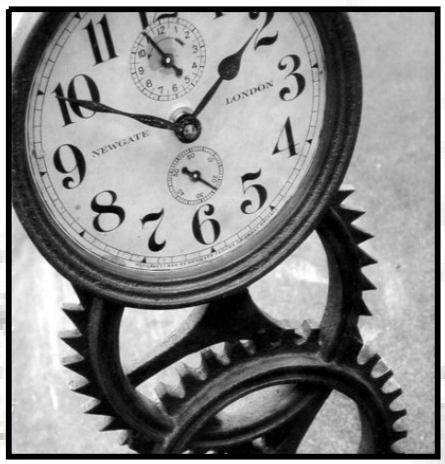
Zorgwekkende Administratie?!

Onderzoek naar de ervaren administratieve lasten bij verpleegkundigen in de ambulante GGZ voor volwassenen in Midden-Nederland ten gevolge van de DBC-systematiek.







Colofon

Titel:	Zorgwekkende Administratie?! Onderzoek naar de ervaren administratieve lasten bij verpleegkundigen in de ambulante GGZ voor volwassenen in Midden-Nederland ten gevolge van de DBC-systematiek. Ede, juni 2010
Studenten:	M.J. (Marieke) van den Dool - De Jong M.H.H. (Marieke) ter Heerdt E.E. (Ellen) van der Mast M. (Marieke) van de Vliert
Opleiding:	HBO - Verpleegkunde Meesterproef Christelijke Hogeschool Ede
Begeleiding:	Mw. drs. W. Grupstra
Opdrachtgever :	Mw. drs. A.S. Uitslag CDA Tweede Kamerfractie

©2010
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of welke manier dan ook, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteurs.

VOORWOORD

Voor u ligt het onderzoeksverslag *'Zorgwekkende administratie?!'*. Voor het afronden van onze opleiding Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE) zochten wij naar een uitdagende afstudeeropdracht. Het leek ons boeiend kennis te maken met de rol die de politiek in de gezondheidszorg inneemt. Daarbij was het onze wens knelpunten die ervaren worden door de beroepsgroep in beeld te brengen in Den Haag, om op deze manier iets voor de Nederlandse gezondheidszorg te betekenen. We hebben daarom contact opgenomen met mw. drs. A.S. (Sabine) Uitslag, lid CDA Tweede Kamerfractie.

In overleg met Sabine Uitslag is besloten dat wij middels dit onderzoek een bijdrage leveren aan het huidige debat over administratieve lasten. In dit verslag worden de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen in de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) voor volwassenen ten gevolge van het systeem van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) in kaart gebracht.

We hebben met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt en zijn trots op het onderzoeksverslag dat voor u ligt. Het was uitdagend om na te denken op micro-, meso- en macroniveau en op deze manier overstijgend bezig te zijn met ons (toekomstig) beroep als verpleegkundige.

Graag willen wij een aantal mensen bedanken voor hun inzet bij dit onderzoek. Allereerst bedanken wij onze begeleidster van de CHE, mw. drs. W. (Willy) Grupstra, voor haar enthousiaste steun in het geven van kritische feedback en voor de complimenten die ze steeds weer gaf. Ook bedanken wij CHE-docente mw. drs. M.C. (Marlies) van Hell-Cromwijk voor haar waardevolle adviezen betreffend de onderzoeksmethodiek. Naast onze begeleiding vanuit school bedanken wij onze opdrachtgever Sabine Uitslag en haar Inhoudelijk Persoonlijk Medewerker P. (Patrick) Groenewegen voor hun tijd en inzet, ondanks de drukke en spannende verkiezingstijd. Verder bedanken wij coreferent R.H. (Rob) Tips, adviseur bij DBC-Onderhoud, die op persoonlijke titel bereid was feedback te geven op het theoretische gedeelte van dit verslag. Tot slot gaat onze bijzondere dank uit naar de leden van het expertpanel die hebben meegewerkt aan het onderzoek, ondanks de bestaande drukte en tijdnood waar veel van hen mee te maken hebben.

Wij wensen u veel leesplezier bij het lezen van dit onderzoeksverslag.

Marieke van den Dool - de Jong
Marieke ter Heerdt
Ellen van der Mast
Marieke van de Vliert

SAMENVATTING

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van mw. drs. A.S. (Sabine) Uitslag, lid CDA Tweede Kamerfractie en verpleegkundige.

De doelstelling van dit onderzoek is het in kaart brengen van de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen met betrekking tot de systematiek van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de oorzaken die hiervoor gegeven worden. Het onderzoek richt zich op de ambulante GGZ voor volwassenen in Midden-Nederland. De vraagstelling die voortkomt uit de doelstelling is: *Wat zijn de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in Midden-Nederland met betrekking tot DBC's en waardoor worden de ervaren administratieve lasten met betrekking tot DBC's volgens de verpleegkundigen veroorzaakt?*
De onderzoeksgegevens zijn verkregen aan de hand van een literatuurstudie over de DBC-systematiek en het bevragen van een expertpanel. Door het expertpanel, bestaande uit verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, zijn drie vragenlijsten beantwoord. Deze methode van dataverzameling is afgeleid van de Delphi-methode.

Alle panelleden ervaren administratieve lasten door de vereiste registratie ten behoeve van de DBC-systematiek. Afhankelijk van de effecten van de DBC-systematiek die panelleden in de praktijk zien wordt de invoering van deze systematiek verschillend gewaardeerd. Inzicht in zorg en bekostiging wordt positief gewaardeerd. In de praktijk zijn productie en bekostiging van zorg echter teveel centraal komen te staan ten koste van de kwaliteit van zorg.
De registratie wordt als overmatige verantwoording ervaren en zorgverzekeraars en overheid schenken onvoldoende vertrouwen. Panelleden hebben behoefte aan communicatie vanuit de overheid over de (doelen van de) DBC-systematiek.
Disfunctioneren van het registratiesysteem vergroot de ervaren administratieve lasten. Genoemd wordt dat de registratie veel tijd kost en niet direct cliëntgebonden is. Secretariële ondersteuning bij de registratie kan de administratieve lasten verlagen. Daarbij dient de verpleegkundige vanuit zijn professionaliteit administratieve taken uit handen te geven aan het secretariaat.
De mogelijkheid om gewenst te diagnosticeren en registreren maakt het systeem fraudegevoelig. Ook de vereiste snelheid van het diagnosticeren wordt negatief gewaardeerd omdat dit kan leiden tot stigmatisering van de cliënt. Het is van belang dat de verpleegkundige richting de cliënt duidelijk

communiceert over de status van de diagnose en naast de medische diagnose ook gebruik maakt van verpleegkundige diagnosen.
Benoemd wordt dat de registratie in diverse instellingen wordt gebruikt als controlemiddel door de manager om productie van de verpleegkundigen te meten en zij niet beoordeeld worden op de kwaliteit van hun beroepsuitoefening. Daarnaast wordt binnen instellingen niet altijd voldoende gecommuniceerd over de DBC-systematiek.

Op basis van de resultaten en conclusies zijn aanbevelingen gedaan aan Sabine Uitslag. De aanbevelingen geven Sabine Uitslag inzicht in wat de politiek kan doen om de administratieve lasten ten gevolge van de DBC-systematiek te verminderen. Daarnaast bieden ze handvatten bij het gesprek met verpleegkundigen op de werkvloer bij haar 'Tour de Nurse'.
De overheid dient duidelijk te communiceren over de doelen van de DBC-systematiek en in overleg te blijven met betrokkenen van deze systematiek. De overheid dient Evidence-based Nursing te stimuleren zodat zij de verpleegkundigen vertrouwen kan schenken op basis van hun professionele zorgverlening.
De zorgverzekeraars dienen de registratieverplichting te verminderen, uitgaande van het Evidence-based werken van de verpleegkundigen.
De zorginstelling dient actief gebruik te maken van de Verpleegkundige Advies Raad (VAR). Deze brengt de klachten in kaart en denkt mee met het management om de kwaliteit van zorg centraal te stellen. Daarnaast dient binnen de instelling regelmatig voorlichting gegeven te worden over de wijze van registratie en over nieuwe ontwikkelingen in de DBC-systematiek. Ook dient de instelling te investeren in ICT en actief gebruik te maken van secretariële ondersteuning.
De verpleegkundige dient gebruik te maken van de mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de DBC-systematiek en de bijbehorende registratie. De verpleegkundige dient klachten met betrekking tot de DBC-systematiek te uiten bij de VAR en bereid te zijn desgevraagd actie te ondernemen.

INHOUD

Hoofdstuk 1 Inleiding 7
1.1 Aanleiding 7
1.2 Doelstelling 8
1.3 Vraagstelling 8
1.4 Begripsdefiniëring 8
1.5 Verpleegkundige relevantie 8
1.6 Leeswijzer 9
Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethode 10
2.1 Populatie 10
2.2 Methode van dataverzameling 10
2.2.1 Literatuurstudie 10
2.2.2 Expertpanel 11
2.3 Methode van data-analyse 12
2.3.1 Literatuurstudie 12
2.3.2 Expertpanel 12
2.4 Betrouwbaarheid en validiteit 13
2.4.1 Begripsdefiniëring 13
2.4.2 Populatie 13
2.4.3 Literatuurstudie 14
2.4.4 Expertpanel 14
2.4.5 Labelen en analyseren 15
Hoofdstuk 3 Literatuurstudie DBC 16
3.1 De DBC 16
3.2 DBC-Onderhoud en de DBC-systematiek 17
3.3 Registratie volgens de DBC-systematiek 17
3.3.1 Diagnose en Typering 17
3.3.2 Behandeling 19
3.3.3 Combinatie 19
3.4 Betrokkenen bij de DBC-systematiek 20
3.4.1 De overheid 20
3.4.2 De zorgverzekeraar 20

3.4.3 De zorgverlener 21
3.4.4 De cliënt 21
Hoofdstuk 4 Resultaten 22
4.1 De DBC-registratie 22
4.1.1 Gebruiksvriendelijkheid registratiesysteem 22
4.1.2 Waardering DBC-registratie 24
4.1.3 Validiteit en betrouwbaarheid DBC-registratie 25
4.2 De zorginstelling 28
4.2.1 DBC-registratie in de zorginstelling 29
4.2.2 Ondersteuning 30
4.3 De zorgverzekeraar en overheid 32
4.3.1 Zorgverzekeraar 32
4.3.2 Overheid 33
Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen 35
5.1 De DBC-registratie 35
5.1.1 Gebruiksvriendelijkheid registratiesysteem 35
5.1.2 Waardering DBC-registratie 35
5.1.3 Validiteit en betrouwbaarheid DBC-registratie 36
5.2 De zorginstelling 36
5.2.1 DBC-registratie in de zorginstelling 36
5.2.2 Ondersteuning 37
5.3 De zorgverzekeraar en overheid 37
5.3.1 Zorgverzekeraar 37
5.3.2 Overheid 37
5.4 Beknopte beantwoording hoofdvraag 38
5.5 Aanbevelingen 39
Hoofdstuk 6 Maatschappelijke relevantie 42
6.1 Belang en bruikbaarheid onderzoek 42
6.2 Visie onderzoekers 42
Hoofdstuk 7 Discussie 44
Referentielijst 47
Bijlagen 50

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 AANLEIDING

Verpleegkundigen en verzorgenden geven in een recent onderzoek, uitgevoerd door het actualiteitenprogramma Een Vandaag en het vakblad Nursing (Van den Schoor, 2010), aan dat administratieve verplichtingen teveel tijd in beslag nemen en de werkdruk verhogen. Sabine Uitslag, lid CDA Tweede Kamerfractie en verpleegkundige, ziet graag de ervaren administratieve lasten bij verpleegkundigen en verzorgenden afnemen. Daarom is van belang dat door middel van dit onderzoek in kaart wordt gebracht welke administratieve lasten verpleegkundigen ervaren.

Gezien het tijdsbestek waarbinnen het onderzoek plaatsvindt, is gekozen om dit onderzoek binnen de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) voor volwassenen in Midden-Nederland te verrichten. De keuze voor deze sector is tot stand gekomen door het uitvoeren van een vooronderzoek (zie bijlage), waarin gekeken is naar de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen en verzorgenden in de Algemene Gezondheidszorg (AGZ), Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Hierbij is gebruik gemaakt van recente nieuwsberichten, vakbladen, onderzoeksrapporten, berichtgeving vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), eigen voorkennis en het bevragen van verpleegkundigen en verzorgenden uit het eigen netwerk.

Volgens het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO) zijn er veel administratieve verplichtingen in de AGZ, maar ervaren verpleegkundigen deze niet als last aangezien ze de administratie nuttig en noodzakelijk vinden voor de zorgverlening (Van Veenendaal, Wardenaar & Trappenburg, 2008). Uit het vooronderzoek blijkt dat binnen de MGZ verschillende verbeteringen doorgevoerd worden om de administratieve lasten te verminderen, zoals het instellen van coördinatoren die administratieve taken overnemen. In het vooronderzoek gaven GGZ-verpleegkundigen en een GGZ-medewerker van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) aan dat met name in de ambulante GGZ veel administratieve lasten ervaren worden. Hiervoor werd de systematiek van de Diagnose Behandel Combinatie als oorzaak genoemd.

Uit het eerder genoemde vooronderzoek bleek dat slechts enkele verzorgenden werkzaam zijn in de ambulante GGZ, maar voor zover kon worden nagegaan werken zij niet met DBC's. Daarom worden in dit onderzoek alleen de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen in de ambulante GGZ voor volwassenen met betrekking tot DBC's in kaart gebracht. Hierbij wordt gekeken welke administratieve lasten ervaren worden en welke oorzaken verpleegkundigen hiervoor geven, om

vervolgens aanbevelingen te doen aan Sabine Uitslag. Zij gebruikt de uitkomsten van dit onderzoek in het debat over administratieve lasten in de gezondheidszorg en het debat over de wijze waarop de zorg is gefinancierd.

1.2 DOELSTELLING

De doelstelling van het onderzoek is het in kaart brengen van de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen en de hiervoor gegeven oorzaken met betrekking tot DBC's in de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in Midden-Nederland om van daaruit aanbevelingen te doen aan de CDA Tweede Kamerfractie.

1.3 VRAAGSTELLING

Wat zijn de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in Midden-Nederland met betrekking tot DBC's en waardoor worden de ervaren administratieve lasten met betrekking tot DBC's volgens de verpleegkundigen veroorzaakt?

Om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Wat houden DBC's in voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen?
2. Wat zijn de ervaren administratieve lasten bij verpleegkundigen met betrekking tot DBC's in de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Midden-Nederland?
3. Waardoor worden de ervaren administratieve lasten met betrekking tot DBC's in de ambulante geestelijke gezondheidszorg volgens verpleegkundigen in Midden-Nederland veroorzaakt?

1.4 BEGRIPSDEFINIËRING

Om de leesbaarheid van het verslag te vergroten en onduidelijkheden te vermijden is in de bijlage een begripsdefiniëring opgenomen. Waar in dit verslag 'hij', 'hem' etc. staat vermeld, is ook het vrouwelijk equivalent van toepassing.

1.5 VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE

Uit het hiervoor genoemde vooronderzoek blijkt dat verpleegkundigen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg administratieve lasten ervaren rondom de DBC-systematiek. De bevraagde verpleegkundigen gaven aan dat dit leidt tot minder tijd voor de cliënt, verhoogde werkdruk en minder plezier in het werk. Voor verpleegkundigen is dit onderzoek relevant omdat hun klachten en

problemen in kaart gebracht worden voor de politiek en meegenomen worden in het politieke debat over administratieve lasten en het debat over de wijze waarop de zorg is gefinancierd.

1.6 LEESWIJZER

Hoofdstuk 2 bevat de onderzoeksmethodiek met daarin de beschrijving van de populatie, methode van dataverzameling en data-analyse en de betrouwbaarheid en validiteit.
In hoofdstuk 3 is een literatuurstudie over de DBC-systematiek opgenomen die antwoord geeft op de eerste deelvraag.
In hoofdstuk 4 wordt antwoord gegeven op de tweede en derde deelvraag door middel van de resultaten, waarop in hoofdstuk 5 de conclusies en aanbevelingen volgen.
Hoofdstuk 6 gaat in op de maatschappelijke relevantie door het belang en de bruikbaarheid van het onderzoek te beschrijven. Verder wordt aandacht gegeven aan de visie van de onderzoekers. Hoofdstuk 7 bevat de discussie.

HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSMETHODE

In de onderzoeksmethode wordt beschreven op welke manier de vraagstelling beantwoord zal worden. In dit hoofdstuk wordt allereerst de populatie beschreven. Vervolgens worden de methode van dataverzameling en de methode van data-analyse toegelicht. Tot slot zal aandacht worden besteed aan de betrouwbaarheid, validiteit en de generaliseerbaarheid van het onderzoek.

