D 21

TNO-rapport
PG 98.042

Draagvlakonderzoek Landelijk Classificatie- en Registratiesysteem Klinische Geriatrie

TNO Preventie en Gezondheid
Divisie Collectieve Preventie

Katholieke Universiteit
Nijmegen
Medische Informatiekunde

auteurs:
W. Davidse
A.J. ten Hoopen

datum:
oktober 1998

TNO Preventie en Gezondheid
Gorterbibliotheek

02 DEC 1998

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

Stamboeknummer

17.132

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1998 TNO

Katholieke Universiteit Nijmegen

Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek TNO.

Davidse, W.

90-6743-560-0

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 27,85 (incl. BTW) op postbankrekening 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 98.042

INHOUD

SAMENVATTING i

1. INLEIDING 1

1.1 Aanleiding 1
1.2 Doelstelling 3
1.3 Werkwijze 3
1.4 Opbouw rapportage 7

2. RESULTATEN VAN DE GESPREKKEN 8

2.1 Klinisch geriaters 8
2.2 Management 20
2.3 Overige gesprekken 22

3. VERSLAG VAN DE INVITATIONAL CONFERENCE EN TELEFONISCHE CONSULTATIE 26

3.1 Invitational Conference 26
3.2 Telefonische consultatieronde 30

4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN 31

BIJLAGEN 33

SAMENVATTING

Het draagvlakonderzoek waarvan dit rapport een verslag vormt, is uitgevoerd met financiële steun van het Ministerie van VWS. Nagegaan werd wat het draagvlak is voor de ontwikkeling en implementatie van een landelijk classificatie en - registratiesysteem op het gebied van de klinische geriatrie. Tevens zijn de (globale) informatiebehoeften van verschillende betrokken partijen gepeild en beschreven.
Dat is gedaan door het houden van een serie individuele gesprekken met betrokkenen, het organiseren van een 'invitational conference' en tenslotte door een telefonische consultatieronde onder een aantal klinisch geriaters. Door deze werkwijze kunnen de resultaten beschouwd worden als representatief voor de opvattingen binnen de beroepsgroep van klinisch geriaters.

Met het Ministerie van VWS werd overeengekomen dat in dit draagvlakonderzoek de volgende vragen beantwoord dienden te worden:

* Welk belang hecht men aan een registratie- en classificatiesysteem voor de klinische geriatrie?
* Welk soort informatie dient het systeem te leveren en voor welk doel?
* Op welke wijze en onder welke voorwaarden dient men gebruik te maken van het systeem?
* Onder welke voorwaarden wil men in beginsel in financieel opzicht bijdragen aan het ontwikkelen van een dergelijk systeem en/of het onderhouden ervan?
* Onder welke voorwaarden wil men anderszins een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en/of het onderhouden van het systeem?

Per vraag worden hieronder de belangrijkste uitkomsten van het draagvlakonderzoek genoemd.

1. Welk belang hecht men aan een registratie- en classificatiesysteem voor de klinische geriatrie?

Het belang wordt door de verschillende partijen zonder meer groot genoemd. Een goede registratie is nodig voor de verdere profilering van het vak en het voor de buitenwereld inzichtelijk maken van waar men in de klinische geriatrie mee bezig is. Voorts is een registratiesysteem nodig om op een verantwoorde wijze de producttypering verder te ontwikkelen. Bij dit alles dient aangetekend te worden dat de huidige Landelijke Medische Registratie ongeschikt is om informatie te verschaffen die essentieel is voor de geriatrie.

2. Welk soort informatie dient het systeem te leveren en voor welk doel?

Bij deze vraag is in de gesprekken met in het bijzonder de klinisch geriaters zeer uitvoerig stilgestaan. De volgende doelen/gebruiksmogelijkheden zijn naar voren gebracht, in volgorde van belangrijkheid:

- kwaliteit en professionalisering;
- het genereren van spiegelinformatie en van gegevens ten behoeve van toetsing en verantwoording (en jaarverslag);
- onderzoeksactiviteiten;
- onderhandelingen met het management en zorgverzekeraars.

