

Handreiking voor het schrijven van de informatieparagraaf als onderdeel van een kwaliteitsstandaard

(volledig herziene versie)



Deze handreiking gaat in op de stappen die nodig zijn om een informatieparagraaf als onderdeel van de kwaliteitstandaard te formuleren. We leggen per stap concreet uit wat er bedoeld wordt en wat er vastgelegd moet worden. Over procesmodellering, procesontwerp en informatieanalyse zijn veel boeken, artikelen en white papers geschreven en er worden verschillende trainingen aangeboden. In deze handreiking beperken we ons daarom tot het aanhalen van een aantal methoden in plaats van een volledige beschrijving te geven. Uitgangspunt van de handreiking is globaal te beschrijven welke stappen nodig zijn om de informatieparagraaf op een goede manier te formuleren.

1 Goede zorg en informatie-uitwisseling

1.1 Inleiding

Goede zorg op de juiste plek vraagt om juiste informatie op het juiste moment. Een zorgverlener moet op het juiste moment de juiste informatie om te weten wat er speelt, en welke behandeling een cliënt eerder heeft gehad. Hierdoor hoeft de cliënt maar een keer zijn verhaal te doen. Goede zorg en informatie-uitwisseling zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Als zorgverleners gegevens ook elektronisch uitwisselen, is informatie voor de behandeling en zorg van cliënten sneller beschikbaar, en er is minder kans op fouten.

In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) staat dat een kwaliteitsstandaard vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen. Wat er onder goede zorg wordt verstaan leggen partijen samen vast in een kwaliteitsstandaard. Onder goede zorg verstaat het Zorginstituut in elk geval zorg die veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, die tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

Om goede zorg te vertalen naar informatie-uitwisseling is besloten om de Kwaliteitsstandaarden uit te breiden met een informatieparagraaf. Deze paragraaf beschrijft per stap in een zorgproces welke informatie vastgelegd, geraadpleegd en gedeeld wordt en wat de afspraken hierover zijn. Door het opnemen van deze beschrijving in de kwaliteitsstandaard is het voor iedereen toegankelijk en kan er geen onduidelijkheid ontstaan. Deze handreiking ondersteunt bij het schrijven van de informatieparagraaf.

De specifieke eisen aan een informatieparagraaf staan beschreven in criterium 4 van het *Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten* van Zorginstituut Nederland. Meer informatie over het [Toetsingskader](#) leest u op de website van Zorginstituut Nederland.

1.2 Fundament voor elektronische gegevensuitwisseling

De afspraken in de kwaliteitsstandaard zijn het fundament voor elektronische gegevensuitwisseling. Dit blijkt uit de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) die op dit moment wordt voorbereid. Elektronische gegevensuitwisseling is noodzakelijk om goede zorg te kunnen verlenen. Wanneer zorgverleners in de kwaliteitsstandaard het delen van informatie als onderdeel van de kwaliteit van zorg hebben beschreven, dan kan de Wegiz zorgverleners verplichten deze informatie elektronisch te delen. Niet alleen binnen de zorginstelling maar juist tussen zorginstellingen. Hiervoor is het nodig dat mensen én systemen van verschillende organisaties elkaar begrijpen en met elkaar kunnen communiceren. Dat noemen we 'interoperabiliteit'. De afspraken uit de kwaliteitsstandaard zijn de basis voor de normeringen en de wettelijke verplichtingen onder deze nieuwe wet. Hoe de kwaliteitsstandaarden de basis vormen voor elektronische gegevensuitwisseling ziet u in deze [animatie](#).

1.3 Primair en secundair gebruik

Het is belangrijk om te weten dat de gegevens die in het zorgproces worden vastgelegd en uitgewisseld ook gebruikt worden in trajecten als Samen beslissen en voor secundair gebruik in het kader van 'samen leren en verbeteren', uitkomst- en verantwoordingsinformatie en voor onderzoeks- en wetenschapsdoeleinden. De informatieparagraaf biedt handvatten voor het vastleggen van gegevens voor secundair gebruik.

1.4 Kennisontwikkeling

Deze handreiking is geschreven voor partijen die zich bezig houden met de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Voor het opstellen van een informatieparagraaf is naast inhoudelijke kennis van het zorgproces ook kennis van de informatievoorziening nodig. In deze handreiking nemen wij u mee in de stappen die nodig zijn om te komen tot een goede informatieparagraaf. De informatieparagraaf als onderdeel van de kwaliteitsstandaard is voor alle partijen nieuw. Om de verandering in het veld te stimuleren kan het Zorginstituut gevraagd worden indieners tijdelijk te ondersteunen bij het opstellen van de informatieparagraaf. Op deze manier willen wij de methodiek delen en kennis over dit onderwerp breder verspreiden.

