Wat gebeurt er bij de zorgaanbieder?

Van de zorgaanbieders wordt vervolgens verwacht dat ze een aantal gegevens over hun geleverde zorg registreren (productieregistratie) en verstrekken aan de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het CAK (Centraal Administratie Kantoor).

Al deze instanties hebben verschillende doelen waarvoor ze de gegevens over de productieregistratie gebruiken. Dat kunnen doelen zijn die te maken hebben met naleving van de productieafspraken, maar ook specifieke doelen als het vaststellen van de eigen bijdrage. Deze registraties hebben tot doel om een landelijk vergelijkbaar beeld te scheppen van omvang en inhoud van de AWBZ-zorg in Nederland.

Andere registraties, zoals de benchmark VVT, de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ), PHARMO en de MRSA-surveillance zijn vooral gericht op de kwaliteitsborging en risicopreventie binnen de AWBZ-sector. Een aantal van deze

Figuur 27-: Stroomdiagram verpleeg- en verzorgingshuizen, nav interviews met dhr. L. Beekmans & dhr M. Holling (VSW) en mevr. Y. Heijnen-Kaales (LEV).



registraties zal op termijn worden samengevoegd in de ‘Normen voor Verantwoorde Zorg’, anderen blijven als ‘alarmsysteem’ voor acute gevallen gehandhaafd.

*“Bij de normen voor verantwoorde zorg moet je denken aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorg (LPZ). Daar wordt bijvoorbeeld decubitus (doorliggen) geregistreerd, en daar werken alle instellingen aan mee. Die vormen volgens mij één van de eerste benchmark-gegevens waar ze nu mee bezig zijn in de “Normen voor Verantwoorde Zorg” en waar veel gedoe over is, omdat de inspectie heeft aangegeven dat het met die kwaliteit van zorg niet zo geweldig gaat. Maar de LPZ registratie zelf loopt dus al veel langer” (Heijnen).*

Naast deze landelijke registraties geldt voor de AWBZ-sector dat er nog veel meer geregistreerd moet worden. Dat zorgt ervoor dat er ook door veel méér mensen registraties gevuld moeten worden dan bij de apothekers. Dit is vooral ten behoeve van het goed laten verlopen van het primaire zorgproces, waarin zorgvraag en -aanbod inzichtelijk wordt gemaakt voor collega-zorgaanbieders. Bijna alle teamleiders, verzorgenden en verpleeghuisartsen (m.n. in intramurale instellingen) hebben namelijk te maken met een breed spectrum aan registratiehandelingen op de werkvloer (zie het Ecorys-onderzoek getiteld: ‘Zorgen’ achter het bureau of zorg aan het bed?, 2007). Ondanks dat professionals in de zorg het nut inzien van deze registraties, neemt het ook veel tijd in beslag. “De meeste tijd gaat zitten in alle registraties die samenhangen met het bewonersdossier (formulieren intake, zorgplan & verpleegplan, dagrapportages en rapportages per doel/discipline)” (ministerie van VWS, 2007).

Naast de gegevens over deze geleverde zorg moeten AWBZ-instellingen jaarlijks een document publiceren over de (kwalitatieve en kwantitatieve) prestaties van de gehele instelling: een benchmark waarin diverse factoren van de zorg worden gewaardeerd. In dit Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording worden verschillende registraties uit de AWBZ-zorg samengebracht die tot voor kort als aparte registraties moesten worden geleverd aan verschillende organisaties, terwijl het huidige document integraal gemaakt moet worden voor het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Dit Informatiepunt stuurt vervolgens specifieke gegevens uit deze database naar de juiste organisatie door. Het gaat veelal om het samenbrengen van kleinschalige registraties aangaande de voorzieningen, geleverde diensten, adressen, financiën en meer.

#### Blik in de toekomst

De AZR moet in de komende jaren in toenemende mate gaan zorgen voor een verdere concentratie van gegevens in één overkoepelend register. De aanvankelijke focus van de AZR, gericht op het in kaart brengen van de wachtlijsten, is de afgelopen jaren al telkens verder verbreed en zal in de toekomst verder verbreden. Zo zal de AZR ook gegevens over de productie gaan bevatten.