Wat betreft de hiervoor noodzakelijke gegevens dient ten eerste opgemerkt te worden dat de besluitvorming hierover pas in het vervolgtraject plaats zal hebben: het draagvlakonderzoek geeft een eerste afbakening en opsomming. Ten tweede is tijdens de gesprekken en de 'invitational conference' duidelijk gebleken dat er een spanningsveld bestaat tussen wat men zou willen registreren enerzijds en wat redelijkerwijs mogelijk is anderzijds. In de besluitvorming hierover in het vervolgtraject zal dit punt nader uitgewerkt dienen te worden. Dit neemt niet weg dat de klinisch geriaters in dit stadium duidelijke voorkeuren hebben voor vast te leggen informatie. Naast algemene gegevens gaat het daarbij vooral om gegevens die essentieel zijn voor de klinische geriatrie (vooral functionele gegevens als ADL-taken, incontinentie, mobiliteit, communicatie en dergelijke). Hieraan zal tijdens het vervolg preciezer uitwerking worden gegeven.

3. Op welke wijze en onder welke voorwaarden denkt men gebruik te maken van het systeem?

Zoals eerder vermeld werd, staat men zonder meer positief ten opzicht van een registratie-systeem. Dat neemt niet weg dat er bij het opzetten van het systeem rekening moet worden gehouden met factoren die invloed hebben op de medewerking. Zo moet het tijdsbeslag niet te groot zijn, hetgeen inhoudt dat de omvang van de te registreren gegevens beperkt dient te worden gehouden (zie de opmerking over het spanningsveld bij het vorige punt). Verder moet het systeem gebruikersvriendelijk zijn en dient te worden voorzien in een goede opleiding/training en ondersteuning in de operationele fase. Ook is een goede afstemming met en inpassing in lopende registratie-activiteiten binnen ziekenhuizen noodzakelijk.

Een ander punt dat aan de orde is geweest, betreft de mate waarin een registratiesysteem flexibel kan of moet zijn. Geconcludeerd is dat er wel sprake zal moeten zijn van enige flexibiliteit, om zo tegemoet te kunnen komen aan individuele voorkeuren, maar dat dit dan wel een flexibiliteit onder regie van de beroepsgroep moet zijn.

4. Onder welke voorwaarden wil men in beginsel in financieel opzicht bijdragen aan het ontwikkelen van een dergelijk systeem en/of het onderhouden ervan?

Aangezien klinisch geriaters in loondienst werken, en geriatrie veelal een (relatief nieuw) aandachtsgebied van het management is, ligt het voor de hand dat ziekenhuizen een financiële bijdrage leveren. Tijdens de 'invitational conference' werd geconcludeerd dat dit mogelijk moet zijn. Van de zijde van het geraadpleegde ziekenhuismanagement werd dit bevestigd. Voorts kan een deel van het systeem betaald worden door instanties die van de informatie gebruik gaan maken.

5. Onder welke voorwaarden wil men anderszins een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en/of het onderhouden van het systeem?

De beroepsgroep van klinisch geriaters is bereid in de ontwikkeling en exploitatie van het systeem te investeren door expertise en capaciteit ter beschikking te stellen. Het bestuur van de sectie klinische geriatrie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie dient in dit geheel een actieve rol te spelen.
Een reële vergoeding voor het leveren van gegevens aan derden, waaronder VWS, zal een aanzienlijke bijdrage aan de begroting dienen te leveren.

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding

Binnen de beroepsgroep van klinisch geriaters bestaat al een aantal jaren behoefte aan het ontwikkelen van een classificatie- en registratiesysteem. De start ligt in feite bij een (wetenschappelijk) onderzoek in 1986 door het NZI uitgevoerd, waar ook de oorsprong van het begrip LKGR (landelijke klinische geriatrie registratie) ligt.
Een later project, dat begin jaren negentig werd uitgevoerd door de SIG in opdracht van de afdeling Epidemiologie van het ministerie van WVC, leidde tot een prototype van een registratie naar LMR-model, gebruik makend van het formularium dat in genoemd NZI project was ontwikkeld. Dit SIGproject werd echter beëindigd voordat er een operationele registratie tot stand was gekomen. Geen van deze initiatieven werd gekenmerkt door een ruime betrokkenheid van of draagvlak binnen de beroepsgroep, noch is in het kader van het SIG project een analyse gemaakt van de essentiële kenmerken van het geriatrisch hulpverleningsproces.
Inmiddels werd binnen de Commissie Landelijke Klinische Geriatrie Registratie (LKGR) van de sectie Klinische Geriatrie (KG) van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVvG), voortbordurend op genoemde eerdere projecten, begonnen met de ontwikkeling van een registratie op het gebied van de Klinische geriatrie (Klinger). Om deze registratie uiteindelijk ruimer te kunnen opzetten en professioneel te ondersteunen werd door de LKGR contact gezocht met TNO Preventie en Gezondheid, divisie Volksgezondheid (voorheen Collectieve Preventie), sector Volwassenen (TNO-PG) en de afdeling Medische Informatiekunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen (MI-KUN). Dit resulteerde in de afspraak om gezamenlijk een voorstel te formuleren voor de ontwikkeling van een Registratie- en Classificatiesysteem voor de klinische geriatrie. Aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd daartoe een subsidie gevraagd. Deze werd toegekend. Namens de minister werd meegedeeld dat zij en de staatssecretaris groot belang hechten aan de ontwikkeling van de geriatrie en dat zij de ontwikkeling van een informatiesysteem geriatrie financieel gaarne zouden ondersteunen, aangezien een goede informatievoorziening over de zorg aan geriatrische patiënten van belang is (brief d.d. 17 september 1996, GZB/PCZ-U-963178).