2.1 POPULATIE

De populatie bestaat uit alle verpleegkundigen die werkzaam zijn in de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Het onderzoek richt zich op Midden-Nederland, bestaande uit de provincies Zuid-Holland, Utrecht en Gelderland. Verpleegkundigen die deelnemen aan het onderzoek moeten minimaal één jaar werkzaam zijn in de ambulante GGZ voor volwassenen.
Voor dit onderzoek wordt een lijst opgesteld van overkoepelende organisaties die aangesloten zijn bij GGZ-Nederland en ambulante geestelijke gezondheidszorg aanbieden in de regio Midden-Nederland. Aan de hand van deze lijst worden selectief instellingen benaderd met de vraag of een verpleegkundige bereid is mee te werken aan het onderzoek. Hierbij wordt de regel gehanteerd dat maximaal één verpleegkundige per overkoepelende organisatie deelneemt aan het onderzoek.
Naast de verpleegkundigen zullen andere deskundigen deelnemen aan het onderzoek, zoals een medewerker van V&VN of het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) die op dit moment werkzaam is in de GGZ of nauwe contacten onderhoudt met het werkveld. Vereiste is dat deze deskundigen een verpleegkundige achtergrond hebben.

2.2 METHODE VAN DATAVERZAMELING

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, ook wel triangulatie genoemd. Door triangulatie wordt het onderwerp van verschillende kanten belicht en de kwaliteit van de onderzoeksgegevens verhoogd door literatuur en praktijk met elkaar te verbinden (Verhoeven, 2007). Naast een literatuurstudie wordt informatie verkregen door het bevragen van leden uit een tevoren samengesteld expertpanel.

2.2.1 LITERATUURSTUDIE

Ter beantwoording van de eerste deelvraag wordt een literatuurstudie gedaan. Dit heeft als doel inzicht te krijgen in de DBC's en zodoende basiskennis te verwerven ten aanzien van het onderwerp. Op deze manier kan de kennisachterstand van de onderzoekers ten opzichte van de panelleden

gereduceerd worden (Landsheer, 't Hart, De Goede en Van Dijk, 2003). Thema's die onderzocht worden zijn: geschiedenis van de DBC's, doel en werking van de DBC-systematiek en betrokkenen bij deze systematiek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van onderzoeksrapportages, vakbladen, documenten van DBC-Onderhoud, kamerstukken en documenten van het ministerie van VWS. De verdieping in de DBC-systematiek vormt een basis voor het praktijkonderzoek en voorkomt het stellen van onnodige vragen aan de deelnemende verpleegkundigen.

2.2.2 EXPERTPANEL

Voor het onderzoek wordt gebruik gemaakt van een - door de onderzoekers samengesteld - expertpanel. Dit is een groep van personen die deskundig is op het gebied waarin het onderzoek wordt gedaan. Hiervoor is gekozen omdat het een onderzoek betreft naar de beleving van personen. Op deze manier worden de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen met betrekking tot DBC's in kaart gebracht. Het expertpanel bestaat uit verpleegkundigen en andere deskundigen, zoals benoemd in de 'Populatie'. Bij het expertpanel wordt de Delphi-methode als uitgangspunt genomen, aangezien deze kwalitatieve onderzoeksmethode geschikt is om de subjectieve betekenis van ervaringen van individuen te onderzoeken (Nieswiadomy, Ter Maten-Speksnijder & De Lange, 2009). Het is als het ware een gestructureerde vorm van groepsinterview waarbij een aantal personen reageren op een afgebakend onderwerp (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009). Door inventarisatie, uitwisseling en confrontatie wordt de gemeenschappelijke kennis van experts bij elkaar gebracht en gemaximaliseerd (Landsheer et al, 2003).

In dit onderzoek worden verschillende stappen vanuit de Delphi-methode doorlopen. Nadat het expertpanel gevormd is wordt door de onderzoekers een vragenlijst opgesteld en voorgelegd aan de deelnemers van het expertpanel. De deelnemers vullen deze vragenlijsten afzonderlijk van elkaar in om wederzijdse beïnvloeding te voorkomen. De eerste vragenlijst heeft vooral als doel te inventariseren welke administratieve lasten er worden ervaren rondom DBC's. Hierbij zal een duidelijke definitie gegeven worden van administratieve lasten, zodat foute begripsinterpretatie wordt voorkomen. Na beantwoording van de vragen worden de resultaten door de onderzoekers geanalyseerd en samengevat. Daarna vindt een nieuwe ronde plaats waarin - aan de hand van de uitkomsten van de eerste ronde - opnieuw vragen aan de deelnemers worden gesteld ter verdieping en verduidelijking. Bij iedere vervolgronde wordt aangegeven wat de resultaten uit de eerdere vragenronde(n) waren, zodat duidelijk is wat de aanleiding vormt voor de vraag. Daarnaast krijgen de deelnemers op deze manier gelegenheid kennis te nemen van elkaars meningen en kunnen zij zo nodig hun eigen mening herzien (Landsheer et al, 2003). Gezien het tijdsbestek vinden in totaal drie vragenronden plaats waarbij gestreefd wordt naar saturatie van de onderzoeksgegevens.

Doorgaans is het doel van deze dataverzamelingsmethode dat consensus wordt bereikt binnen het expertpanel. In dit onderzoek staat het bereiken van consensus echter niet centraal. Het doel is dat zoveel mogelijk informatie verkregen wordt over de beleving van verpleegkundigen in de ambulante GGZ met betrekking tot de ervaren administratieve lasten.

2.3 METHODE VAN DATA-ANALYSE

2.3.1 LITERATUURSTUDIE

Voor een goede data-analyse is het van belang dat er structuur wordt aangebracht in de verzamelde literatuur. De verzamelde literatuur ter beantwoording van de eerste deelvraag wordt samengevat, waarbij de thema's die genoemd zijn bij de dataverzameling apart worden beschreven. De belangrijkste thema's worden weergegeven in een hoofdstuk van het onderzoeksverslag en de overige thema's worden opgenomen in een bijlage.

2.3.2 EXPERTPANEL

Vooraf aan de gegevensanalyse wordt de verkregen informatie vanuit het expertpanel gestructureerd. Alle beantwoorde vragenlijsten worden geanonimiseerd en gecodeerd. Op deze manier is de informatie beschikbaar, zonder dat deze direct te herleiden is naar de deelnemende personen. Na iedere vragenronde worden de beantwoorde vragenlijsten nauwkeurig doorgelezen. Hierbij vindt de eerste reductie plaats: er wordt gekeken naar de relevantie van de informatie aan de hand van de hoofd- en deelvragen, niet-relevantie informatie wordt niet geanalyseerd. (Baarda et al, 2009).

Vervolgens worden de teksten opgedeeld in fragmenten, welke de analyse-eenheden vormen (Verhoeven, 2007, Baarda et al, 2009). Hoewel afbakening van de fragmenten minder helder kan zijn dan wanneer zinnen of regels gebruikt worden, is voor deze structurering gekozen omdat informatie over meerdere zinnen verspreid kan staan. Bij de fragmentatie wordt gestreefd naar het vormen van fragmenten die slecht over één onderwerp gaan. Ieder fragment wordt voorzien van een label (steekwoord) dat representatief is voor de inhoud van het betreffende fragment. De labels moeten iets zeggen over een individu, situatie, groep of proces. De onderzoeksvraag en de doelstelling vormen het uitgangspunt bij het opstellen van de labels. Wanneer in één fragment meerdere aspecten genoemd worden die betrekking hebben op het onderwerp zijn meerdere labels mogelijk.

Onder ieder label worden de betreffende citaten vermeld, waarbij het van belang is dat het duidelijk is waar het over gaat zonder dat het citaat ingebed is de context (Baarda et al, 2009). Bij elkaar passende labels worden gegroepeerd onder één thema. Dit gebeurt op basis van inhoudelijke

verwantschap, gezien de beschrijvende hoofdvraag van het onderzoek (Baarda et al, 2009). Op dezelfde wijze worden de verschillende thema's vervolgens ondergebracht in enkele kernthema's. Op deze manier ontstaat een labelstructuur die bestaat uit labels, thema's en kernthema's. Aan de hand van deze kernthema's worden de resultaten beschreven in het onderzoeksverslag. Hierbij worden de (kern)thema's gedefinieerd, waarbij gekeken wordt naar de dimensies en ladingen die bij het (kern)thema horen zodat de reikwijdte duidelijk is (Baarda et al, 2009).

Om tot beantwoording van de deelvragen te komen wordt gekeken hoe belangrijk de verschillende labels, thema's en kernthema's zijn. Dit wordt gedaan door te kijken naar de frequentie waarin deze voorkomen. Om na te gaan in welke zin zij belangrijk zijn, wordt bij de verschillende labels en thema's aangegeven of zij een positieve of een negatieve lading hebben.

2.4 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Betrouwbaarheid wordt door Verhoeven (2007) omschreven als de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Toevallige fouten zijn kleine afwijkingen als gevolg van menselijk handelen. Deze fouten kunnen bijvoorbeeld optreden door verkeerde interpretatie van gegevens. Bij validiteit gaat het volgens Verhoeven om het uitsluiten van systematische fouten in de onderzoeksuitspraken. Validiteit is onmisbaar bij het onderzoeken, het is belangrijk dat gemeten wordt wat gemeten moet worden.

2.4.1 BEGRIPSDEFINIËRING

Om de betrouwbaarheid binnen dit onderzoek te vergroten wordt vooraf een begripsdefiniëring opgesteld, zodat afwijkingen in begripsinterpretatie worden voorkomen. Het doel hiervan is een helder en eenduidig gebruik van begrippen en definities door de onderzoekers en door de panelleden.

2.4.2 POPULATIE

De onderzoekspopulatie is beperkt tot Midden-Nederland. Deze afbakening is gemaakt zodat de kans groter is dat het aantal panelleden representatief is voor de desbetreffende regio en zodoende wordt de kans op betrouwbare conclusies verhoogd. Gestreefd wordt naar diversiteit in de onderzoekspopulatie door personen vanuit verschillende instellingen/organisaties deel te laten nemen aan het expertpanel. Het vereiste dat de deelnemers minimaal één jaar werkervaring dienen te hebben verhoogd de kans op bruikbare informatie van deskundigen.

Een aandachtspunt bij de Delphi-methode is dat deskundigen vaak druk bezet zijn en niet altijd tijd vrij kunnen maken om mee te werken aan een onderzoek. Het gevolg kan zijn dat tijdens het

onderzoek uitval van deelnemers voorkomt (Landsheer et al, 2003). Om dit zo veel mogelijk te voorkomen worden vooraf duidelijke afspraken gemaakt met betrekking tot reactietermijnen en participatie. Daarnaast wordt uitleg gegeven over het belang van het onderzoek en de daaruit voortkomende uitkomsten met als doel de deelnemers te motiveren.

2.4.3 LITERATUURSTUDIE

De bruikbaarheid van de literatuur wordt bepaald door na te gaan of de informatie antwoord geeft op (een deel van) de deelvraag. Daarnaast dient de literatuur (wetenschappelijk) onderbouwd te zijn en zo recent mogelijk.

2.4.4 EXPERTPANEL

Zoals eerder beschreven, worden volgens de Delphi-methode de uitkomsten van een eerdere vragenlijst verwerkt en geanalyseerd, zodat een volgende vragenlijst kan worden opgesteld. Hierbij worden de resultaten van de verschillende panelleden met elkaar vergeleken. Wanneer relevant voor het onderzoek zullen verschillen en opvallende uitkomsten meegenomen worden in een volgende vragenlijst, zodat andere panelleden daarop kunnen reageren. Op deze manier wordt de betrouwbaarheid van de uiteindelijke uitkomst verhoogd. Om wederzijdse beïnvloeding te voorkomen zijn de leden van het expertpanel anoniem voor elkaar en is gekozen voor het stellen van schriftelijke vragen via de e-mail om meningen aan elkaar voor te kunnen leggen. Een belangrijk kenmerk van de Delphi-methode is namelijk dat de panelleden worden beschermd tegen sociale druk en dat iedere deelnemer vrijelijk eigen standpunten en argumenten kan formuleren. Daarnaast wordt voorkomen dat in een face to face groepsdiscussie deelnemers overheersen of juist terughoudend zijn in het geven van hun mening. In dit onderzoek wordt de discussie via de onderzoekers gevoerd. Zij dragen zorg voor het inventariseren van meningen, het aanscherpen van mogelijke tegenstellingen en het onder één noemer brengen van overeenstemmende meningen (Landsheer et al, 2003).

Aangezien de onderzoekers de centrale personen zijn voor communicatie richting de panelleden, bestaat het risico dat de onderzoekers de panelleden beïnvloeden. Dit kan zowel in de wijze waarop informatie over een eerdere ronde wordt verstrekt als in het stellen van nieuwe vragen (Landsheer et al, 2003). De vragen die gesteld worden aan het expertpanel worden daarom vooraf aan iedere vragenronde bekritiseerd door een deskundige die geen deel uitmaakt van de onderzoekspopulatie. Hierbij worden de resultaten uit de eerdere ronde verstrekt, zodat de externe persoon de aanleiding voor de vraagstelling kan nagaan. Daarnaast wordt op deze manier nagegaan of de vragenlijst begrijpelijk is en of de vragen zo gesteld zijn dat de informatie verkregen wordt die gewenst is.

Alle deelnemers van het expertpanel zullen eenzelfde vragenlijst op hetzelfde moment ontvangen. De antwoorden die de leden van het expertpanel geven op de gestelde vragen zullen bewaard worden voor mogelijke heranalyse door andere onderzoekers.

2.4.5 LABELEN EN ANALYSEREN

Zoals beschreven in de methode van data-analyse worden de gegevens die verkregen worden vanuit het expertpanel geanalyseerd door te labelen. Er wordt doorgegaan met labelen totdat de labelstructuur verzadigd is en zich geen nieuwe labels meer voordoen. Door de ontstane labelstructuur bij alle vragenlijsten toe te passen wordt nagegaan of het labelsysteem geldig is. Een gevaar bij het labelen is interpretatie door de persoonlijke mening van de onderzoeker. De intersubjectiviteit wordt gecontroleerd door een onafhankelijk persoon een of meerdere vragenlijsten te laten labelen. Daarnaast worden verschillende vragenlijsten door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar gelabeld waarna vervolgens overeenstemming bereikt dient te worden.

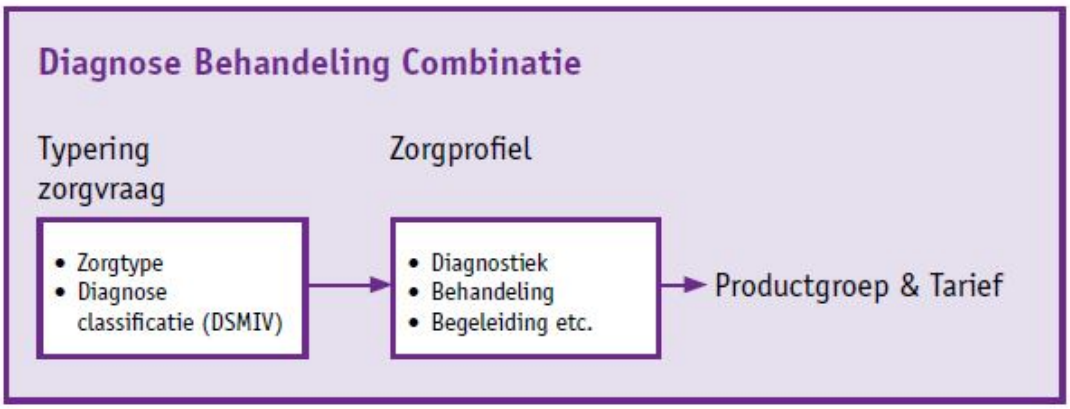
HOOFDSTUK 3 LITERATUURSTUDIE DBC

Dit hoofdstuk vormt het antwoord op de eerste deelvraag: *Wat houden DBC's in voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen?* In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat een DBC is en op welke manier de registratie volgens de DBC-systematiek plaatsvindt. In de bijlage wordt de geschiedenis van de DBC-systematiek beschreven. Daarnaast zijn in de bijlage enkele afbeeldingen ter verduidelijking opgenomen.

3.1 DE DBC

De Diagnose Behandeling Combinatie is een declaratiemethode waarmee de zorgverlener de geleverde zorg declareert bij de zorgverzekeraar. Daarnaast heeft het als doel de zorg transparant te laten zijn zodat goede, betaalbare, veilige en innovatieve zorg gegarandeerd kan worden. Transparantie betekent het kunnen beschikken over de juiste prestatie- en kwaliteitsinformatie, op het juiste detailniveau en op het juiste moment (www.dbconderhoud.nl). Een DBC bevat alle zorg die een cliënt krijgt in het kader van één primaire diagnose. De DBC-registratie maakt geen deel uit van de directe zorg aan de cliënt.