Deze handreiking is ook interessant voor mensen die betrokken zijn bij het formuleren van informatiestandaarden en NEN-normen. De kwaliteitsstandaard vormt de basis voor de nadere specificatie van de informatie in de informatiestandaarden en de benodigde eisen aan taal- en techniek die in de normen worden beschreven.

1.5 Samenhang kwaliteitsstandaard met NEN-normen en informatiestandaarden

Onder de Wegiz kunnen specifieke gegevensuitwisselingen, zoals die in kwaliteitsstandaarden beschreven staan, aangewezen worden als verplicht elektronisch. Deze verplichting tot het uitwisselen op een elektronische manier wordt in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) door de minister uitgevaardigd. De AMvB kan naast de verplichting tot elektronische uitwisseling ook verplichten tot gestructureerde gegevensuitwisseling op basis van normalisatie van de gegevensuitwisseling en certificering van de gebruikte software of dienst. Bij de normalisatie kan verwezen worden naar een informatiestandaard die beschrijft hoe informatie dient te worden uitgewisseld.

In overleg met alle ketenpartijen wijst VWS een gegevensuitwisseling aan die verplicht elektronisch moet verlopen. Deze gegevensuitwisseling wordt geagendeerd op de [Meerjarenagenda Wegiz](#).

Een veel gestelde vraag is wat het verschillen zijn tussen een informatieparagraaf en een informatiestandaard. In onderstaande tabel geven we daar antwoord op:

Een informatieparagraaf gaat in op het WAT: de informatie en kennis die de zorgverlener nodig heeft om zijn werk te kunnen doen en de cliënt over te dragen aan een andere zorgverlener. Doel is een logisch samenhangende beschrijving van de betekenis van de gegevens die worden vastgelegd en gebruikt bij de overdracht van cliënten.	Een informatiestandaard gaat in op het HOE: de technische specificatie van gegevens, terminologie en uitwisselingsspecificaties. Doel is een functioneel samenhangende beschrijving van informatie, berichten en datasets voor gegevensuitwisseling.
---	---

2 In vier stappen een informatieparagraaf schrijven

In dit hoofdstuk beschrijven we stap voor stap welke afspraken u in de informatieparagraaf van de kwaliteitsstandaard moet vastleggen.

Figuur 1 - Overzicht van de stappen die u zet om de informatieparagraaf te formuleren



2.1 Stap 1 – Visualiseer het zorgproces

Het zorgproces beschrijft de afspraken wie, wanneer, wat en waarom moet doen om goede zorg voor de cliënt te realiseren. Daarnaast is het de basis om de informatie- en kennis behoefte van de zorgverlener inzichtelijk te maken.

Vrijwel alle kwaliteitsstandaarden beschrijven het zorgproces voor goede zorg. In de huidige situatie zijn deze processen veelal in tekst uitgeschreven. Tekstuele processen zijn complex, zowel om te leren begrijpen als om te onderhouden. Daarom is het aan te bevelen om het proces te visualiseren en te structureren.

Waarom is het visualiseren van zorgprocessen belangrijk?

Het visueel weergeven van processen biedt een aantal voordelen, namelijk:

- procesbeschrijvingen worden duidelijker, completer en eenduidig interpreteerbaar;
- het is makkelijker om inconsistenties en omissies te ontdekken;
- de processen zijn beter leesbaar, ook voor wie er niet dagelijks mee werkt;
- anderen kunnen processen of delen daarvan makkelijker hergebruiken;
- procesbeschrijvingen zijn beter beheersbaar;
- aanpassingen doorvoeren is eenvoudiger;
- het geeft beter overzicht van de gevolgen van aanpassingen op andere (deel)processen.