*“En daarmee zijn de AZR en het Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording de twee belangrijkste bronnen voor de beleidsdirectie (langdurige zorg [red]). Als je iets over de cliënt wilt weten is de AZR de bron. Als je iets over de instelling wilt weten is dat het jaardocument. Als het goed is komen daar alle gegevens over de zorginstelling in te staan, maar zover zijn we nog niet” (Beekmans).*

In z'n algemeenheid geldt dat de AWBZ de afgelopen jaren vaak te maken heeft gehad met nieuwe concepten en werkwijzen.

*“De AWBZ is ernstig aan verandering onderhevig, al jaren. Telkens moeten andere concepten worden geïntroduceerd en die moeten dan weer worden vertaald in het geautomatiseerde systeem. Daar lopen ze telkens op vast. We hadden systeem met functies en klassen, maar nu hebben ze zorgzwaartepakketten bedacht. Dus dat systeem moet omgebouwd worden naar zorgzwaartepakketten. [...] Het systeem is nog niet helemaal klaar of wij verzinnen alweer iets nieuws, waardoor ze weer een nieuw systeem moeten bouwen” (Holling).*

Ook in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording zullen steeds meer gegevens worden geconcentreerd die op instellingniveau van belang zijn. Op termijn zullen hier ook steeds meer gegevens over de kwaliteit van de zorg in worden ondergebracht, zodanig dat een benchmark ontstaat waarmee instellingen onderling kunnen worden vergeleken.

#### Consequenties voor het stroomdiagram

Veel van de registraties die in het stroomdiagram aan de hand van Zorggegevens.nl zijn opgenomen, blijken niet meer in die vorm te bestaan. Door de concentratie van gegevens in de afgelopen jaren zijn veel van de in Zorggegevens.nl genoemde registraties verdwenen. Vooral de AZR en het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording hebben veel van de registraties gebundeld.

*“In de AWBZ-sector werden eerder drie vragenlijsten rondgestuurd. Eén ging over de productie van de verpleeghuizen en de capaciteit. Twee: wat hebben we aan cliënten in huis en Drie: wat hebben we aan personeel in huis. De overlap tussen deze vragenlijsten hebben we nu niet meer, want het zit nu allemaal in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording” (Beekmans).*

Toch is deze concentratie van gegevens ook eindig, gegeven het doel waarmee sommige gegevens worden verzameld die soms niet samen te voegen zijn en dus apart naast elkaar moeten blijven bestaan.

*“Het is dan vooral een afstemmingsprobleem. Zowel in de eigen bijdrage systematiek van de CAK wordt informatie verzameld over kosten van zorggebruik, als in de NZa-productiegegevens. Het zijn twee verschillende registratiesystemen die uiteindelijk, als je alles optelt, hetzelfde bedrag moeten opleveren. Het bedrag waarover eigen bijdrage is betaald zou het zelfde moeten zijn als de productie. We constateren dat dat niet het geval is. Dat betekent niet dat je de registratie kunt afschaffen want de ene heb je nodig om producties te kunnen registreren en de andere om een eigen bijdrage te kunnen betalen, maar het is beleidsmatig wel ingewikkeld dat er dan twee verschillende bedragen in staan” (Holling).*

### **6.3 Meer inzicht in het informatielandschap**

De interviews hebben enkele opmerkelijke verdiepingen aangebracht in het informatielandschap. Zo kunnen de experts goed aangeven hoe groot en relevant de verschillende informatiestromen zijn. Dit resulteert al in een forse vereenvoudiging van het stroomdiagram. Wat opvalt bij de apothekers is dat er ook op vrijwillige basis gegevens worden geleverd aan bepaalde registraties, zoals bijvoorbeeld de SFK. Dit verloopt erg goed en het resulteert in een zeer bruikbare en nuttige registratie. Belangrijk aspect hierbij is dat apothekers ook belang hebben bij de registratie in verband met onderhandelingen over tarieven.