Zoals de naam Diagnose Behandeling Combinatie weergeeft, worden binnen de registratie drie fasen onderscheiden: Diagnose en typering (bepalen van de zorgvraag), Behandeling en Combinatie. Voor de invulling van een DBC zijn vier verschillende codes ontwikkeld. De codes staan voor het zorgtype, de hoofdgroepdiagnose, klinische verblijfdagen en de behandelgroep. Deze vier codes samen vormen de prestatiecode. Met behulp van deze prestatiecode kan de DBC gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.



Figuur 1 Het DBC-proces (Uit: DBC: zo doe je mee!)

3.2 DBC-ONDERHOUD EN DE DBC-SYSTEMATIEK

De DBC's in de GGZ vallen sinds 1 juli 2008 onder verantwoordelijkheid van DBC-Onderhoud (zie bijlage). Er zijn twee systematieken ontwikkeld door DBC-Onderhoud, namelijk een DBC-systematiek voor de somatische zorg en een DBC-systematiek voor de geestelijke gezondheidszorg. De DBC-systematiek voor de GGZ is van toepassing op de tweedelijns curatieve GGZ en geldt voor zowel ouderen, als kinderen, als volwassenen.

De pakketten die DBC-Onderhoud ontwikkelt voor de GGZ moeten door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden goedgekeurd, waarna ze worden uitgeleverd aan de gebruikers. De DBC's in de GGZ worden jaarlijks geactualiseerd, waarbij gesproken wordt met de verschillende branchepartijen[1], de zorgverzekeraars[2] en de overheid[3].

DBC-Onderhoud heeft één systematiek ontwikkeld waarin alle GGZ-DBC's zijn ondergebracht. Deze systematiek bestaat uit een aantal tabellen en instructies en heeft als doel het overzichtelijk en transparant maken van het werken met DBC's in de verschillende stadia van het zorgproces. De tabellen en instructies vormen eveneens de regels waaraan softwareleveranciers zich dienen te houden bij het ontwikkelen van DBC-registratiesystemen. Iedere zorgaanbieder heeft de keuze voor een eigen softwareleverancier en daarmee een eigen softwaresysteem. Met behulp van de instructies van DBC-Onderhoud wordt de geleverde zorg in de vorm van DBC's geregistreerd en gedeclareerd.

De DBC-systematiek in de somatische zorg bestaat uit een A-segment met daarin vastgestelde tarieven en een B-segment waarin vrije prijsvorming mogelijk is door onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars. In de GGZ DBC-systematiek is er (nog) geen sprake van een A- en B-segment.

3.3 REGISTRATIE VOLGENS DE DBC-SYSTEMATIEK

3.3.1 DIAGNOSE EN TYPERING

De aanmelding bij een instelling vormt de start van het zorgtraject van een cliënt. Het zorgtraject omvat alle handelingen die verricht worden in het kader van één primaire diagnose. Op het moment dat het eerste (directe of indirecte) cliëntgebonden contact door een behandelaar plaatsvindt wordt

[1] Onder andere: GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten

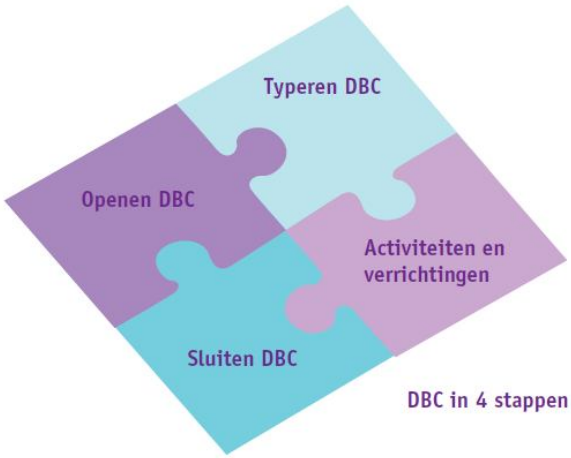
[2] Zorgverzekeraars Nederland (ZN), College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

[3] Ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

de DBC geopend. Dit kan later zijn dan de startdatum van het zorgtraject. Een DBC heeft een maximale looptijd van 365 dagen. Indien de behandeling dan nog niet is beëindigd, kan er na het sluiten van de DBC een vervolg-DBC geopend worden.

De hoofdbehandelaar is bij het openen van een DBC verantwoordelijk voor de zogenoemde typering, met behulp van de Typeringslijst die is opgesteld door DBC-Onderhoud. De typering bestaat uit het vaststellen van identificatiegegevens, het bepalen van het zorgtype en het stellen van de diagnose volgens de DSM-IV classificatie. Alle in de wet BIG-geregistreerde beroepen die bevoegd en bekwaam zijn om cliënten te classificeren volgens de DSM-IV en die opgenomen zijn in de DBC-beroepentabel - eveneens opgesteld door DBC-Onderhoud - hebben de mogelijkheid patiënten te typeren[4]. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het volledig en juist invullen van de DBC-typering.

De registratie van het zorgtype beschrijft de aanleiding waarom de cliënt in zorg komt, bijvoorbeeld op basis van een rechterlijke machtiging of een acute opname. Hierbij wordt gekeken of de cliënt al eerder in zorg is geweest, om na te gaan of er een initiële (eerste) DBC moet geopend worden of een vervolg-DBC.



Figuur 2 DBC in 4 stappen (Uit: DBC: zo doe je mee!)

Na deze typering wordt de primaire diagnose gesteld, waarbij gebruikt wordt gemaakt van de assen zoals beschreven in de DSM-IV. De DBC-systematiek sluit aan bij de spelregels die gelden bij het gebruik van de DSM-IV. De hoofdbehandelaar bepaalt wat de primaire diagnose van de DBC is met behulp van As 1 (klinische stoornissen) en As 2 (persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke handicaps). Op As 3 binnen de DSM-IV classificatie worden somatische aandoeningen vastgelegd die mogelijk een relatie hebben met de psychische stoornis op As 1 of As 2 (niet oorzakelijk) en die van invloed zijn op de behandeling van de As 1- of As 2-stoornis. Op As 4 worden de psychosociale factoren en omgevingsfactoren geregistreerd, als deze een duidelijk zorgverzwarende factor zijn in de behandeling van de primaire diagnose waarvoor de DBC is geopend. Op As 5 wordt de GAF-score driemaal geregistreerd, namelijk de score op het moment van de start van de DBC, de score van de voorgaande 365 dagen en de score bij de einddatum van de DBC. Op deze manier wordt het globale functioneren van de cliënt in kaart gebracht (www.dbconderhoud.nl).

[4] Dit zijn de Psychiater, Psychotherapeut en Klinisch (neuro)psycholoog

Een DBC gaat altijd uit van één primaire diagnose. Hierbij kunnen bijkomende diagnoses die zorgverzwarend werken als nevendiagnosen geregistreerd worden. Tussentijds bijstellen van de primaire diagnose is mogelijk, mits deze in dezelfde hoofdgroep van de diagnoseclassificatie van DSM-IV ligt. Als dit niet het geval is wordt de DBC gesloten en een nieuw DBC geopend. Wanneer de hoofdbehandelaar meerdere stoornissen/diagnosen concludeert kan het nodig zijn meerdere DBC's met verschillende primaire diagnoses tegelijk te openen. Er mogen maximaal drie DBC's parallel aan elkaar open staan.

3.3.2 BEHANDELING

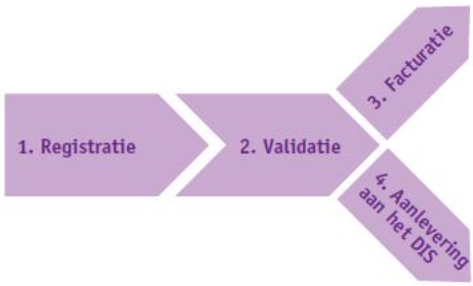
Elke activiteit die wordt verricht binnen de behandeling van de patiënt wordt geregistreerd met behulp van codes. Daarbij wordt aangegeven hoeveel tijd de activiteit heeft gekost. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen directe (bijv. face-to-face contact) en indirecte patiëntgebonden tijd (bijv. verslaglegging). Bij de activiteiten gaat het om medische handelingen (onderzoek, therapie) en ondersteunende activiteiten van verpleegkundigen. Het is mogelijk dat verschillende disciplines hun aandeel in de behandeling registreren in de DBC van een cliënt, mits de activiteit aan het juiste beroep gekoppeld wordt. Om een activiteit in een DBC te mogen registreren moet deze namelijk verricht worden door een professional van wie het beroep opgenomen is in de DBC-beroepentabel. In de lijst Activiteiten & Verrichtingen - opgesteld door DBC-Onderhoud - staan de activiteiten en verrichtingen vermeldt die geregistreerd mogen worden.
Het uitgangspunt bij de DBC-registratie is dat de werkelijk bestede tijd geregistreerd dient te worden. Om de registratielast te verminderen heeft een instelling echter de vrijheid om de registratie zo effectief en efficiënt mogelijk in te vullen. De instelling kan er bijvoorbeeld voor kiezen de DBC-registratie te koppelen aan het EPD. Verder mag de instelling instellingseigen standaardtijden gebruiken. De instelling is daarbij wel verantwoordelijk om deze standaardtijden up-to-date te houden.

3.3.3 COMBINATIE

Zodra een DBC gesloten wordt gaat de DBC door naar de validatie. In ieder softwaresysteem zitten validiteitregels ingebouwd, die worden opgesteld door DBC-Onderhoud. Dit houdt in dat de DBC uitvalt wanneer de registratie niet volledig en/of juist is ingevuld.
Indien de DBC juist is ingevuld, kan de nota worden opgemaakt. De DBC gaat door een zogenoemde 'Beslisboom' (opgesteld door DBC-Onderhoud, zie bijlage) waardoor wordt berekend in welke productgroep de DBC valt. Onder één hoofddiagnose vallen verschillende productgroepen met een

bijbehorende tijdsklasse. De Beslisboom gaat na op welke hoofddiagnose de DBC is gebaseerd en kijkt aan de hand van de geregistreerde tijd in welke tijdsklasse de DBC valt.

Aan iedere productgroep is een tarief gekoppeld, welke is bepaald door de NZa. Hierbij is uitgegaan van een gemiddelde kostprijs van de DBC's binnen één productgroep (zie bijlage). Dit tarief wordt tenslotte door de zorgleverancier gedeclareerd bij de betreffende zorgverzekeraar. Daarnaast worden de gegevens van de gedeclareerde DBC doorgestuurd naar de database DIS (DBC Informatie Systeem). In deze database worden gegevens verzameld die nodig zijn voor het onderhouden van de DBC-systematiek en het inspelen op ontwikkelingen.



Figuur 3 Van registratie tot facturatie/DIS (Uit: DBC: zo doe je mee!)

3.4 BETROKKENEN BIJ DE DBC-SYSTEMATIEK

Hieronder volgt een korte weergave van de partijen die betrokken zijn bij DBC's en hun belangen bij deze systematiek.

3.4.1 DE OVERHEID

De overheid streeft naar een kwalitatief hoogstaande en kostenefficiënte zorgsector. Voor het ministerie van VWS is het belangrijk dat de DBC's leiden tot transparantie, marktwerking en prestatiegerichte bekostiging van de zorg, zodat van een centraal sturingsmodel overgegaan kan worden naar een decentraal sturingsmodel (Zuurbier & Krabbe-Alkemade, 2007). Door marktwerking worden de zorginstellingen gestimuleerd zo efficiënt en effectief mogelijk te werken.

3.4.2 DE ZORGVERZEKERAAR

DBC's zijn een onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Het doel van de DBC-systematiek is, volgens Zorgverzekeraars Nederland, *"het streven naar een werkend en stabiel productsysteem ter ondersteuning van de zorginkoop en het transparant maken van het zorgaanbod"* (www.zn.nl). Door meer transparantie kan de financiering van zorg beter afgestemd worden op de werkelijke kosten. Zorgverzekeraars onderhandelen in de toekomst steeds meer met zorgverleners over de prijs en kwaliteit van het zorgaanbod. Hierbij hebben zij de mogelijkheid zich te onderscheiden op de markt. De zorgverzekeraar zoekt naar een lage schadelast en wil hoge kwaliteit zo voordelig mogelijk inkopen.

3.4.3 DE ZORGVERLENER

De DBC's bieden informatie waarmee zorgverleners kunnen sturen op kwaliteit en efficiëntie. De systematiek is dus niet alleen een beleidsinstrument op macroniveau, maar ook een bron van sturingsinformatie op het niveau van de zorginstelling. Zorgverleners krijgen uiteindelijk meer ruimte om de zorg naar eigen inzicht te organiseren (www.dbconderhoud.nl).

3.4.4 DE CLIËNT

Zorgverzekeraars Nederland stelt dat cliënten verlangen naar een tijdige levering van zorg, keuzevrijheid, variatie in het aanbod en een klantgerichte instelling (www.zn.nl). Cliënten kunnen door de DBC's informatie verkrijgen en deze gebruiken om de zorg (vraag en aanbod) te vergelijken. De cliënt heeft op deze manier keuzevrijheid en kan zo zelf goed geïnformeerd kiezen voor de zorg die hij geleverd wil zien (www.dbconderhoud.nl).

HOOFDSTUK 4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die verkregen zijn door middel van beantwoording van de vragenlijsten door de expertpanelleden. Daarmee wordt antwoord gegeven op de tweede en derde deelvraag. Omdat oorzaak en gevolg moeilijk te scheiden zijn is ervoor gekozen de resultaten van de tweede en derde deelvraag samen te nemen. Op basis van deze gegevens worden in het volgende hoofdstuk conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

Binnen de regio Midden-Nederland zijn ruim twintig GGZ-instellingen benaderd die ambulante zorg verlenen aan volwassenen. Deze instellingen zijn benaderd met de vraag of zij een verpleegkundige willen laten deelnemen aan het expertpanel. Uiteindelijk hebben drie verpleegkundig specialisten, zeven sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en een ambulant verpleegkundige deelgenomen[5] aan het expertpanel. Binnen deze populatie waren twee panelleden daarnaast als deskundige betrokken namens een beroepsorganisatie. Na de eerste ronde hebben twee verpleegkundigen zich teruggetrokken uit het onderzoek, waardoor het expertpanel is gereduceerd tot negen leden. De gegevens van de verpleegkundigen die zich na de eerste ronde hebben teruggetrokken uit het onderzoek zijn wel meegenomen in de resultaten.

Alle verpleegkundigen geven aan in meerdere of mindere mate administratieve last te ervaren. De administratieve lasten betreffende de DBC-systematiek zijn hier een onderdeel van. De factoren die de ervaren lasten rondom de DBC-systematiek verlagen dan wel verhogen worden beschreven aan de hand van de thema's 'De DBC-registratie', 'De zorginstelling' en 'De zorgverzekeraar en overheid'.

4.1 DE DBC-REGISTRATIE

Dit kernthema beschrijft de registratie die nodig is voor de DBC-systematiek. Hierbij wordt ingegaan op de gebruiksvriendelijkheid van het registratiesysteem, de waardering van de DBC-registratie en de betrouwbaarheid en validiteit van het registreren.

4.1.1 GEBRUIKSVRIENDELIJKHEID REGISTRATIESYSTEEM

Dit thema beschrijft welke positieve en negatieve ervaringen de panelleden hebben met de gebruiksvriendelijkheid van het registratiesysteem. Veel panelleden geven aan dat het functioneren van het registratiesysteem een belangrijke factor is bij het ervaren van administratieve lasten.

[5] Verder aangeduid als verpleegkundigen of panelleden

TEVREDENHEID SYSTEEM

Verschillende panelleden geven aan tevreden te zijn over de gebruiksvriendelijkheid van het systeem. Een panellid geeft aan dat in zijn instelling het systeem van te voren goed is opgezet en geïntroduceerd en het "*systeem hier in ieder geval optimaal is geregeld door de automatisering/zorgadministratie, zodat we er minimaal last van hebben als hulpverleners".* Een ander geeft aan dat de "*grootste kinderziektes"* uit het systeem zijn. Er zijn verschillende panelleden die aangeven dat het registeren inmiddels minder tijd kost doordat zij eraan gewend zijn geraakt. Een panellid zegt: *"als het systeem maar stabiel is neem je het op in de dagelijkse routine"*. Panelleden zeggen verder dat het tijd bespaard wanneer ze de codes die nodig zijn bij de registratie uit het hoofd weten. Deze codes kunnen tussentijds wijzigen, maar de meeste panelleden geven aan hier nauwelijks last van te ondervinden. Eén panellid ervaart dit wel als last doordat het extra tijd kost om nieuwe codes op te zoeken. Ook geeft dit panellid aan dat er een te groot aantal codes is.