Advies: Gebruik de standaard voor procesmodellering (BPMN)

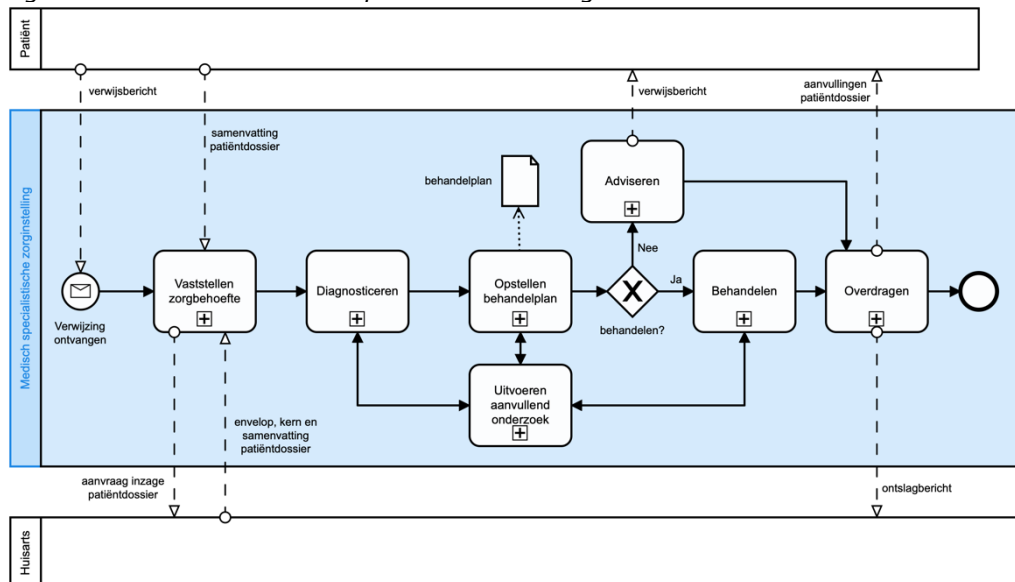
Zorgprocessen modelmatig in beeld brengen en vastleggen kan op talloze manieren met evenzoveel methoden. Een veelgebruikte internationale standaard voor procesmodellering is BPMN (*Business Process Modeling Notation*) van de [Object Management Group](https://www.omg.org/spec/BPMN)¹. Deze maakt gebruik van een formele tekentaal waarin veel proceslogica en regels kunnen worden opgenomen. Verschillende tekentools en applicaties ondersteunen BPMN, het is voor een breed publiek leesbaar en er zijn *best practices* en veel documentatie beschikbaar over de toepassing.

Speciaal voor de gezondheidszorg is een aanpak gemaakt voor het delen van klinische processen, beschreven in de [Field Guide to Shareable Clinical Pathways van \(BPM+ Health\)](https://www.bpm-plus.org/healthcare-and-bpmn.htm)². Deze gids beschrijft een aanpak voor de modellering van processen en de daarbij benodigde informatie.

Beschrijf het zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt

Een kwaliteitsstandaard beschrijft goede zorg vanuit het perspectief van de cliënt. Een beschrijving van het zorgproces begint daarom bij de cliënt die een zorgvraag formuleert. De zorgvraag wordt mono- of multidisciplinair beantwoord door zorgverleners. Zij werken samen en brengen individueel expertise in een samenwerkingsverband. Dit samenwerkingsverband is het kader waarvoor de zorgprocessen in de kwaliteitsstandaard worden gemodelleerd en waarvoor de kwaliteitsstandaard van toepassing is.

Figuur 2 - Voorbeeld van een processchema volgens de BPMN standaard*



* De tekening toont op globaal niveau de processtappen en de informatiestromen tussen cliënt, medisch specialist en huisarts**. Het kader in het midden – de medisch specialistische zorginstelling – is de scope van de kwaliteitsstandaard in het voorbeeld.

** Bron: Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP)

¹ <https://www.omg.org/spec/BPMN>.

² <https://www.bpm-plus.org/healthcare-and-bpmn.htm>.

Processen kunnen op verschillende detailniveaus worden weergegeven

Om de processen te structureren kunt u de processen op verschillende detailniveaus tekenen en beschrijven, namelijk:

In een of meer **ketenprocessen** of **netwerkprocessen** (bijvoorbeeld bij netwerkzorg) kunt u de activiteiten in beeld brengen die de samenwerkende organisaties samen uitvoeren. Per organisatie kunt u de **zorgprocessen** weergeven en vervolgens de **werkprocessen** en **procedures**. Dit geeft een beeld van de activiteiten van de verschillende disciplines van zorgverleners die betrokken zijn in het proces. Een sjabloon kan daarbij versnellend werken, bijvoorbeeld het zorgprocesmodel uit de [Ziekenhuis Referentie Architectuur](#)³ (ZiRA) zoals in figuur 4 is gehanteerd. Wanneer richtlijnen en/of professionele standaarden beschikbaar zijn, kunt u voor het beschrijven van de procedures ook daarnaar verwijzen.