Hierna werd door de LKGR, TNO-PG en de MI-KUN een projectvoorstel gemaakt met als projecttitel 'Ontwikkeling van een Registratie- en Classificatiesysteem voor de klinische geriatrie'. Dit werd namens de sectie KG bij VWS ingediend (op 24 december 1996, brief MOR 96/195).
Het voorgenomen project werd gesplitst in twee fasen. Fase I zou bestaan uit een onderzoek naar informatiebehoeften en systeemontwikkeling, met als onderdelen:

* Onderzoek naar de informatiebehoefte van gebruikers (mede in relatie tot eerdere ervaringen en Klinger)
* Vaststellen van de verschillende data sets voor het registratiesysteem teneinde te kunnen voldoen aan de in stap 1 onderkende informatiebehoeften.
* Ontwikkelingsfase van een klinisch geriatrische classificatie.
* Ontwikkelingsfase van de technische voorwaarden om tot een passend registratiesysteem te kunnen komen.
* Maken van een gedetailleerd plan voor fase II.

Fase II zou zich richten op invoering en toetsing van het ontwikkelde systeem. Dit projectvoorstel is als bijlage [1] opgenomen in deze rapportage.

Het ministerie stelde in reactie op dit voorstel dat men in eerste instantie behoefte had aan het uitvoeren van een (gedeelte van een) aangepaste fase I, omvattende een onderzoek naar het draagvlak voor het registratiesysteem en een (globale) vaststelling van de informatiebehoefte bij betrokken partijen (brief 25 maart 1997, DOB/OAO/U-971981). Hoewel in het projectvoorstel voorzien was in een (grondige) inventarisatie van informatiebehoeften, miste men het onderzoek naar het draagvlak. Deze aangepaste fase I zou duidelijkheid moeten brengen over de haalbaarheid van een registratiesysteem en een bijgesteld projectvoorstel op dienen te leveren voor de volgende fasen.
Nadat een aangepast projectvoorstel voor fase I bij VWS werd ingediend (12 juni, WH/GB 97/117) en van de zijde van VWS daarop werd gereageerd (3 september 1997, DOB/OAO-975878), werd het wederom aangepaste voorstel d.d. 28 oktober 1997 aangeboden aan VWS. Dit voorstel, dat is opgenomen als bijlage [2] werd door VWS goedgekeurd waarna subsidie werd toegekend (brief 25 november 1997, DOB/OAO/977526).
Op grond van de resultaten van het draagvlakonderzoek wordt door VWS een besluit genomen over het al dan niet doorgaan van (de overige onderdelen van) het project.

1.2 Doelstelling

Het doel van dit draagvlakonderzoek is tweeledig:

* Het aangeven wat het draagvlak voor een registratiesysteem op het gebied van de klinische geriatrie is bij verschillende partijen.
* Het beschrijven van de globale informatiebehoeften van deze partijen.

Hierbij wordt de informatiebehoefte in termen van de (eind)gebruiker beschreven en (nog) niet in de mate van detail die nodig is voor de bouw van informatiesystemen. Bovendien wordt aandacht besteed aan de voorwaarden waaronder partijen bereid zijn een classificatie- en registratiesysteem 'te dragen'.

1.3 Werkwijze

Antwoord op de vraag naar het draagvlak en de informatiebehoefte is gegeven op grond van een serie gesprekken met (potentieel) betrokkenen, een 'invitational conference' en een telefonische consultatieronde.