DISFUNCTIONEREN SYSTEEM

Een aantal panelleden geeft aan dat ze zouden kunnen leven met de registratie als het niet teveel tijd kost en er een helder systeem is. Dit is echter lang niet altijd het geval, veel van de panelleden geven namelijk aan problemen te ervaren met het systeem. Zo geven verschillenden aan dat het systeem nogal eens vastloopt en/of uitvalt, soms met het gevolg dat gegevens verloren gaan. Verder geven panelleden aan dat het systeem onhandig, langzaam, ingewikkeld, onvolledig qua mogelijkheden, onoverzichtelijk, weinig praktisch, niet gebruiksvriendelijk, zeer traag is en dat er regelmatig gebreken in zitten. Enkele panelleden geven verder aan dat ze niet altijd de juiste diagnose kunnen vinden in het systeem. Eén van hen noemt daarbij: *"Dat merk ik vooral bij het invoeren van de diagnose op As III. Somatiek die eventueel een grote rol speelt kan ik vaak niet eens kwijt in de classificatie."*

Het systeem loopt regelmatig vast en er verdwijnen soms complete intakes en dossiers!

Een ander panellid geeft aan: *"Als het systeem niet werkt ligt het hele bedrijf plat. We zijn compleet afhankelijk van het computersysteem geworden."* Een aantal panelleden geeft aan dit te herkennen. Dit disfunctioneren van het computersysteem in de instelling heeft namelijk gevolgen voor de DBC-registratie en is één van de redenen waardoor de registratie veel tijd kost. Ook andere redenen worden genoemd, zo zegt een panellid: *"Het gaat niet om simpele maar om veelal gecompliceerde zorg(vragen) met vele variabelen."* Andere panelleden geven aan dat de administratieve handelingen minder en efficiënter kunnen. Zo vindt een panellid het wenselijk dat er een herhalingspatroon in het systeem ingesteld wordt zodat niet steeds "*dezelfde klikken"* uitgevoerd hoeven te worden.

ONTWIKKELING EN ONDERHOUD SYSTEEM

Een panellid benoemt dat professionals van de werkvloer niet voldoende betrokken worden bij de ontwikkeling van het systeem. Bijna alle panelleden geven aan het hiermee eens te zijn. Zo reageert een panellid als volgt: "*Software wordt ontwikkeld door programmeurs die vaak (te) ver van het uitvoerende werk staan".* Ook worden volgens een panellid regelmatig aanpassingen gedaan in het systeem, *"echter veelal op basis van de DBC financiering. De frequentie van aanpassingen zijn bovendien niet bij te houden en is voor professionals niet interessant (inhoudelijk ten behoeve van beroepsuitoefening)."* Een ander vindt het negatief dat er *"geen systeem voor feedback en verbetering van het systeem"* is.

4.1.2 WAARDERING DBC-REGISTRATIE

In de DBC-systematiek is het een vereiste dat alle activiteiten die ten behoeve van de cliënt worden uitgevoerd worden geregistreerd. Onder dit thema wordt beschreven hoe de panelleden deze registratie ervaren.

VOOR- EN NADELEN REGISTRATIE

Enkele panelleden vinden de registratie ten behoeve van de DBC's geen probleem. Zo geeft iemand aan dat het eigenlijk een onderdeel is van professioneel werken en dat op deze manier het werk inzichtelijk gemaakt kan worden. Een ander zegt hierover: "*Kost veel tijd natuurlijk. Maar is wel duidelijk voor iedereen wat er gebeurt met alle cliënten. Dus dat vind ik wel goed."* Een ander zegt: *"Op zich vind ik registratie wel wenselijk, immers hieruit wordt ook mijn salaris betaald".* Er is echter ook een panellid dat aangeeft dat er teveel verantwoord moet worden en dat soms een mondelinge afspraak afdoende zou moeten zijn.

> *"Het registreren van tijd is een noodzakelijk kwaad. Groot nadeel is, dat hierdoor nog meer administratieve druk is komen te liggen bij de hulpverleners."*

Veel panelleden geven aan dat het registeren veel administratieve druk veroorzaakt waardoor het als last wordt gezien. Zo worden de termen *"extra rompslomp"*, *"hausse aan administratie"* en *"noodzakelijk kwaad*" genoemd. Een panellid geeft aan dat met name in de langdurige zorg sprake is van piekbelasting omdat veel DBC's in hetzelfde tijdsvlak gesloten en opnieuw geopend moeten worden. Een ander benoemt dat de registratie een stuk werkvreugde wegneemt, weer een ander ervaart werkdruk door de registratie op te schuiven en soms na sluitingstijd nog bezig te zijn. Er is echter ook een panellid dat zegt dat het belangrijk is dagelijks de DBC-handelingen te verrichten *"en niet één keer per week, want dan moet je dingen met terugwerkende kracht doen en dit kost dan wel weer meer tijd".* In de praktijk is het echter niet altijd haalbaar om dagelijks te registreren omdat in

de ambulante GGZ veel huisbezoeken worden afgelegd. Bij veel instellingen ontbreekt de mogelijkheid buiten de instelling digitaal te registreren.

De hoeveelheid administratie is niet altijd bij te houden en kan gevolgen hebben voor de cliënt. Aan het eind van het jaar moeten de DBC's van cliënten waarbij de zorg gestopt is, afgesloten zijn. Indien dit niet gebeurd krijgt de cliënt volgens een panellid "*het volgende jaar een rekening, waardoor hun eigen risico weer wordt aangesproken".*

Verschillende panelleden geven aan dat de registratie met het oog op de bekostiging door de zorgverzekeraars en de transparantie van zorg een vereiste is. Zij geven hierbij aan de registratie als last te ervaren omdat de registratie niet ten behoeve is van de zorg en de cliënt geen baat heeft bij de registratie. Zo zegt een panellid: *"Ik heb het idee dat ik het registeren dus eigenlijk voor een ander doe en dat dit soms ten koste kan gaan voor de aandacht op cliëntenzorg. Er wordt naar mijn idee niet meer gekeken naar de beste zorg, maar de goedkoopste zorg."*

> *" De DBC-registratie levert veel rompslomp op, wat afgaat van de werkelijke tijd die je aan hulpverlening besteed."*

Een ander geeft aan dat de registratie complex is door het inzagerecht van de patiënt in de verslaglegging.

De DBC-registratie is meestal gekoppeld aan het EPD. Een panellid zegt dat hij geïrriteerd is vanwege de registratie in het EPD omdat *"het volgepropt zit met allerlei administratieve handelingen".* Een ander noemt dat het dossier *"een grote brei is waar iedereen informatie in propt, wat onoverzichtelijk wordt en waar niets mee gebeurd".* Een klacht die verschillende malen terugkomt is dat meerdere manieren van registratie tegelijkertijd gehandhaafd worden binnen de instelling. Zo zegt iemand: *"Mijn afspraken staan op drie plaatsen: eigen agenda (papier), elektronisch in het EPD en ter controle voor de secretaresse op een papieren DBC-agenda."*

Diverse panelleden geven dan ook aan de koppeling tussen EPD en DBC's wenselijk te vinden. Eén panellid geeft aan dat het systeem *"gesmeerd loopt, sinds de registratie van tijd in de elektronische agenda gekoppeld is aan de verslaglegging via het EPD".* Een panellid spreekt de wens uit voor *"een eenduidig landelijk registratiesysteem, direct gekoppeld aan het rapportagesysteem".*

4.1.3 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID DBC-REGISTRATIE

Dit thema beschrijft allereerst de betrouwbaarheid en validiteit van de DBC-registratie in het algemeen. Vervolgens wordt ingegaan op de problemen die panelleden ervaren bij het stellen, invoeren en wijzigen van een diagnose volgens de classificatie van DSM-IV. Daarbij wordt beschreven welke gevolgen dit heeft voor de betrouwbaarheid en validiteit van de diagnostiek. Tot slot wordt aandacht geschonken aan gewenst diagnosticeren en registreren.

REGISTRATIE

Een panellid geeft aan dat het registratiesysteem opgebouwd is uit deelhandelingen, waardoor één fout in de registratie gevolgen heeft voor de rest van de keten. Ook enkele andere panelleden herkennen dit risico. Eén geeft aan: *"Soms maak ik mij hier zorgen over. Er komen soms dingen aan het licht die verkeerd geregistreerd zijn geweest."*

Uit de resultaten blijkt verder dat de rol van de manager van invloed is op de wijze van registratie en diagnostiek. Dit wordt verder behandeld bij 'DBC en kostenbeheersing'.

Verschillende panelleden geven aan niet alles te registreren. Hier worden verschillende redenen voor gegeven, bijvoorbeeld dat het vaak veel versnipperde tijd is of dat het teveel werk is om alles bij te houden. Zo geeft één van hen aan: *"Een deel van mijn tijd verantwoord ik niet en dat wil ik ook niet omdat dat alleen maar tijdrovend zal zijn."* Tot slot wordt als reden gegeven: *"niet alle zorg die geleverd wordt past in een DBC".* Zo is het bijvoorbeeld niet mogelijk om verschillende activiteiten die op hetzelfde moment zijn uitgevoerd ten behoeve van één cliënt te registreren binnen de DBC.

DIAGNOSE

Eén van de panelleden geeft aan de classificatiemethode DSM-IV beperkt te vinden: *"gezien de beperkingen die de DSM-IV op zich met zich meebrengt, kan ik mij wel voorstellen dat er altijd patiënten zullen zijn bij wie de diagnose niet perfect passend zal zijn".* Een ander panellid geeft aan dat *"het systeem om de classificatie volgens DSM-IV te koppelen aan de behandeling fout is, aangezien een diagnose niets zegt over de behandeling die nodig is".* Verschillende panelleden zijn het hier (gedeeltelijk) mee eens. Zo wordt aangegeven dat de behandeling per persoon verschilt, dat cliënten niet over één kam te scheren zijn en dat het probleem gereduceerd wordt van de cliënt tot een categorie.

> *"Een diagnose zegt weinig over wat iemand nodig heeft. Er zijn mensen die net niet voldoen aan een diagnose die veel hulp nodig hebben en mensen die een glasheldere diagnose hebben, die maar weinig hulp nodig hebben."*

Een ander panellid geeft het volgende aan: *"De fout zit niet in het gebruiken van de DSM-IV, maar in het gegeven dat geen van de bestaande classificatiesystemen de aard van de psychiatrische stoornis afdoende vertaald naar of een indicatie geeft van de behandeling die nodig is voor een optimaal functioneren. (…) Persoonlijk denk ik dat de psychiatrie met zijn wijze van het op de persoon aanmeten van een zorgaanbod, mogelijk onvoldoende wordt afgedekt met een DBC."*

Verschillende panelleden geven aan een diagnose nodig te hebben voor het kunnen behandelen van een cliënt en het openen van een DBC. Hierdoor voelen ze zich genoodzaakt snel een diagnose te stellen. Volgens verschillende panelleden kan de diagnose echter niet altijd direct gesteld worden.

Een panellid geeft aan: "*Ik werk met een doelgroep waarbij je niet in één keer kan spreken van één bepaalde vaststaande diagnose. Deze moet soms door middel van psychologisch onderzoek worden vastgesteld en hier kan dan zeker de nodige tijd overheen gaan*." Een ander panellid noemt dat onmiddellijke diagnostiek "*uitermate stigmatiserend*" werkt voor de cliënt. Vrijwel alle panelleden herkennen zich in het gevaar van stigmatisering door een te snelle diagnostiek. Zo geeft iemand aan: "*Dit stempel schrikt mensen enorm af en het voelt voor sommige cliënten als brandmerken.*" Anderen geven aan dat de snelheid van diagnosticeren onzorgvuldigheid tot gevolg heeft. Een panellid geeft aan: *"Het komt regelmatig voor dat we gewoon maar 'iets' moeten invullen om de DBC kloppend te krijgen, terwijl de diagnose eigenlijk nog niet duidelijk is*." Volgens een van de panelleden is "*dit een duidelijke aanwijzing dat de DBC's binnen de GGZ een niet geheel passende oplossing is voor de beschrijving van welke werkzaamheden er voor een patiënt wordt uitgevoerd*".

Slechts enkelen benoemen de mogelijkheid een voorlopige diagnose te stellen die later gewijzigd of bijgesteld kan worden. Een ander zegt dat het ook afhankelijk is hoe je er zelf mee omgaat en dat uitleg aan de cliënt bij het stellen van een (voorlopige) diagnose van belang is. Verder is er een panellid dat aangeeft: "*Ik ben van mening dat er collega's zijn die veel te rigide denken over het belang van een volledig correcte classificatie, het is geen exacte wetenschap*." Tot slot is er een panellid dat pleit voor een systeem waarbij het mogelijk is "*het eerste jaar (beargumenteerd) nog geen diagnose te stellen*".

GEWENST DIAGNOSTICEREN EN REGISTREREN

Verschillende panelleden geven aan dat zij het negatief vinden dat het DBC-systeem bedoeld is om de kosten te beheersen. Dit heeft gevolgen voor de betrouwbaarheid en validiteit van de registratie. Een panellid zegt hierover: *"Het is bedoeld om de kosten in de zorg beheersbaar te maken, maar dat gaat niet werken."*

Verder noemt een panellid de fraudegevoeligheid van het systeem en de mogelijkheid van het *"creatief diagnosticeren".* Wat hierbij een rol speelt is *"dat er betaald wordt aan de hand van de diagnose, wat niet overeenkomt met de werkelijkheid".* Zo geeft een panellid aan: *"Bezwaar is dat je een diagnose stelt omdat er dan pas betaald gaat worden. GAF-score is ook zoiets. Een lage GAF-score scoort beter blijkbaar!? We gaan er in mee, maar altijd eerlijk is het gewoon niet."* Veel panelleden herkennen zich in deze opmerking. Zo zegt iemand soms "*uit strategische overwegingen"* een zwaardere diagnose te geven. Deze persoon zegt verder:

> *"Ook wij scoorden eerst hoger op de GAF, maar op verzoek van de leidinggevende is dit inderdaad naar beneden bijgesteld omdat bij beëindiging contact cliënt de GAF score flink omhoog kan. Teken van goede behandeling? Geldkwestie..? Ik weet het niet. We doen het gewoon."*

"Je maakt wel een eerlijke afweging binnen een onrechtvaardig systeem als hulpverleners: bijvoorbeeld als een cliënt woonbegeleiding nodig heeft, zonder dat de diagnose helder te krijgen is, kan het zijn dat je toch bijvoorbeeld de diagnose PDD-NOS stelt, omdat dat recht geeft op een indicatie voor woonbegeleiding en de zorg die de cliënt nodig heeft." Volgens een ander panellid wordt er *"volop gerotzooid met de GAF-scores om de resultaten op te krikken. Geheel onbetrouwbaar en schadelijk voor een goede resultaatmeting van de behandeling."* Verschillende panelleden zeggen aan het begin van de behandeling een cliënt bewust een lage GAF-score te geven zodat "*bij uitschrijven het verschil tussen de begin- eindscore groot is. Deze gegevens gaan namelijk naar de zorgverzekeraar."* Daarbij wordt de rol van de manager of leidinggevende genoemd. Zo geeft een panellid aan: "*Ook wij scoorden eerst hoger op de GAF maar op verzoek van leidinggevende is dit naar beneden bijgesteld omdat bij beëindiging contact patiënt de GAF score flink omhoog kan."* Een ander zegt dat *"de cliënt tekort wordt gedaan door het 'iets' moeten invullen omdat er anders geen geld komt van de zorgverzekeraars".*

Ook andere panelleden geven aan dat de manager invloed uitoefent op de wijze van registratie en diagnostiek. Zo geeft een panellid aan: *"er bestaat een kans dat mensen registreren om er zo gunstig mogelijk uit naar voren te komen: anders krijg je een manager op je dak. Het systeem is daardoor fraudegevoelig".* Ook door één van de andere panelleden wordt aangegeven dat het systeem op dusdanige wijze is ingericht dat misbruik loont en controle lastig is. Het panellid geeft verder aan dat het voorkomt dat voor een cliënt een zwaardere DBC wordt ingekocht, maar deze cliënt de zorg niet ontvangt. Ook geeft een panellid aan dat het regelmatig gebeurt dat wanneer andere zorginstellingen hun budget/uren overschrijden bij de behandeling de patiënt doorverwezen wordt naar een andere instelling. Door een ander panellid wordt genoemd: "*als de administratieve afhandeling rondom het afsluiten van DBC's niet goed gebeurd, dan merken we dat weer in de budgetten".*

> *"Persoonlijk denk ik dat de psychiatrie met zijn wijze van het op de persoon aanmeten van een zorgaanbod, mogelijk onvoldoende wordt afgedekt met een DBC."*

4.2 DE ZORGINSTELLING

Onder dit kernthema wordt beschreven hoe de DBC-systematiek wordt gebruikt in de verschillende instellingen. Daarnaast wordt aangegeven welke ondersteuning binnen de instelling geboden wordt bij het gebruik van deze systematiek.