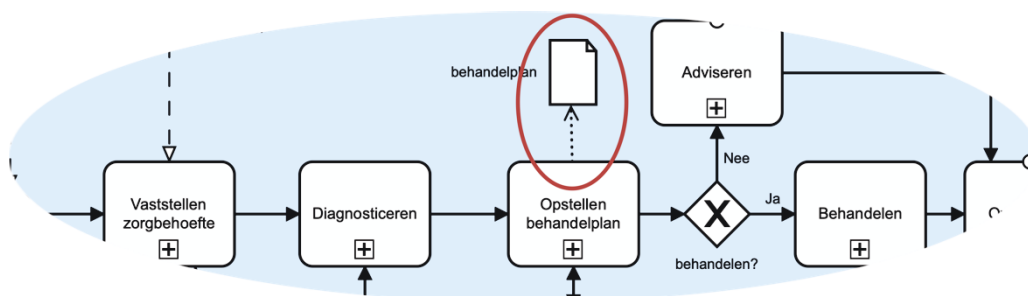
In de processen en procedures geeft u de **informatieobjecten** weer. Op alle plekken waar informatie wordt vastgelegd, geraadpleegd dan wel informatie tussen zorgverleners wordt uitgewisseld, is sprake van een informatieobject.

2.2 Stap 2 – Identificeer de relevante informatieobjecten

Een informatieobject of dataobject is een BPMN-term voor een verzameling – met elkaar samenhangende – gegevens. Verwijsbrief of verwijzing is een voorbeeld van een verzameling gegevens die bij elkaar horen omdat het betrekking heeft op de verwijzing van een cliënt naar een zorgverlener. Verwijsbrief is daarom een informatieobject.

Uit de beschrijving van het zorgproces (inclusief het visuele processchema) moet zijn af te leiden waar en waarom in het proces informatie nodig is en waar deze informatie is geregistreerd. In de beschrijving is deze informatiebehoefte en registratie herkenbaar als informatieobject. De scope van de kwaliteitsstandaard bepaalt welke informatieobjecten relevant zijn en welke daarom in de informatieparagraaf worden uitgewerkt.

*Figuur 3 – Identificeren van een registratie**

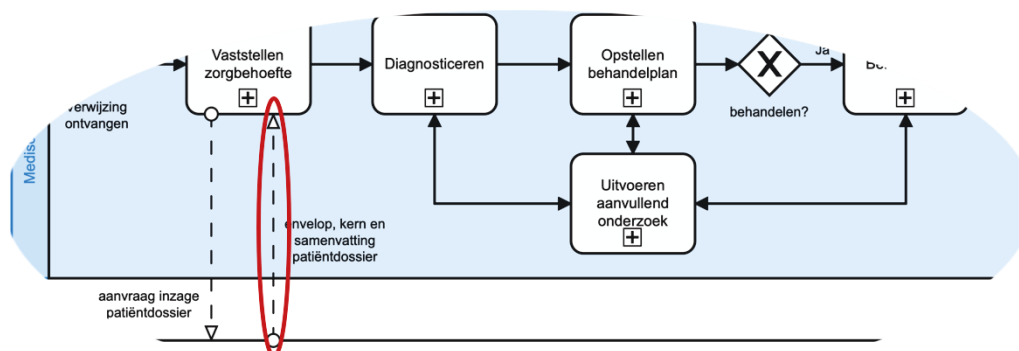


** De tekening toont in de rode ellips de registratie van het informatieobject behandelplan.*

Bij de beschrijving van het zorgproces zijn de informatieobjecten (zoals in figuur 5 en 6) in beeld gebracht. Deze informatieobjecten worden verder uitgewerkt in een specificatie van de gegevens in het informatieobject en de betekenis van deze gegevens.

³ <https://sites.google.com/site/zirawiki/>.

Figuur 4 – Identificeren van een informatiestroom*



* De tekening toont in de rode ellips de informatiestroom van het informatieobject envelop, kern en samenvatting cliëntdossier.

2.3 Stap 3 – Specificeer de informatieobjecten

In de procesplaat wordt met korte omschrijvingen aangegeven welke informatie noodzakelijk is. In de specificatie maak je voor al deze korte omschrijvingen een meer gedetailleerde uitwerking. Daarbij is het belangrijk dat concreet en eenduidig wordt beschreven om welke informatie het gaat en waarom die informatie nodig is.