Binnen de AWBZ gefinancierde zorg zien we dat er recentelijk ontwikkelingen hebben plaatsgevonden die het stroomdiagram hebben vereenvoudigd. Steeds meer stromen zijn gebundeld in onder andere het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en de AZR.

## Literatuurlijst

Arcares. Samen werken aan kwaliteit van leven. Handboek. Utrecht: Arcares, 2005.

Boerakker I, Friele RD & Otten R. Gebruik/productie. In: Brancherapporten VWS. Den Haag: Ministerie van VWS <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>>. De VWS-sectoren\Cure\Feiten en cijfers\Geneesmiddelenvoorziening\, 9 mei 2008, 2005.

Commissie kwalificatiestructuur. Gekwalificeerd voor de toekomst: kwalificatiestructuur en eindtermen voor verpleging en verzorging. Zoetermeer/Rijswijk: Ministerie van OCW & Ministerie van VWS, 1996.

ECORYS Nederland. "Zorgen" achter het bureau of zorg aan het bed? Quick Scan van de registratieverplichtingen van professionals in verzorgings- en verpleeghuizen. Rotterdam: ECORYS Nederland, 2007.

Leistra E, Liefhebber S, Geomini M & Hens H. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Maarssen/Utrecht: Elsevier/LCVV/NIZW, 1999.

Ministerie van VWS. AWBZ: naar eenvoud in uitvoering. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.

Overeem O & Konter MD. Monitor Eigen Bijdrage zorg zonder verblijf. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2005.

Peeters JM & Francke AL. Wat is verpleging en verzorging? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Verpleging en verzorging, 9 mei 2008, 2006.

Pool A, Pool-Tromp C, Veltman-van Vugt F & Vogel S. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetentie van hbo-verpleegkundigen. Utrecht: NIZW, 2001.

PwC. Reduceren administratieve lasten: meer dan schrappen van regelgeving. Utrecht: PricewaterhouseCoopers, 2006.

PwC. Ervaren administratieve lasten in de Cure. Utrecht: PricewaterhouseCoopers, 2007.

Van Haterd J, Liefhebber S, Luijkx J, Mast J & Dam C van. NIZW beroepsontwikkelingen en NIZW zorg: beroepscompetentieprofiel mbo-verpleegkundige. Utrecht: NIZW, 2005.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> versie 3.12, 2008.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> versie 3.12, 2008.

Wieren S van & Hoekstra J (red.). Verpleging en verzorging samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Verpleging en verzorging, 9 mei 2008, 2006.

## **Bijlage 1: Lijst met geïnterviewden**

Dhr. drs. L.J. Stokx (RIVM)  
Dhr. drs. J.F. Piepenbrink (CVZ)  
Dhr. M.L.J.M. Beekmans (VWS)  
Dhr. drs. M. Holling (VWS)  
Mevr. drs. Y. Heijnen-Kaales (LEVV)