4.2.1 DBC-REGISTRATIE IN DE ZORGINSTELLING

CONTROLE

Sommige panelleden hebben te maken met het moeten registreren aan de hand van vastgestelde tijden in het systeem, terwijl in werkelijkheid de handeling meer of minder tijd kan kosten. Dit veroorzaakt soms onjuiste registratie. Andere panelleden geven aan dat het wel meevalt met fouten in de registratie. Sommigen geven aan dat in de instelling de DBC-registratie gecontroleerd wordt door het secretariaat of een programmacoördinator. Een panellid geeft aan: *"De tijd wordt door de werknemer zelf ingevoerd en 'geaccordeerd', controle geschied door het secretariaat en de manager."* Deze persoon werkt ook in een andere instelling, daar *"wordt de tijdregistratie door de werknemer samen met het secretariaat ingevoerd"*.

Uit de resultaten blijkt echter dat er ook een negatieve vorm van controle ervaren wordt. Verschillende panelleden geven namelijk aan dat ze op basis van de registratie verantwoording moeten afleggen aan de manager of leidinggevende. Zo zegt een panellid hierover: "E*r ontstaat een soort van voortdurende monitoring die meer gericht is op productie dan op de inhoud c.q. kwaliteit van de geleverde zorg!"* Dit panellid geeft verder aan dat hulpverleners *'afgerekend'* worden tijdens een beoordelingsgesprek als er een rekening/productie niet is afgewerkt en nog open staat. Een ander panellid ondervindt eenzelfde soort probleem: *"Op momenten dat ik taken uitvoer die niet in een DBC-activiteit passen kan ik deze ook niet verantwoorden. Hiervoor ben ik in het verleden al eens door een leidinggevende op het matje geroepen: alsof ik niets zou hebben gedaan (…) Zo gaat een registratie waarmee facturen worden opgemaakt een verschuiving maken naar een controlemiddel van een manager."* Een ander panellid geeft aan dat strakkere controle op de werkzaamheden van hulpverleners meer tijd kost dan het oplevert. Volgens één van de panelleden leggen verpleegkundigen zich neer bij de administratieve last omdat de registratie gekoppeld wordt aan het functioneren.

"Op momenten dat ik taken uitvoer die niet in een DBC-activiteit passen dan kan ik deze ook niet verantwoorden. Hiervoor ben ik in het verleden al eens door een leidinggevende op het matje geroepen: alsof ik niets zou hebben gedaan."

REGISTRATIEBEVOEGDHEID

Verschillende panelleden ervaren binnen de instelling problemen rondom bevoegdheden bij de registratie dat een negatieve invloed heeft op de gebruiksvriendelijkheid van het systeem. Vooral het invoeren en/of bijstellen van een diagnose wordt vaak genoemd. Volgens verschillende panelleden is er geen eenduidig beleid wat betreft bevoegdheid: men kan bij de ene cliënt zonder problemen een diagnose bijstellen of veranderen maar bij de andere cliënt niet. Een panellid zegt dat deze

willekeurigheid van bevoegdheid de registratie in het systeem lastig en onwerkbaar maakt. Eén van de panelleden zegt dat volgens de zorgverzekeraar de diagnose gewijzigd moet worden door een specialist, terwijl dit volgens het panellid ook onder supervisie kan worden uitgevoerd. Hij geeft verder aan dat dit voor de invoering van de DBC-registratie ook al wel gebeurde, maar door de procedures in het EPD en de regelgeving in de DBC's deze mogelijkheid helaas sterk beperkt is. Diverse panelleden geven aan dat het werk vereenvoudigd zou worden als zij zelf geautoriseerd zijn wijzigingen in te voeren in het systeem.

4.2.2 ONDERSTEUNING

Dit thema beschrijft welke ondersteuning de panelleden in de instelling ontvangen bij de registratie. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de communicatie over de DBC-systematiek en hoe deze gewaardeerd wordt.

SECRETARIËLE ONDERSTEUNING

Verschillende panelleden geven aan dat in de instelling ondersteuning is door het secretariaat bij de DBC-registratie. Veel panelleden zijn blij met deze ondersteuning omdat het secretariaat veel administratieve taken uit handen kan nemen. Een panellid noemt het secretariaat "*een grote steun bij handelingen en je kunt snel even wat vragen hoe iets moet*". Een ander geeft aan: "*Ik vind het prettig dat wij gewoon twee vaste personen hebben voor de ondersteuning, die je dus altijd aan kan spreken.*" Een derde panellid noemt een goede secretariële medewerker *"een spin in het web die mij veel kan leren en ondersteunen, door me al lerende wegwijs te maken in de registratie (die snel kan veranderen)"*. Tegelijkertijd wordt echter ook aangegeven dat het de administratieve last kan vergroten als het secretariaat druk uitoefent om administratieve handelingen af te ronden.

> *"De overige DBC-rompslomp wordt gelukkig vooral waargenomen door de secretaresse."*

Het is per instelling verschillend in hoeverre er gebruik gemaakt kan worden van het secretariaat. In sommige instellingen heeft de hulpverlener de keus om veel taken zelfstandig uit te voeren of om deze uit te besteden aan het secretariaat. In bepaalde instellingen heeft het secretariaat vooral een controlerende functie. Een panellid noemt een mogelijkheid die in de instelling wordt geboden: men kan één keer per maand samen met het secretariaat het EPD doornemen. Dit wordt erg gewaardeerd door het panellid*: "alle registratiefouten worden zichtbaar en er wordt gekeken naar verbeteringen. Dit zorgt voor een effectieve afhandeling, wat tijd kan besparen.*"

Niet iedereen is positief over de ondersteuning van het secretariaat. Zo geven verschillende panelleden aan het lastig te vinden administratieve taken uit handen te geven. Zij geven aan het

liever zelf te doen, maar soms niet geautoriseerd te zijn iets te wijzigen waardoor men zaken moet overlaten aan het secretariaat. Een panellid zegt over dit onderwerp: "*In verband met bevoegdheden ontstaan er soms problemen wie wat doet en wanneer."* Ook noemt men dat het extra tijd kost het secretariaat te vragen voor het doorvoeren van wijzigingen. Een panellid vindt het zelfs vervelend als anderen het doen *"omdat je later moet nakijken of het inderdaad goed gebeurd is door de administratieve krachten".* En: *"Je moet toch een korte beschrijving geven wat er in moet komen te staan. Doe ik het liever meteen zelf."* Een ander panellid vindt dit echter geen juiste werkhouding. "*Ik denk dat er sprake is van koudwatervrees. Vooral het accorderen van afspraken is een taak die prima door een secretaresse gedaan kan worden, maar er zijn wel meer van dat soort handelingen."* Over de vele administratie zegt het panellid vervolgens: *"Ik denk dat de verhouding zoek is geraakt en dat bepaalde aspecten ook prima door bijvoorbeeld een secretaresse uitgevoerd kunnen worden."*

> *"Het lastig vinden om taken uit handen te geven vind ik geen goede werkhouding voor een SPV-er die juist als een spin in het web de taken moet verdelen over andere ketenpartners en disciplines."*

Door één van de panelleden wordt aangegeven dat het secretariaat steeds minder tijd heeft voor de hulpverleners, doordat het secretariaat steeds meer tijd kwijt is aan het administreren van cliëntengegevens. Een ander geeft aan dat een secretaresse niet nodig is als het systeem "*praktischer en gebruiksvriendelijker*" zou zijn.

COMMUNICATIE OVER DBC-REGISTRATIE IN INSTELLING

In de derde vragenronde is gevraagd op welke wijze de communicatie over DBC's plaatsvindt binnen de instelling. De reacties zijn wisselend van aard. Zo zegt een panellid: "*Communicatie is slecht. Er is geen duidelijk kanaal waardoor gecommuniceerd wordt."* Een ander geeft aan *"geen communicatie is waardeloos voor de professional".* Er zijn echter ook panelleden die goede ervaringen hebben met de communicatie. Eén van hen geeft bijvoorbeeld aan dat er in de instelling eens per vier maanden bijscholing wordt gegeven over de DBC. Een ander zegt: *"De communicatie verloopt over het algemeen wel soepel en er is voldoende ondersteuning bij vragen en problemen."*

Verschillende panelleden zijn positief wat betreft het kunnen aangeven van klachten over de DBC-systematiek. Zo wordt aangegeven dat er tussentijdse evaluaties plaatsvinden. Iemand anders geeft aan dat gestreefd wordt naar verbetering van de registratie en de klachten bij een centraal persoon terecht komen. Er zijn echter ook een aantal panelleden die het omgaan met klachten negatief ervaren. Zo geeft een panellid aan dat klachten wel bij de manager komen, maar dat er weinig speelruimte is en een ander zegt: *"We merken niet altijd dat er iets meegedaan wordt. Frustrerend."*

Tenslotte merkt een panellid op dat het "*gewoon teveel tijd en energie kost om beleidsmatig zaken aan de orde te stellen. Het ligt me ook niet.*"

4.3 DE ZORGVERZEKERAAR EN OVERHEID

Onder dit kernthema wordt de rol van de zorgverzekeraar en de overheid bij de DBC-systematiek beschreven. Allereerst wordt ingegaan op de bekostiging van zorg door middel van deze systematiek en de rol van de zogverzekeraar hierin. Daarna wordt de rol van de overheid rondom de DBC-systematiek behandeld.

4.3.1 ZORGVERZEKERAAR

Dit thema beschrijft verschillende onderwerpen die te maken hebben met de bekostiging van zorg. De zorgverzekeraar speelt hierin een belangrijke rol. Aan de hand van de registratie wordt de declaratie voor de verleende zorg bepaald, dit wordt zowel positief als negatief gewaardeerd.

REGISTRATIE EN BEKOSTIGING

Verschillende panelleden geven aan dat ze de registratie van belang vinden in verband met de bekostiging. Eén van de panelleden geeft aan: "*Met de declaratie verder heb ik geen bemoeienis, ik moet alleen juist en volledig registreren*". Een ander geeft aan dat het goed is "*om meer inzicht te krijgen wat een behandeling nu precies behelst en of er per groep patiënten voorspellers zijn te identificeren waarmee de kosten kunnen worden begroot en eventueel ook bijgestuurd*". Weer een ander denkt dat de zorg niet zonder registratie kan, omdat een gedeelte van de zorg die de gemeente betaald in kaart gebracht moet worden. Verder wordt benoemd dat de registratie bewust maakt dat alles wat men doet geld kost. Ditzelfde panellid zegt: "*Ik speel het spel mee, zodat de instelling zoveel mogelijk geld kan krijgen om de zorg die we willen leveren te kunnen betalen.*"

> *"Ik heb het idee dat ik het registeren dus eigenlijk voor een ander doe en dat dit soms ten koste kan gaan voor de aandacht op cliëntenzorg. Er wordt naar mijn idee niet meer gekeken naar de beste zorg, maar de goedkoopste zorg."*

Eén van de panelleden vraagt zich echter af of de hoeveelheid administratie die de registratie met zich meebrengt in verhouding staat met de inzichten die het levert. Het panellid vraagt zich hierbij af of de geïnvesteerde tijd terug te vertalen is in doelmatigere en dus goedkopere zorg. Ook geeft een panellid aan dat er niet meer gekeken wordt naar de beste zorg, maar de goedkoopste. Dit wordt bevestigd door andere panelleden.

ZORGVERZEKERAAR EN BEKOSTIGING

Verschillende panelleden geven aan niet tevreden te zijn over de rol van de zorgverzekeraar. Zo vindt één van de panelleden het negatief dat de zorgverzekeraar eist meteen te diagnosticeren en te administreren. Veel panelleden vinden dat door de registratie de zorgverzekeraars te veel macht hebben gekregen. Een ander nadeel dat genoemd wordt is dat de achterdocht bij patiënten gestimuleerd wordt doordat instellingen gegevens moeten doorgeven aan de zorgverzekeraar.

Een van de panelleden geeft aan dat de kosten voor een DBC per instelling kunnen verschillen. Er kan namelijk met eenzelfde diagnose verschil zijn in behandeling tussen grote steden en kleine plaatsen. Het panellid geeft aan: "*het valt te bezien of in de GGZ de DBC's goed onderling vergelijkbaar zullen zijn*. (…) *Met gevolg dat wanneer zorgverzekeraars dit toch doen er een scheefgroei gaat ontstaan. Dan moeten de zorgleveranciers hun extra kosten ten opzichte van de anderen weer verdedigen. Nou ja, dan is de noodzaak en de functie van de DBC's mogelijk ook ver te zoeken."*

4.3.2 OVERHEID

De overheid speelt een rol bij de DBC-systematiek. Onder dit thema wordt ingegaan op het overheidsbeleid en de wet- en regelgeving betreffende de DBC-systematiek.

DOELEN DBC-SYSTEMATIEK

Veel panelleden zijn negatief over de rol van de overheid betreffende de DBC-systematiek. Zij geven bijvoorbeeld aan dat het beoogde doel van de overheid niet overeenkomt met de werkelijkheid en dat productie centraal staat en dit ten koste gaat van de kwaliteit. Een panellid zegt: *"Het is in het leven geroepen om kosten te besparen. Daarnaast is als argument ingebracht dat de zorg hierdoor transparanter wordt. Ik zie dit (nog) niet gebeuren."* Een ander panellid noemt dat "*vrijemarktprincipe, concurrentie, winstbejag/betaalbaarheid op de voorgrond staan, niet de zorg".*

> *"Zorg is geen economie, maar iets wat de samenleving gewoon geld kost, om die leefbaar te laten zijn, en menswaardig."*

Weer een ander geeft aan dat *"het systeem om de kosten te beheersen 'nog' niet bijdraagt aan de verbetering van kwaliteit van zorg. De zorg wordt er niet transparanter van zoals bij de invoering werd beoogd.*"

Er is een panellid dat zegt transparantie van zorg begrijpelijk en noodzakelijk te vinden. Volgens dit panellid zijn mogelijke voorspellers per groep patiënten te identificeren, waarmee de kosten begroot en zo nodig bijgestuurd kunnen worden.

De ver-economisering van de hulpverlening en het streven naar marktwerking wordt als negatief ervaren. Eén van de panelleden geeft aan het systeem en de marktwerking afgeschaft te willen

hebben. Een ander zegt: *"Gewoon terug naar lumb sum beleid ofwel de bekende CTG tarieven met deels betaling vooruit waardoor er weer lucht en ruimte is voor innovatie en financiële rust. Prikkels zijn geen probleem (marktwerking). Overprikkeling en voortdurende reorganisaties louter op basis van geld (lees overleven) wel. Zeer schadelijk voor de medewerkers (die als professional toch wel innovatief, kwalitatief en efficiënt werken)."* Ook wordt genoemd: "*Zorg is geen economie, maar iets wat de samenleving gewoon geld kost, om die leefbaar te laten zijn, en menswaardig. Alle marktwerking moet er direct uit wat mij betreft."*

CONTROLE DOOR OVERHEID

Veel panelleden kijken negatief aan tegen de controle die de overheid wil uitoefenen op de zorg. Iemand zegt: *"Er is geen vertrouwen meer in de politiek door neurotisch controlegedrag en totaal onbegrijpelijke bezuinigingen zoals de 3,5% bezuiniging door 'overproductie'? Eindelijk de GGZ goed bereikbaar (trendrapportages GGZ Nederland) en worden we hierop merkwaardig genoeg gekort?"* Een ander denkt "*dat het pure achterdocht is om een dergelijke controle in te willen bouwen. Ik zie niet hoe dit zorgt voor doelmatiger, goedkopere zorg."*

> *"De registratie is in het leven geroepen om kosten te besparen. Daarnaast is als argument ingebracht dat de zorg hierdoor transparanter wordt. Ik zie dit (nog) niet gebeuren."*

WET EN REGELGEVING

De wet en regelgeving maken de hulpverlening volgens panelleden complexer. Een panellid geeft aan dat de wijziging van regelgeving veel werkdruk en onrust geeft. Het zou volgens het panellid goed zijn als duidelijke landelijke richtlijnen komen over de DBC-registratie *"en niet dat iedere instelling voor een deel zelf het wiel uitvindt"*.

Verschillende panelleden geven veranderingen aan die zij wensen ten aanzien van de rol van overheid en haar invloed die zij uitoefent op de DBC-systematiek. Zo geeft een panellid aan dat bekeken kan worden welke regelgeving en registratie nut heeft voor de cliënt en zijn behandeling. Hierbij zou ook gekeken kunnen worden naar de werkbaarheid in de praktijk. Een ander panellid wenst van de overheid "*minder hokjesgeest en controle op controle, meer vertrouwen schenken aan hulpverleners"*. Dit panellid wil ook graag *"minder management, meer mensen op de werkvloer"* en *"meer tijd voor daadwerkelijke zorgverlening door minder (nodeloos) schriftelijke verantwoording".*

Eén van de panelleden heeft last van een slecht functionerend systeem in de instelling en wenst investering in ICT in de zorg. Tot slot geeft een panellid aan: *"Meer mensen vanuit de praktijk betrekken rondom veranderingen in de zorg en daar ook naar luisteren in plaats van ja knikken en er niks mee doen."*

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden de conclusies beschreven die op basis van de resultaten getrokken zijn. Vervolgens wordt beknopt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Aan het einde van het hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan.