Bij het beschrijven van welke informatie nodig is, worden begrippen / woorden gebruikt om aan te duiden wat je bedoelt. Het is echter niet vanzelfsprekend dat iedereen bij eenzelfde woord ook hetzelfde begrip heeft van wat er precies bedoeld wordt. Om te voorkomen dat er interpretatieverschillen ontstaat is het daarom van belang om eenduidig te beschrijven wat precies wordt bedoeld. Het is belangrijk om bij de woorden die je gebruikt voor de informatiebeschrijving goede definities te gebruiken wat deze woorden precies betekenen. Hiervoor zijn vaak al definities beschikbaar waarnaar verwezen kan worden, bijvoorbeeld in een thesaurus.

Naast een goede definitie van de betekenis van de informatie is het ook belangrijk om zo precies mogelijk aan te geven wat de reikwijdte is van de benodigde informatie. De reikwijdte kan betrekking hebben op een bepaald aandachtsgebied dat relevant voor de scope van de kwaliteitsstandaard en kan ook een tijdperiode betreffen. Bijvoorbeeld wanneer een overzicht van voorgaande behandelingen wordt opgevraagd, zijn dan alle behandelingen binnen een zorgorganisatie van belang, of bijvoorbeeld alleen de behandelingen binnen een afdeling van die zorgorganisatie? Om dit concreet te maken kan bijvoorbeeld gespecificeerd: "alle behandelingen op de afdeling oncologie in de afgelopen 12 maanden".

Voorbeeldspecificatie van een informatieobject

In het zorgproces van het voorbeeld in paragraaf 2.2 is het informatieobject "envelop, kern en samenvatting cliëntdossier" geïdentificeerd. Voor het onderdeel "samenvatting cliëntdossier" wordt een nadere specificatie uitgewerkt:

"Samenvatting cliëntdossier" is een actueel medisch overzicht van de cliënt. Dit is noodzakelijk om de continuïteit van zorg voor de cliënt te kunnen waarborgen en om het behandelplan af te kunnen stemmen op de specifieke situatie van de cliënt. De samenvatting cliëntdossier bevat minimaal de volgende informatie:

Tabel 1 – voorbeeld van specificatie van informatieobjecten*

Onderwerp	Inhoud	Toelichting
Administratieve gegevens	NAW gegevens van de cliënt en, indien van toepassing, zijn/haar contactpersoon. Identificerende gegevens van de cliënt Verzekeringsgegevens van de cliënt	De laatst bekende gegevens zoals opgenomen in het systeem van de huisarts. Deze gegevens hebben een administratieve functie.
Klachten en diagnose	Klachten van de cliënt (voorlopige) diagnose	Gegevens uit de anamnese en diagnosestelling van de cliënt zoals vastgelegd door de huisarts, die aanleiding zijn voor de verwijzing. Bekende klachten en diagnoses van de cliënt over de afgelopen 10 jaar, zoals opgenomen in het systeem van de huisarts.
Allergieën	Allergieën van de cliënt	Alle allergieën van de cliënt zoals opgenomen in het systeem van de huisarts.
...		

**NB: De tabel dient als voorbeeld hoe een specificatie van een informatieobject eruit kan zien; het is geen realistische uitwerking van de minimale informatiebehoefte bij overdracht van huisarts naar medisch specialist.*

2.4 Stap 4 - Verifieer dat registratie, raadpleging en overdracht op elkaar aansluiten

Probeer te komen tot een 'sluitend' geheel: informatie komt niet 'uit de lucht vallen', maar wordt op een bepaald moment door iemand vastgelegd of beschreven, zodat die later gebruikt kan worden. In de beschrijvingen moet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het vastleggen van welke informatie en waarom deze informatie vastgelegd of gebruikt moet worden.

Om de informatieparagraaf te verifiëren, kunt u denken aan onderstaande vragen:

- Welke informatie is noodzakelijk om een processtap uit te voeren?
- Waarom is deze informatie noodzakelijk?
- Waar komt deze informatie vandaan (in welke processtap is die ontstaan)?
- Welke nieuwe informatie ontstaat bij een processtap?
- Waar is deze nieuwe informatie nodig (bij welke processtap wordt deze informatie gebruikt)?
- Is het proces vanuit de cliënt beschreven?
- Kent het proces een duidelijke start en eind?

2.5 Tot slot

Het toetsingskader vereist dat een kwaliteitsstandaard een adequate beschrijving van gegevens bevat die vastgelegd en uitgewisseld moeten worden om goede zorg te verlenen (informatieparagraaf). Door het uitwerken volgens de vier stappen kunnen de toetsingsvragen over de informatieparagraaf positief beantwoord worden.