## Bijlage 2: Verklarende woordenlijst

|                               |                                                                                                           |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AND                           | Automotive Navigation Data                                                                                |
| AWBZ                          | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten                                                                      |
| AZR                           | AWBZ Brede Zorgregistratie                                                                                |
| Benchmark VVT                 | Continue Benchmark Verpleging, Verzorging, Thuiszorg                                                      |
| BIG                           | Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg                                                                |
| BOPZIS                        | Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis Informatie Systeem                                             |
| CAK-BZ                        | Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten                                                      |
| CBG                           | College ter Beoordeling van Geneesmiddelen                                                                |
| CBS                           | Centraal Bureau voor de Statistiek                                                                        |
| CIBG                          | Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg                                                          |
| CTG                           | College tarieven gezondheidszorg                                                                          |
| CVZ                           | College voor zorgverzekeringen                                                                            |
| EMA                           | European Medicines Evaluation Agency                                                                      |
| Eurostat                      | Statistische bureau van de Europese Unie                                                                  |
| Farmatec                      | Farmacie en Geneeskundige Technologie, een van de units van het CIBG                                      |
| FIS                           | Farmacie Informatie Systeem                                                                               |
| FTO                           | Farmaco Therapeutisch Overleg                                                                             |
| Gebouwkwaliteit               | Gegevens over de functionele en bouwtechnische kwaliteit van de gebouwen (Bouwcollege)                    |
| Geneesmiddelen Informatiebank | Basisgegevens van alle geregistreerde allopathische en homeopathische geneesmiddelen in Nederland (CBG)   |
| GIP                           | Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (CVZ)                                                          |
| GGz                           | Geestelijke Gezondheidszorg                                                                               |
| G-Standaard                   | Bestand met informatie over producten die de apotheek verkoopt of aflevert                                |
| GVS-index                     | Index van het GeneesmiddelenVergoedingsSysteem                                                            |
| HL7                           | Standaard voor uitwisseling, beheer en integratie van gegevens ten behoeve van medische zorg              |
| IB-tekst                      | Samenvatting van alle productkenmerken van een geneesmiddel                                               |
| IGZ                           | Inspectie voor de Gezondheidszorg                                                                         |
| IMS                           | Leverancier van marktinformatie voor de farmaceutische industrie en voor de gezondheidszorg               |
| IPCI                          | Integrated Primary Care Information (Erasmus MC)                                                          |
| JGZ                           | Jeugdgezondheidszorg                                                                                      |
| KNMP                          | Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie                                        |
| LAREB                         | Nederlands Bijwerkingen Centrum                                                                           |
| LINH                          | Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg                                                               |
| LKG                           | Loonkostengegevens                                                                                        |
| LPZ                           | Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen                                                                |
| LSP                           | Landelijk Schakel Punt (Nictiz)                                                                           |
| MEVA                          | Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid/ministerie van VWS                             |
| Ministerie van VWS            | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport                                                          |
| Neprofarm                     | Nederlandse Vereniging van de Farmaceutische Industrie van Zelfzorggeneesmiddelen en Gezondheidsproducten |
| Nictiz                        | Nationaal knooppunt en kenniscentrum voor ICT en                                                          |

|                         |                                                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | innovatie in de zorg.                                                                        |
| NIVEL                   | Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg                                   |
| NZa                     | Nederlandse Zorgautoriteit                                                                   |
| OECD                    | Organisation for Economic Co-operation and Development                                       |
| OSA                     | Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek                                           |
| PwC                     | PricewaterhouseCoopers                                                                       |
| PGB                     | Persoons Gebonden Budget                                                                     |
| PHARMO                  | PHARmacoMOrbiditeitskoppeling van Universiteit Utrecht (Institute for Drug Outcome Research) |
| Prismant                | Een zakelijke dienstverlener in de zorg                                                      |
| REI                     | Record Externe Integratie                                                                    |
| RIVM                    | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu                                                |
| RNH Limburg             | Registratienet Huisartspraktijken Limburg                                                    |
| RNUH-LEO                | Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omstreken                     |
| RPCP                    | Regionaal Patiënten Consumenten Platform                                                     |
| SFK                     | Stichting Farmaceutische Kengetallen                                                         |
| Tweede Nationale Studie | Naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NIVEL)                               |
| UMCG                    | Universitair Medisch Centrum Groningen                                                       |
| Vektis                  | Landelijk informatiecentrum van de zorgverzekeraars                                          |
| VTV                     | Volksgezondheid Toekomst Verkenning                                                          |
| WCC                     | Werkgroep Classificatie en Coderingen                                                        |
| Wmo                     | Wet maatschappelijke ondersteuning                                                           |
| WOG                     | Wet op de Geneesmiddelenvoorziening                                                          |
| Z-index                 | Intermediair in zorginformatie op maat                                                       |
| ZonMw                   | Zorg Onderzoek Nederland/Medische Wetenschappen                                              |
| ZORGIS                  | Zorginformatiesysteem                                                                        |
| ZOZ                     | Zorgbehoeftemeting OuderenZorg                                                               |

**RIVM**

Rijksinstituut  
voor Volksgezondheid  
en Milieu

Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)