5.1 DE DBC-REGISTRATIE

5.1.1 GEBRUIKSVRIENDELIJKHEID REGISTRATIESYSTEEM

Gebruiksvriendelijkheid van het systeem vermindert de ervaren administratieve last van de registratie. Het disfunctioneren van het systeem zorgt voor irritaties bij verpleegkundigen en maakt dat de registratie veel tijd kost, waardoor de administratieve last verzwaart wordt. Optimalisatie van het systeem is noodzakelijk zodat de gebruiksvriendelijkheid verhoogd wordt.
Uit de resultaten blijkt dat het van belang is dat het registratiesysteem goed is opgezet en geïntroduceerd. Panelleden benoemen dat professionals van de werkvloer in de praktijk niet of onvoldoende betrokken worden bij de ontwikkeling van het systeem, maar geven daarbij niet aan in hoeverre zij zelf bereid zijn mee te denken over de ontwikkeling en het functioneren van het systeem. Enerzijds is het wenselijk dat de instelling verpleegkundigen betrekt bij de DBC-systematiek, anderzijds dienen verpleegkundigen zelf initiatief te nemen om mee te denken.

5.1.2 WAARDERING DBC-REGISTRATIE

Verpleegkundigen maken onderscheid tussen registratie die wel of geen meerwaarde heeft voor de cliëntenzorg. De tijd die de DBC-registratie kost wordt door verpleegkundigen negatief gewaardeerd omdat het geen meerwaarde heeft voor de cliënt en ten koste gaat van tijd voor de cliënt. Daarbij neemt de werkvreugde van verpleegkundigen af en ervaren zij administratieve last.
De verpleegkundigen geven aan dat zij de medische diagnose als beperking ervaren bij het bepalen van een individueel zorgaanbod voor de cliënt. Naast de medische diagnose dient de verpleegkundige echter actief gebruik te maken van verpleegkundige diagnosen, om op deze wijze vanuit zijn professionaliteit de zorg te verlenen.
De DBC-registratie gebeurt meestal in het EPD. De koppeling tussen de DBC en het EPD is wenselijk wanneer de registratie hierdoor vergemakkelijkt wordt. Gewenning aan het registratiesysteem in de instelling vermindert de benodigde tijd voor registratie. De registratie is een middel om de zorg meer inzichtelijk te maken voor collega's.

Mogelijkheden voor thuisregistratie zijn gewenst, zodat verpleegkundigen de registratie efficiënter kunnen uitvoeren.

5.1.3 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID DBC-REGISTRATIE

Voor het starten van een behandeling is een diagnose in de DBC noodzakelijk. Opvallend is dat verpleegkundigen het belangrijk vinden dat een diagnose bij aanvang van de behandeling volledig kloppend moet zijn, terwijl deze diagnose gedurende de behandeling gewijzigd mag worden. Een nadeel van snel vaststellen van een diagnose kan wel zijn dat het stigmatiserend is voor de cliënt. Daarom moet gekeken worden naar de mogelijkheid om gedurende een behandeling een diagnose te stellen in plaats van bij aanvang. Daarnaast is het de taak van de verpleegkundige om duidelijk te communiceren richting de cliënt over de status van de diagnose.
Omdat aan de hand van de registratie de zorg wordt bekostigd hebben verpleegkundigen vaak het gevoel alles juist te moeten registreren, terwijl dit niet altijd mogelijk is of zij hier onvoldoende tijd voor hebben. Opvallend is dat zij tegelijkertijd aangeven soms gewenst te registeren en te diagnosticeren om tot een hogere productie te komen en zodoende meer geld te ontvangen van de zorgverzekeraars. Daarom is het noodzakelijk dat gekeken wordt naar mogelijkheden om het systeem minder fraudegevoelig te maken.

5.2 DE ZORGINSTELLING

5.2.1 DBC-REGISTRATIE IN DE ZORGINSTELLING

Vastgestelde tijden in het registratiesysteem worden negatief ervaren wanneer de daadwerkelijk bestede tijd aan de cliënt afwijkt van de vastgestelde tijd. Wanneer verpleegkundigen veel afwijkingen in de vastgestelde tijden bemerken, dienen zij dit aan te geven binnen de instelling. Het is namelijk de verantwoordelijkheid van de instelling om deze vastgestelde tijden up-to-date te houden.
Het management van een zorginstelling kan door middel van de DBC-registratie inzicht verkrijgen in de geboden zorg en zij kan de verpleegkundigen vragen hierover verantwoording af te leggen. Dit gaat echter zijn doel voorbij als de registratie door de verpleegkundigen wordt gezien als controlemiddel van de manager, ervaren wordt als overmatige verantwoording en zij de druk ervaren alles te registreren. Verpleegkundigen dienen vertrouwen te ontvangen binnen de instelling bij de uitoefening van hun beroep vanuit hun professionaliteit. Daarnaast dienen zij niet uitsluitend beoordeeld te worden op de geleverde productie maar voornamelijk op de kwaliteit van de geleverde zorg.

De panelleden ervaren problemen met het systeem wanneer in opdracht van de hoofdbehandelaar de diagnose ingevoerd of gewijzigd moet worden en zij hiervoor niet geautoriseerd zijn. Een eenduidig beleid binnen de instelling over bevoegdheden bij de registratie is gewenst.

5.2.2 ONDERSTEUNING

In de meeste instellingen wordt door het secretariaat ondersteuning geboden bij de DBC-registratie. Hulp van het secretariaat is gewenst wanneer de registratie verbeterd wordt en wanneer de registratie door de ondersteuning minder tijd kost. Het is een onderdeel van de verpleegkundige professionaliteit om administratieve taken uit handen te durven geven aan het secretariaat. Daarbij is een duidelijke taakverdeling tussen de zorgverleners en het secretariaat van belang.
Duidelijke voorlichting binnen de instelling over de DBC-systematiek en de wijze van registratie is nodig. Het is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen klachten met betrekking tot de DBC-systematiek en registratie te uiten. De instelling dient hiervoor ruimte te bieden en duidelijk te communiceren wat zij met de klachten doet.

5.3 DE ZORGVERZEKERAAR EN OVERHEID

5.3.1 ZORGVERZEKERAAR

Door de ingevoerde DBC-systematiek zijn de zorginstellingen afhankelijk geworden van de zorgverzekeraars, aangezien zij de zorg bekostigen. Verpleegkundigen geven aan dat de macht van de zorgverzekeraars te groot is geworden en bekostiging teveel centraal staat. Het is nodig dat de zorgverzekeraars de verpleegkundigen meer vertrouwen schenken en de registratieverplichting verminderen.
Om een volledig beeld te krijgen over de rol van de zorgverzekeraar in de DBC-systematiek is verder onderzoek nodig. Daarbij dient gekeken te worden in hoeverre het gevaar bestaat dat de zorgverzekeraar de inhoud van de zorgverlening gaat bepalen en zodoende de rol van de zorgverleners overneemt.

5.3.2 OVERHEID

De DBC-systematiek wordt gezien als één van de voorbeelden waarbij de wet- en regelgeving de hulpverlening complex maakt. Over het algemeen wordt het doel en/of de praktijk van de DBC-systematiek als negatief ervaren. Hierbij zijn er panelleden die:

- aangeven begrip te hebben voor de doelstellingen transparantie en kostenbeheersing. In de praktijk zien zij echter dat productie centraal staat en de zorgkwaliteit vermindert, waardoor volgens hen de doelstellingen niet worden bereikt;

- geen begrip hebben voor de doelstellingen en vinden dat de DBC-systematiek afgeschaft moet worden;
- geen begrip hebben voor de doelstellingen maar wel positieve effecten zien van de registratie, zoals bevordering van continuïteit van zorg.

Duidelijke communicatie vanuit de overheid over de positieve effecten van de DBC-systematiek en de bijbehorende registratie is gewenst.

De verpleegkundigen ervaren de DBC-systematiek als controle door de overheid op de zorg. De overheid dient meer vertrouwen te schenken aan verpleegkundigen, op basis van de deskundigheid waaruit verpleegkundigen de zorg verlenen.

5.4 BEKNOPTE BEANTWOORDING HOOFDVRAAG

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

> *Wat zijn de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in Midden-Nederland met betrekking tot DBC's en waardoor worden de ervaren administratieve lasten met betrekking tot DBC's volgens de verpleegkundigen veroorzaakt?*

Alle panelleden geven aan administratieve lasten te ervaren, administratieve lasten rondom de DBC-systematiek zijn hier een onderdeel van. De mate waarin en de oorzaak waardoor deze lasten worden ervaren verschillen per persoon. Ook de houding van de verpleegkundige speelt hierbij een rol. Hierbij kan gedacht worden aan karakter, flexibiliteit, werkmotivatie, omgaan met vernieuwingen, aanpassingsvermogen en onafhankelijkheid.

De problemen met betrekking tot de DBC-systematiek en -registratie zijn divers. Vaak versterken de verschillende problemen elkaar, wat een toename van de ervaren administratieve last tot gevolg heeft. De panelleden benoemen echter wel duidelijk welke factoren de bestaande administratieve lasten verhogen dan wel verminderen. Factoren die de last verhogen zijn: disfunctioneren van het systeem, productie staat centraal in plaats van de cliënt en de zorgkwaliteit, registratie wordt gekoppeld aan persoonlijk functioneren, onvoldoende/ongewenste ondersteuning van het secretariaat en het beoogde doel van de DBC wordt niet behaald. Factoren die de administratieve last verminderen zijn: gebruiksvriendelijkheid van het systeem, tijdwinst door ondersteuning secretariaat, goede communicatie binnen de instelling en de zichtbaarheid van positieve effecten van de registratie.

Dit alles laat zien dat er niet één duidelijk aanwijsbare oorzaak is voor de ervaren administratieve lasten rondom de DBC-systematiek en daarmee geen pasklaar antwoord gegeven kan worden.

Op basis van de conclusies kunnen echter wel aanbevelingen gedaan worden. Daarbij worden de verschillende betrokkenen bij de DBC-systematiek aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid.

5.5 AANBEVELINGEN

Het doel van de aanbevelingen is allereerst dat Sabine Uitslag zicht krijgt wat de overheid en andere partijen kunnen doen met de uitkomsten van dit onderzoek. Daarnaast kan zij de aanbevelingen zien als handvatten voor het gesprek met verpleegkundigen op de werkvloer bij haar 'Tour de nurse' (zie begripsdefiniëring).

Communicatie doelen DBC-systematiek

1. Communiceer als overheid duidelijk over de doelen van de DBC-systematiek richting de verpleegkundigen werkzaam in de GGZ.
    a. Maak duidelijk met welke doelen de DBC-systematiek in de GGZ is ingevoerd.
    b. Wees transparant in welke mate deze doelen behaald zijn en maak duidelijk hoe de tot nu toe niet behaalde doelen gerealiseerd gaan worden.
    c. Wees eerlijk over de onvolkomenheden die het systeem met zich meebrengt en benadruk de meerwaarde van de DBC-systematiek.

Overleg betrokkenen DBC-systematiek

2. Blijf als overheid in gesprek met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, DBC-Onderhoud en eventuele andere branchepartijen. Stimuleer alle partijen om in nauw overleg met verpleegkundigen van de werkvloer:
    a. tot concrete verbeterpunten te komen om de gebruiksvriendelijkheid van de DBC-registratie te optimaliseren;
    b. onderzoek te doen naar de mogelijkheid om gedurende de behandeling een diagnose te stellen in plaats van bij aanvang van de behandeling om onzorgvuldige diagnostiek en stigmatisering van de cliënt te voorkomen;
    c. na te gaan op welke wijze fraudegevoeligheid van de DBC-registratie verminderd kan worden;
    d. na te gaan op welke wijze het draagvlak voor de DBC-systematiek in de GGZ vergroot kan worden.

Onderzoek zorgverzekeraar

3. Onderzoek het risico dat de zorgverzekeraar de inhoud van de zorgverlening gaat bepalen en zodoende de rol van de zorgverleners overneemt.

Verpleegkundige Advies Raad

4. Zorginstellingen dienen actief gebruik te maken van de Verpleegkundige Advies Raad (VAR). De VAR houdt zich met betrekking tot klachten rondom de DBC-systematiek met de volgende taken bezig:
    a. Het stimuleren van collega-verpleegkundigen om problemen en klachten met betrekking tot de DBC-systematiek te onderkennen en daar iets mee te doen.
    b. Het in kaart brengen van de klachten die ervaren worden rondom de DBC-systematiek en deze klachten onder de aandacht brengen van de manager. Met de manager in gesprek gaan over mogelijk oplossingen binnen of buiten de instelling om de klachten te verminderen of weg te nemen. Zonodig dient contact opgenomen te worden met DBC-Onderhoud.
5. De VAR dient het management van de zorginstelling te adviseren op welke wijze kwaliteit van zorg toenemend centraal kan komen te staan, zodat verpleegkundigen zich uitgedaagd voelen om kwalitatief goede ‘productie te draaien’.

Voorlichting binnen instelling

6. Zorginstellingen dienen duidelijke voorlichting te geven aan verpleegkundigen over de wijze van registratie en over nieuwe ontwikkelingen in de DBC-systematiek. Zonodig kan contact opgenomen worden met DBC-Onderhoud.

Investeren ICT

7. Zorginstellingen dienen gebruik te maken van de ruimte die geboden wordt door DBC-Onderhoud om de verschillende softwaresystemen binnen een instelling op elkaar af te stemmen of deze te integreren.
8. Zorginstellingen dienen te investeren in ICT-mogelijkheden. Hierbij gaat het om het optimaliseren/creëren van middelen en mogelijkheden voor registratie binnen en buiten de instelling.

Secretariële ondersteuning

9. Zorginstellingen dienen actief gebruik te maken van secretariële ondersteuning bij de DBC-registratie.
    a. Zorginstellingen dienen een duidelijke taakverdeling te handhaven ten aanzien van de verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen en het secretariaat betreffend de DBC-registratie en de registratiebevoegdheden.
    b. De verpleegkundige dient vanuit haar professionaliteit administratieve taken uit handen te geven aan het secretariaat.

Diagnostiek

10. De verpleegkundige dient:
    a. naast de medische diagnose actief gebruik te maken van verpleegkundige diagnosen om op deze wijze vanuit zijn professionaliteit de zorg te verlenen.
    b. duidelijk te communiceren richting de cliënt over de status van de diagnose om stigmatisering te voorkomen.

Eigen verantwoordelijkheid

11. De verpleegkundige is zelf verantwoordelijk klachten met betrekking tot de DBC-systematiek en registratie te uiten bij de VAR. Daarbij dient zij, indien nodig, bereid te zijn in samenspraak met de VAR zelf actie te ondernemen.

Evidence-based Nursing

12. De overheid dient Evidence-based Nursing te stimuleren, zodat zij de verpleegkundigen vertrouwen kan schenken op basis van de deskundigheid waarmee de verpleegkundigen de zorg verlenen.
13. De zorgverzekeraars dienen de registratieverplichting te verminderen, uitgaande van het Evidence-based werken van de verpleegkundigen.
14. Verpleegkundigen dienen het initiatief te nemen om Evidence-based te werken.

HOOFDSTUK 6 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

In dit hoofdstuk wordt de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek beschreven door de betekenis van dit onderzoek voor de beroepsgroep aan te geven en de bruikbaarheid voor de beroepspraktijk te benoemen. Tot slot wordt de eigen visie van de onderzoekers verwoord.

6.1 BELANG EN BRUIKBAARHEID ONDERZOEK

Volgens Parsons (Boot, 2001) wordt van een hulpverlener onder andere verwacht dat zij in het belang van de cliënt handelt. In dit onderzoek komt echter naar voren dat verpleegkundigen belemmerd worden in hun zorg voor de cliënt doordat zij teveel tijd kwijt zijn aan de DBC-registratie. Zij worden beoordeeld op productie, waarbij zij zich niet gewaardeerd voelen om hun professionaliteit en kwaliteit van de geleverde zorg. Uit de resultaten blijkt verder dat de gerichtheid op productie de fraudegevoeligheid van het DBC-systeem verhoogd.

Sabine Uitslag zal de uitkomsten van dit onderzoek meenemen in het debat over administratieve lasten in de gezondheidszorg en het debat over de financiering van zorg. Op deze manier worden ervaringen van de werkvloer met betrekking tot de DBC-systematiek opnieuw onder de aandacht gebracht in Den Haag. Dit vergroot de kans dat de administratieve lasten verminderen door optimalisatie van de DBC-systematiek. Dit kan vervolgens positieve effecten hebben op de hoeveelheid tijd voor de cliënt en de kwaliteit van zorg. Naast het politieke debat kan Sabine Uitslag dit onderzoek gebruiken bij haar ‘Tour de nurse’. De aanbevelingen bieden handvatten voor het gesprek met verpleegkundigen op de werkvloer. Hierin staat de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen centraal en de invloed die zij zelf kunnen uitoefenen om de administratieve last ten gevolge van de DBC-systematiek te verminderen.

Behalve de overheid zijn de onderzoeksresultaten ook van belang voor andere partijen die betrokken zijn bij de DBC-systematiek, zoals DBC-Onderhoud en de zorgverzekeraars. Dit onderzoek brengt namelijk in kaart waar gebruikers van de DBC-systematiek tegen aan lopen en hoe zij dit ervaren.

6.2 VISIE ONDERZOEKERS

De onderzoekers zijn groot voorstander van vermindering van de administratieve lasten en zijn daarom blij dat dit onderzoek een bijdrage levert aan het politieke debat over administratieve lasten in de gezondheidszorg en het debat over zorgfinanciering.

De onderzoekers vinden het de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige om vanuit zijn professie de ruimte te nemen die nodig is om excellente zorg te verlenen. Tegelijkertijd is het van

belang dat verpleegkundigen deze ruimte krijgen van overheid en instelling om excellente zorg te leveren. Daarbij dient de cliënt centraal te staan en de tijd te krijgen die nodig is voor zijn behandeling. De onderzoekers vinden het dan ook bezwaarlijk dat productie centraal staat en dat de tijd die de verpleegkundige kwijt is aan administratie en registratie ten koste gaat van tijd voor de cliënt. De zorg dient transparant te zijn en verpleegkundigen moeten bereid zijn verantwoording af te leggen. Hierbij vinden de onderzoekers het echter belangrijk dat de verpleegkundigen vertrouwen ontvangen van overheid, instelling en maatschappij op basis van hun professionaliteit.

HOOFDSTUK 7 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt beschreven waar en op welke wijze het onderzoek anders is verlopen dan in de onderzoeksmethodiek beschreven staat. De redenen voor afwijken van de methodiek worden benoemd, waarbij wordt aangegeven in hoeverre dit van invloed is geweest op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

Literatuurstudie

De literatuurstudie over de DBC-systematiek is op persoonlijke titel gecontroleerd door een adviseur van DBC-Onderhoud. Dit is niet beschreven in de methodiek, hiervoor is echter gekozen gezien de complexe materie van de DBC-systematiek. Door deze ondersteuning is de betrouwbaarheid van de literatuurstudie verhoogd.

Expertpanel

In de methodiek is beschreven dat er maximaal één persoon per instelling mag deelnemen aan het expertpanel. Door miscommunicatie hebben echter twee medewerkers uit één instelling deelgenomen aan het onderzoek. Omdat zij werken met een verschillende doelgroep en werkzaam zijn in verschillende teams zijn de onderzoekers van mening dat dit geen gevolgen heeft voor de betrouwbaarheid van de resultaten.

In de methodiek staat beschreven dat alle deelnemers van het expertpanel de vragenlijst op hetzelfde moment ontvangen. In de eerste vragenronde is dit echter niet gelukt omdat het expertpanel nog niet compleet was. Elk panellid heeft wel voldoende tijd gekregen om de vragen te beantwoorden, zodat het geen invloed heeft gehad op de uitkomsten van dit onderzoek.

In totaal zijn er drie vragenronden afgenomen. Door de korte periode waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden kregen de panelleden ongeveer een week de tijd om de vragenlijsten te beantwoorden. In de begeleidende brief bij de eerste vragenronde zijn de weken benoemd waarin panelleden de vragenlijsten konden verwachten. Doordat de eerste vragenlijst te laat geretourneerd werd door panelleden, zijn de tweede en derde vragenlijst niet verzonden op de afgesproken data. Deze vertraging heeft geen gevolgen gehad voor de voortgang van het onderzoek.

Na de eerste ronde hebben twee van de elf panelleden zich teruggetrokken uit het onderzoek. Het eerste panellid was in de maand mei niet aanwezig. Het andere panellid heeft zich vanwege drukte teruggetrokken uit het onderzoek. Gezien het feit dat deze panelleden niet de mogelijkheid hebben

gehad om de gegeven informatie aan te vullen en/of bij te stellen in een volgende ronde bestaat de kans dat de informatie niet volledig is.
In de begeleidende brieven bij de vragenlijsten is gevraagd aan te geven wanneer een vraag niet duidelijk is. In de derde vragenronde hebben verschillende panelleden gebruikgemaakt van deze mogelijkheid. Daarop hebben zij een verduidelijking van de vraag ontvangen waardoor zij alsnog een antwoord hebben gegeven.

Generaliseerbaarheid

Wat betreft de generaliseerbaarheid van dit onderzoek kan gesteld worden dat de resultaten uit de verschillende instellingen overeenkomsten met elkaar vertonen. Het is dan ook goed mogelijk dat dit onderzoek generaliseerbaar is voor de ambulante GGZ in geheel Nederland. Wil dit echter met zekerheid gesteld kunnen worden is het nodig een groot landelijk onderzoek uit te voeren, waarbij een representatief aantal GGZ-instellingen betrokken wordt.

Actualiteit

De DBC-systematiek is regelmatig in het nieuws. Negatieve kanten van de DBC-systematiek overheersen in de nieuwsberichten (Notten, 2009; Kersten, Van de Pasch, 2009; Een Vandaag, 2008; Van den Berg, 2010). De verpleegkundigen worden in deze bronnen vaak gezien als slachtoffers van de DBC-systematiek.
Opvallend is dat de conclusies van dit onderzoek in grote lijnen overeenkomsten vertonen met datgene wat Mirko Noordegraaf en Jasper Sterrenburg constateren in het boek *Beroepstrots. Een ongekende kracht.* (Jansen, Van den Brink, Kole, 2009). Zij veronderstellen namelijk dat verschillende factoren een rol spelen bij de administratieve lasten van verpleegkundigen en dat het niet alleen te wijten is aan overheidsbeleid. Zo benoemen zij ondersteuning vanuit de organisatie, de mate waarin binnen de organisatie uitleg gegeven wordt over nut en noodzaak van administratieve handelingen, de indringendheid waarmee de verpleegkundigen te maken krijgen met administratieve lasten en de mate waarin de verpleegkundigen deze ervaren als onderdeel van de beroepsuitoefening. Zij noemen verder dat het van belang is dat de verpleegkundigen de mogelijkheid hebben zich ertegen te verweren.
Het onderwerp ‘administratieve lasten in de gezondheidszorg’ staat daarnaast al langere tijd op de politieke agenda en diverse partijen vragen specifiek aandacht voor de DBC-systematiek in de GGZ. De Socialistische Partij (SP) is hier een voorbeeld van. De resultaten van dit onderzoek vertonen overeenkomsten met de bevindingen in het SP-rapport ‘De GGZ ontwricht’ (Palm, Leffers, Emons, Van Egmond, Zeegers, 2008). Het SP-rapport bevestigd namelijk dat de DBC-systematiek tekortschiet

en verandering noodzakelijk is. Daarentegen pleit de SP voor afschaffing van de DBC-systematiek en is zij geen voorstander van marktwerking binnen de gezondheidszorg. De resultaten in dit onderzoek bieden onvoldoende informatie om te concluderen of de DBC-systematiek binnen de GGZ wenselijk is. Wel laat dit onderzoek zien dat verandering van de huidige systematiek noodzakelijk is om de administratieve lasten te verminderen.

REFERENTIELIJST

Boeken, rapporten en tijdschriften

- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.* (2e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv
- Boeije, H., 't Hart, H., Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Boom Onderwijs, geraadpleegd op 9 maart 2010 via http://books.google.nl/books
- Boot, J.M.D. (2001). *Inleiding in de medische sociologie*. (7e geheel herziene druk). Assen: Van Gorcum
- Bouwen aan vertrouwen; toekomstvisie indicatiestelling AWBZ en CIZ. (2009). Geraadpleegd op 30 maart 2010 via http://www.minvws.nl/kamerstukken/lz/2009/bouwen-aan-vertrouwen-toekomstvisie-indicatiestelling-awbz-en-ciz.asp
- Bovens, M., Schillemans, T., (2009). *Handboek publieke verantwoording.* Boom Lemma
- DBC GGZ. (2007). *DBC: zo doe je mee! Een handleiding voor zelfstandig gevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychotherapeuten.* Utrecht
- DBC-Onderhoud. *Productstructuur GGZ 2010*. Geraadpleegd op 9 april 2010 via http://www.dbconderhoud.nl/GetDocument.ashx?DocumentID=8917&name=Productstructuur-GGZ-2010-v20091001&rnd=634064081134012582
- DBC-Onderhoud. *Spelregels DBC-registratie GGZ*. V20091001. Geraadpleegd op 9 april 2010 via http://www.dbconderhoud.nl/GetDocument.ashx?DocumentID=8905&name=Spelregels-GGZ-v20091001&rnd=634063232685420669
- EenVandaag. (2008). Financiële puinhopen bij GGZ-instellingen. Geraadpleegd op 16 maart 2010 via http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/34042/financi_le_puinhopen_bij_ggz_instellingen
- EenVandaag. (2008). Water staat psychologen aan de lippen. Geraadpleegd op 16 maart 2010 via http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/33414/water_staat_psychologen_aan_de_lippen
- EenVandaag. (2009). Verpleegkundigen willen stoppen door hoge werkdruk. Geraadpleegd op 9 februari 2010 via http://www.eenvandaag.nl/binnenland/35424/verpleegkundigen_willen_stoppen_door_hoge_werkdruk
- Grotendorst, A. (1998). *Alles draait om bekwaamheid.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Heinsuis, J. (1996). *Eerst denken, dan doen.* Utrecht: Caraval/Civie

- Jansen, T., Van den Brink, G., Kole, J. (red.) (2009). *Beroepstrots. Een ongekende kracht.* Boom/SUN
- Kabinetsplan aanpak administratieve lasten 29 515. Verslag van een algemeen overleg nr. 317. (2010). Geraadpleegd op 24-03-2010 via https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29515-317.html
- Kersten, J., & Van de Pasch, T. (2009). Beroering in de GGZ. Bureaucratie ten kosten van kwaliteit. *TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1*, 12-17
- Landsheer, H., 't Hart, H., De Goede,M., Van Dijk, J. (2003). *Praktijkgestuurd onderzoek. Methoden van praktijkonderzoek.* Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). (2006). *Visiedocument Toetsingskader en criteria voor ontwikkeling DBC-systeem*
- Nieswiadomy, R. M., Ter Maten-Speksnijder, A., & De Lange, J. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden.* (5e ed.). Benelux: Pearson Education
- Notten, R. (2009) "De zorg lijkt op totalitarisme". Filosoof Ad Verbrugge pleit voor meer ruimte voor professionals. *Arts & Auto, 8,* 16-18
- Palm, I., Leffers, F., Emons, T., Van Egmond, V., Zeegers, S.(2008). *De GGZ ontwricht. Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg.* Wetenschappelijk Bureau SP en actiegroep Zorg Geen Markt
- Sliedrecht, A. & Damen-Koolen, K.W.J. (2006). *Activiteitenplan DBC's: eenvoudig beter. Doorontwikkelen en doorpakken.* Geraadpleegd op 8 april 2010 via http://orde.artsennet.nl/discussie/Artikel/DBCs-eenvoudig-beter.htm
- Stapel, J., Keukens, R. (2009). *Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde* .(7e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Van den Berg, R. (2010). DBC's nader ontleed. Falend systeem moet worden afgebouwd. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 65*, 336-348
- Van den Schoor, L. (2010). Volhouden of vertrekken. Onderzoek Nursing en EenVandaag: meer dan helft denkt wel eens aan stoppen. *Nursing*, 1, 24-28
- Van Veenendaal, H., Wardenaar, J. & Trappenburg, M. (2008) Tijd voor administratie of voor de patiënt? Een onderzoek naar de administratieve belasting van verpleegkundigen. *Kwaliteit in zorg*, *2*, 24-26
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* (2e ed.). Amsterdam: Boom Onderwijs
- VWS-commissie administratieve lasten in de zorg. (2006). *Een kwestie van vertrouwen. Over transparantie en verantwoorden in de zorg en het terugdringen van administratieve lasten*

- Wardenaar, J., (2007). *'Zoveel meer dan billen wassen…' Onderzoek naar de administratieve belasting van verpleegkundigen.* Utrecht
- Zutphen, F., Uwland, A., Thio, V., Barkhuysen, S., (2007). *"Zorgen" achter het bureau of zorg aan het bed? Quick scan van registratieverplichtingen van professionals in verzorgings- en verpleeghuizen.* Rotterdam: ECORYS Nederland BV
- Zuurbier, J. & Krabbe-Alkemade, Y. (2007). *Onderhandelen over DBC's.* (2e ed.). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg

Websites

- http://www.cda.nl, geraadpleegd op 24 mei 2010
- http://www.dbconderhoud.nl, geraadpleegd op 7, 8 en 9 april 2010
- http://www.ggznederland.nl/informatiecentrum/zoek-een-ggz-instelling.html, geraadpleegd op 11 maart 2010
- http://www.managementkennisbank.nl/NL/zorg-verandermanagement/procesmanagement-awbz-zorg/gezondheidszorg-outputfinanciering/, geraadpleegd op 12 maart 2010
- http://soc.kuleuven.be/io/participatie/ned/delphi.htm, geraadpleegd op 4 maart 2010
- http://www.zn.nl, geraadpleegd op 9 april 2010

BIJLAGEN

Bijlage 1 Begripsdefiniëring.....51
Bijlage 2 Het vooronderzoek.....54
Bijlage 3 Geschiedenis van de DBC's.....57
Bijlage 4 Afbeeldingen DBC-systematiek.....59

BIJLAGE 1 BEGRIPSDEFINIËRING

In deze verklarende woordenlijst worden de begrippen toegelicht die belangrijk zijn bij het lezen van dit verslag.

Administratieve lasten	Alle administratieve handelingen die ingewikkeld en/of tijdrovend zijn en waarvan verpleegkundigen en verzorgenden bovendien het nut niet of onvoldoende inzien.
Ambulante GGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Voornamelijk verlening van zorg op afgesproken tijden waarbij de patiënt vanuit de eigen woon- en werkomgeving naar de hulpverlener toekomt, of waarbij de hulpverlener de patiënt thuis bezoekt.
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Een volksverzekering voor ziektekosten. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht verzekerd voor de AWBZ.
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan. In 1979 opgericht vanuit het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Het CBO richt zich op de verbetering van de kwaliteit van zorg van medici en andere zorgprofessionals.
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg. Door de overheid aangewezen als uitvoerder van de indicatiestelling voor de AWBZ.
Curatieve zorg	Zorg welke gericht is op herstel van de ziekte.
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie. Declaratiemethode waarmee de zorgverlener de geleverde zorg declareert bij de zorgverzekeraar. Het beschrijft een gemiddeld zorgpakket van een cliënt.
DBC-Onderhoud	Organisatie welke verantwoordelijk is voor een goed werkende DBC-systematiek. DBC-Onderhoud levert daartoe met regelmaat geactualiseerde DBC-pakketten, die tot stand komen door nauw overleg met de zorgsector, de patiënten, de zorgverzekeraar en de overheid.
DSM-IV	Classificatiesysteem Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition. Door de American Psychiatric Association uitgegeven systeem wat kenmerken van psychiatrische syndromen en stoornissen beschrijft en classificatie plaats vinden.
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier. Systeem waarin medische gegevens veilig en

	betrouwbaar worden uitgewisseld. Zorgverleners die dezelfde patiënt behandelen kunnen de actuele gegevens opvragen en bekijken.
GAF-score	Global Assessment of Functioning score. Maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. De GAF-score is een onderdeel van het DSM-IV-systeem.
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg. Diversiteit in zorg die gericht is op voorkomen, behandeling en genezing van psychische aandoeningen. Tevens richt men zich op het mogelijk maken van deelname in maatschappij en biedt men hulp aan hen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en zelf geen hulp zoeken.
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De IGZ adviseert bewindspersonen en maakt ten opzichte van zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg.
Midden-Nederland	De provincies Zuid-Holland, Utrecht en Gelderland
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit. Zorgt voor goed werkende zorgmarkten en bewaakt deze gezamenlijk met de sector waarbij de belangen van de patiënt centraal staan. NZa is een onafhankelijke toezichthouder op de zorg en wordt ook wel de marktmeester in de zorg genoemd. Haar belangrijkste taken zijn advisering, regulering en toezicht en handhaving.
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging. Onafhankelijk kenniscentrum welke is gericht op kwaliteitsverbetering van de zorg. Het LEVV streeft naar het versterken van de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden.
Tour de Nurse	Wekelijks bezoek door Sabine Uitslag aan een team van verpleegkundigen en verzorgenden, met als doel direct contact tussen de politiek en het werkveld.
VAR	Verpleegkundige (en verzorgende) Advies Raad (VAR). Adviesorgaan in een zorginstelling dat gevraagd en ongevraagd advies uitbrengt over verpleegkundige zorgverlening en beroepsinhoudelijke zaken. Zij is een gesprekspartner van de Raad van Bestuur en andere overlegorganen in een organisatie. Zij kan invloed uitoefenen op het zorgbeleid van de instelling

	waarbij zij de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep vertegenwoordigen.
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Beroepsvereniging zet zich in voor excellente zorgverlening en voor individuele en collectieve belangenbehartiging van beroepsbeoefenaren.
Verpleegkundige	Zelfstandige professional in de individuele gezondheidszorg, die (in opdracht van de arts) handelingen verricht in het domein van zorg (zorgverlener en regisseur), organisatie (ontwerper en coach) en beroep (beroepsbeoefenaar). Vereiste is een diploma MBO-verpleegkunde (niveau 4) en/of HBO-verpleegkunde (niveau 5).
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Branchevereniging voor organisaties die professionele zorg en ondersteuning bieden aan mensen met een of meer handicaps.
VGZ	Verstandelijk Gehandicapten Zorg. Deze sector bestaat uit instellingen die zorg, ondersteuning en dienstverlening bieden aan cliënten met een verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke en/of communicatieve handicap.
Volwassenzorg GGZ	Hulpverlening aan cliënten van 18 tot 65 jaar. Hieronder valt de zorg voor mensen met psychische of psychiatrische aandoeningen of verstandelijke beperking die daardoor (ernstig) psychisch lijden en/of ernstig beperkt worden in hun maatschappelijk functioneren.
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Wet BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg. Beoogt de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken. Biedt bescherming aan de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren.
ZN	Zorgverzekeraars Nederland. Brancheorganisatie behartigt de belangen van ondernemingen die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden.
ZVW	Zorgverzekeringswet. Sinds 1 januari 2006 vervanging van de Ziekenfondswet. De ZVW verplicht iedereen die in Nederland werkt of woont een zorgverzekering af te sluiten.
ZZP	ZorgZwaartePakket. Systeem waarin is aangegeven hoeveel zorg een patiënt krijgt wanneer hij niet zelfstandig woont. Een ZZP geeft de hoeveelheid zorg en de mate van zorg aan die voor de patiënt noodzakelijk is. De budgetten van zorginstellingen zijn gebaseerd op ZZP's.

BIJLAGE 2 HET VOORONDERZOEK

In deze bijlage wordt het vooronderzoek beschreven. Binnen het vooronderzoek zijn verschillende stappen ondernomen om tot verdieping van het onderwerp te komen, met als doel het opstellen van een concrete en afgebakende onderzoeksopzet.

STARTPUNT

Allereerst heeft een inventarisatie plaats gevonden van algemene informatie over administratieve lasten in de gezondheidszorg. Hierbij is gebruik gemaakt van recente nieuwsberichten, vakliteratuur, berichtgeving vanuit VWS en eigen voorkennis. Daarbij is ook gekeken naar de verschillende definities die gegeven worden over administratieve lasten. Het doel was het verkrijgen van een eerste indruk en een verkenning van het onderwerp. Uit deze inventarisatie kwam naar voren dat administratieve lasten in de gehele gezondheidszorg voorkomen. Het onderwerp bureaucratie en regeldruk staat dan ook al jaren op de politieke agenda. Opvallend is dat de politiek aan het begin van deze eeuw vooral keek naar het financiële aspect van bureaucratie en administratieve lasten. Pas de laatste jaren wordt ook gekeken naar de beleving van de administratieve last onder verpleegkundigen en verzorgenden (VWS-commissie administratieve lasten in de zorg, 2006).

SECTORBEPALING

Na deze inventarisatie is meer gericht gekeken naar de verschillende sectoren binnen de gezondheidszorg, namelijk de Algemene Gezondheidszorg (AGZ), de Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Hierbij is opnieuw gebruik gemaakt van recente nieuwsberichten, literatuur, vakbladen, onderzoeksrapporten, berichtgeving vanuit VWS en eigen voorkennis. Daarnaast zijn verschillende verpleegkundigen en verzorgenden uit eigen netwerk bevraagd. Het doel hiervan was na te gaan in welke sector administratieve last met name wordt ervaren, zodat in het onderzoek in de desbetreffende sector verdieping kan plaatsvinden. Hieronder worden de verschillende sectoren beschreven.

ALGEMENE GEZONDHEIDSZORG

Binnen de AGZ is gekeken naar academische en algemene ziekenhuizen. Hierbij is gebruik gemaakt van een wetenschappelijk onderzoek, uitgevoerd door het CBO (Van Veenendaal, Wardenaar, Trappenburg, 2008). In een gesprek heeft dhr. H. van Veenendaal, onderzoeksbegeleider vanuit het CBO, het onderzoek toegelicht. In het onderzoek is een meting gedaan naar de tijd die verpleegkundigen dagelijks besteden aan administratieve lasten. Volgens Van Veenendaal (2008) komt uit de tijdmeting naar voren dat de geobserveerde verpleegkundigen maar liefst 21% van de

gewerkte tijd besteden (104 minuten per dagdienst) aan het uitvoeren van administratieve handelingen, tegen 23% directe patiëntenzorg (112 minuten). Daarnaast is in dit onderzoek gekeken naar de beleving van deze lasten, waaruit het volgende geconcludeerd werd: Hoewel de resultaten van de tijdmeting lijken te wijzen op een verstoorde verhouding tussen bureaucratie en zorgverlening, vinden de verpleegkundigen niet dat er sprake is van overmatig belastende administratieve lasten: vrijwel alle administratieve verrichtingen worden door de geïnterviewde verpleegkundigen als noodzakelijk en daarmee als 'dienstbaar aan de te leveren zorg' beschouwd.

Deze conclusies worden bevestigd door eigen ervaringen binnen deze sector en door verpleegkundigen en verzorgenden, uit het netwerk van de onderzoekers, die werkzaam zijn in de AGZ. Op basis van deze informatie is besloten deze sector uit te sluiten voor het onderzoek. Dit gezien het feit dat in dit onderzoek ervan uit wordt gegaan dat administratie een last is op het moment dat verpleegkundigen en verzorgenden deze als onnuttig en/of tijdrovend ervaren, terwijl uit het onderzoek van het CBO blijkt dat verpleegkundigen de administratie als zinvol en noodzakelijk beschouwen.

MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Binnen de MGZ is gekeken naar de thuiszorg en de gehandicaptenzorg. Binnen de thuiszorg zijn verschillende verpleegkundigen en verzorgenden vanuit de eigen achterban bevraagd. Zij gaven het volgende aan: in de thuiszorg geeft vooral de indicatiestelling problemen. Hierbij is de herindicatie één van de klachten. De problemen spelen al enkele jaren en er zijn onder andere aanpassingen gedaan wat betreft het vereenvoudigen van de indicatiestelling (Bouwen aan vertrouwen; toekomstvisie indicatiestelling AWBZ en CIZ, 2009). De verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat ook de minutenregistratie een bron van ergernis is. De overheid erkent het probleem van de minutenregistratie en onderneemt stappen, zoals de toezegging van voormalig staatssecretaris J. Bussemaker om de minutenregistratie in 2012 af te schaffen (Kabinetsplan aanpak administratieve lasten, 2010).

De verpleegkundigen en verzorgenden die uit eigen achterban bevraagd zijn en werkzaam zijn in de verstandelijke gehandicaptenzorg geven aan dat zij veel administratieve verplichtingen ervaren. Het zijn op zichzelf vaak kleine administratieve handelingen, maar alles bij elkaar geeft het een gevoel van last. Hier komt bij dat door bezuinigingen een andere personeelsverdeling is gekomen, wat de werkdruk verhoogd. Administratieve last veroorzaakt dan extra frustratie. Volgens een medewerker van de afdeling VGZ van V&VN worden op verschillende locaties momenteel echter wijzigingen doorgevoerd in de taakverdeling, waardoor coördinatoren de administratieve taken grotendeels

overnemen. Dit zorgt ervoor dat het personeel op de werkvloer minder administratieve lasten ervaart.

Op basis van bovenstaande is besloten de sector MGZ uit te sluiten voor dit onderzoek. Zowel in de thuiszorg als in de gehandicaptenzorg worden momenteel al wijzigingen doorgevoerd die tot verbetering lijken te leiden.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Uit vakbladen en raadpleging van de afdeling GGZ van V&VN blijkt dat binnen de sector GGZ veel administratieve lasten worden ervaren. Volgens een woordvoerder van V&VN gaat het hierbij met name om de tak ambulante GGZ. De verpleegkundigen in de ambulante GGZ zijn veel tijd kwijt met rapportage die samenhangt met de DBC's. Ze werken zelfstandig en kunnen minder snel terugvallen op collega's. Een andere verpleegkundige gaf aan dat collega's in de ambulante GGZ 20% van de dag besteden aan de DBC's. Naar aanleiding van bovenstaande informatie is besloten verder onderzoek te doen binnen de sector geestelijke gezondheidszorg. Om het onderzoek verder af te bakenen en verdieping aan te brengen hebben de onderzoekers ervoor gekozen het onderzoek te richten op de ambulante zorg voor volwassenen.

Uit de opgedane informatie en het bevragen van GGZ-verpleegkundigen uit de ambulante zorg komt naar voren dat vooral de DBC's problemen geven. EenVandaag heeft verschillende uitzendingen gewijd aan de problematiek in de GGZ ten gevolge van DBC's (EenVandaag, 2008). Uit het vooronderzoek bleek verder dat slechts enkele verzorgenden werkzaam zijn in de ambulante GGZ, maar voor zover kon worden nagegaan werken zij niet met DBC's. Daarom worden in dit onderzoek de ervaren administratieve lasten van verpleegkundigen in de ambulante GGZ voor volwassenen met betrekking tot DBC's in kaart gebracht.

BIJLAGE 3 GESCHIEDENIS VAN DE DBC'S

In 1995 wordt, na advies van de Commissie Biesheuvel, een begin gemaakt met productdefinities ten behoeve van honorering van specialisten in het ziekenhuis. Deze commissie adviseerde de honorering te baseren op geleverde zorgproducten. In augustus 2000 wordt door Minister Borst (VWS) de Stuurgroep DBC 2003 ingesteld. De stuurgroep bestaat uit Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ, nu NFU) en het Ministerie van VWS. Als waarnemers nemen het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG-ZAio, nu NZa) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) deel aan de stuurgroep. De stuurgroep heeft als taak de producttypering in de curatieve zorg op te pakken, waarbij de invoeringsdatum (2003) door de minister is vastgesteld. Onder kabinet Balkenende I wordt geëxperimenteerd met vrije prijsvorming op basis van DBC's. Het blijkt niet haalbaar de DBC-systematiek zorgvuldig en verantwoord in te voeren in 2004. Er wordt besloten tot volledige invoering van de DBC-systematiek in 2005. Tegelijkertijd wordt DBC-Onderhoud ingesteld, voortkomend uit de Stuurgroep DBC 2003. DBC-Onderhoud is verantwoordelijk voor onderhoud en verder ontwikkeling van de systematiek. De systematiek bestaat uit een A-segment (90%) waarvoor vaste tarieven zijn vastgesteld ter dekking van het ziekenhuisbudget en een B-segment (10%) waarbij vrije prijsvorming mogelijk is door onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars.

In 2006 besluit de politiek de DBC-systematiek in de curatieve GGZ te introduceren. Daarnaast komt de NVZ met een aantal punten voor uitgebreide verbetering van de al bestaande DBC-systematiek in de ziekenhuizen. Onder leiding van het ministerie van VWS wordt afgesproken dat de NVZ met alle andere betrokken partijen tot een gezamenlijk voorstel komt.

Dit leidt tot het rapport '*DBC's Eenvoudig beter, de kunst van het weglaten'*. In onderling overleg is dit verbeterplan door de NVZ vertaald in '*Activiteitenplan DBC's: eenvoudig beter. Doorontwikkelen en doorpakken.',* een plan van aanpak met een concrete planning van activiteiten. De NZa beschrijft in een visiedocument het toetsingskader met randvoorwaarden waaraan de DBC-systematiek moet voldoen. Dit document is bedoeld om richting te geven aan de verdere ontwikkeling van de DBC-systematiek (NZa, 2006).

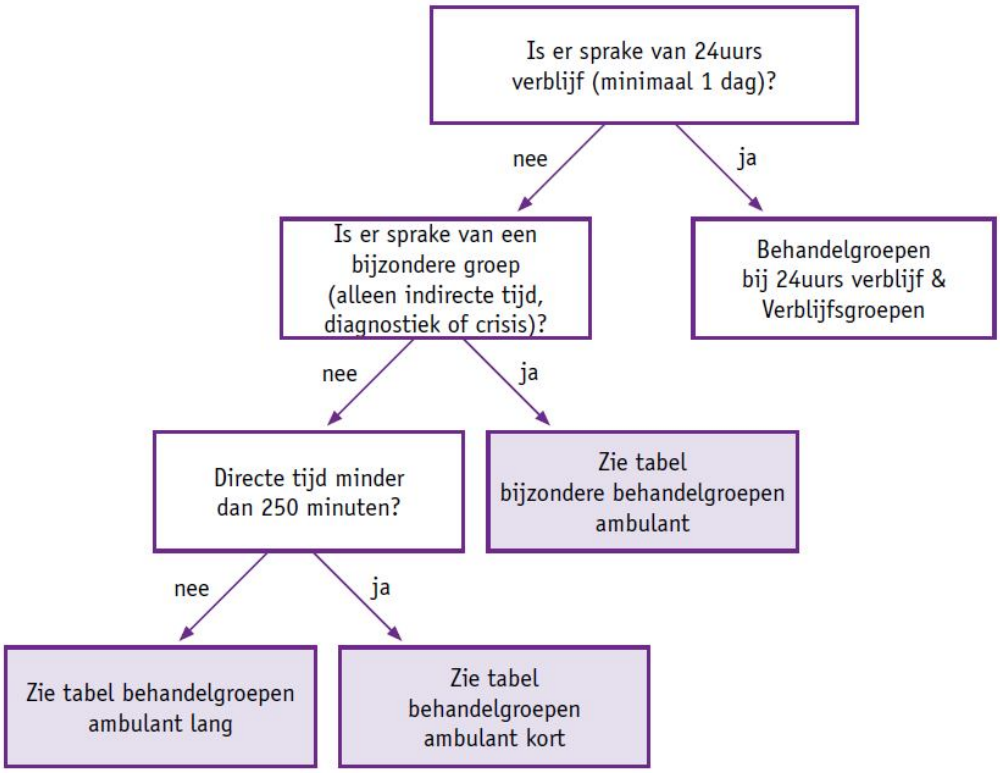
DBC-Onderhoud gebruikt het plan van aanpak voor de DBC-systematiek en beschrijft haar werkwijze in het plan '*DBC's op weg naar Transparantie' (DOT).* In dit plan staat herkenbaarheid, stabiliteit, gebruikersgemak, innovatie en beschikbaarheid van informatie centraal. De beschreven DOT-structuur sluit aan bij de plannen van VWS en het toetsingskader van NZa voor de aanpassing van de DBC-systematiek. Het streven is 30.000 DBC's te verminderen tot ongeveer 3.000. In 2008 blijkt dat

de invoering van de DOT erg veel voorbereiding vergt en uitgesteld dient te worden tot 1 januari 2010. Verder vindt ditzelfde jaar een belangrijke wijziging plaats in de curatieve GGZ: deze wordt vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geplaatst onder de Zorgverzekeringswet (ZVW). Financiering vindt voortaan plaats op basis van DBC's. Tot slot wordt in 2008 het B-segment voor de ziekenhuizen uitgebreid naar 20%.

Op dit moment is de DOT uitgesteld in verband met de val van het kabinet (Balkenende IV).

BIJLAGE 4 AFBEELDINGEN DBC-SYSTEMATIEK

Deze afbeeldingen dienen ter verduidelijking bij de literatuurstudie.



Figuur 4 Voorbeeld beslisboom DBC ggz (Uit: DBC: zo doe je mee!)

Behandelgroepen

Code	Productgroepen behandeling kort	Onderscheidende activiteit	Tarief behandelgroep
018	Behandeling kort - vanaf 0 tot en met 99 minuten - variant 1	zonder Farmacotherapie	€ 101
019	Behandeling kort - vanaf 0 tot en met 99 minuten - variant 2	met Farmacotherapie	€ 136

Figuur 5 Gedeelte van een productgroeptabel (Uit: Productstructuur DBC ggz 2010)