Gesprekken met een aantal betrokkenen.
Draagvlak en informatiebehoeften zijn gepeild door middel van gesprekken met een aantal betrokkenen en potentieel betrokkenen. Het betreft de volgende gesprekken:

* Met klinisch geriaters (in totaal 13 geriaters). Bij de selectie is getracht een zo goed mogelijke verdelingen te maken naar algemene versus academische ziekenhuizen, het al dan niet bekend zijn met Klinger en naar regio. Aangezien er in Nederland ruim 20 afdelingen klinische geriatrie zijn in algemene en academische ziekenhuizen, is met geriaters van tweederde van alle afdelingen een gesprek gevoerd. Op grond hiervan mag verwacht worden dat de opvattingen representatief zijn voor de beroepsgroep als zodanig.
* Met personen werkzaam in/bij het management van ziekenhuizen (4 gesprekken). Selectie van deze personen was op voorhand niet duidelijk. Aangezien begonnen werd met gesprekken met geriaters, en de meesten zekere managementverantwoor-delijkheden voor de afdeling in het betreffende ziekenhuis dragen, is in de dertien gevoerde gesprekken reeds een beeld ontstaan van het belang dat het (operationeel) management heeft bij een LKGR. Verder is ervoor gekozen de geriaters namen te vragen van

managers/personen werkzaam bij het management in hun eigen ziekenhuis en daarbuiten. Aldus is een beeld ontstaan van personen die voor een gesprek in aanmerking zouden kunnen komen. Het belangrijkste criterium daarbij was de inschatting dat betrokken personen een duidelijke visie hebben ten aanzien van klinische geriatrie in het algemeen en registraties in het bijzonder. Gezien deze opzet, die mede voortvloeide uit het relatief bescheiden karakter van dit draagvlakonderzoek, kan zeker niet worden gesproken van een representatieve steekproef.

* met enkele personen uit de wereld van zorgverzekeraars.
* overig, o.a. personen betrokken bij eerdere registratieprojecten klinische geriatrie.

Deze gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een checklist (voor zover relevant gezien de functie van de gesprekspartner) die in bijlage 3 wordt weergegeven. De gestelde vragen zijn de volgende:

1. Welk belang hecht men aan een classificatie- en registratiesysteem voor de klinische geriatrie?
   De bedoeling van deze vraag is het gesprek zo neutraal mogelijk te openen en de geriaters in eigen woorden te laten weergeven welk belang zij hechten aan een landelijk registratiesysteem.

2. Welk doel vindt men belangrijk en welk soort informatie is daarvoor nodig, nu en in de toekomst?
   Ten aanzien van zowel het doel/gebruiksmogelijkheden van de ontwikkelen registratie als de daarvoor noodzakelijke informatie is de vraag in eerste instantie gesteld als een open vraag. Daarna zijn mogelijke (andere) doelen in het gesprek ingebracht door de uitvoerders van het draagvlakonderzoek teneinde de opinie te peilen over zoveel mogelijk dezelfde zaken.
   Wat doelen/gebruiksmogelijkheden betreft is a priori gedacht aan de volgende:
   * spiegelinformatie in het algemeen
   * informatie voor jaarverslagen
   * professionalisering van het vakgebied klinische geriatrie
   * het kunnen voeren van onderhandelingen met het management en zorgverzekeraars
   * (wetenschappelijk) onderzoek
   * ten behoeve van een betere samenwerking met andere, externe zorgverleners.

   Hoewel in een draagvlakonderzoek de mogelijke doelen/gebruiksmogelijkheden belangrijker zijn, is ook gevraagd naar het soort informatie dat het te ontwerpen systeem met betrekking tot de genoemde doelen dient te leveren. Inzicht hierin kan ten eerste gezien te worden als een

indicatie van de concrete richting waar het volgens de beroepsgroep heen moet met het te ontwikkelen registratiesysteem en in de tweede plaats kan zo aangegeven worden waar in het vervolgproject knelpunten te verwachten zijn die opgelost moeten worden. Bovendien geeft dit aan waar in het vervolgproject de diepgaande informatie-analyse op gericht moet zijn. Met name vragen als 'wat kunt u niet als u niet over deze informatie beschikt?', 'hoe definieert en meet u de gehanteerde begrippen? en 'hoe legt u zaken thans vast?' zijn uiteraard nog maar globaal aan de orde geweest.

Uitgegaan is van de gegevenscategorieën die in Klinger zijn opgenomen; deze zijn met de gesprekspartners langsgelopen (bijlage 4 bevat het Klinger-vragenformulier). Het betreft de volgende hoofdcategorieën:

* patiëntengegevens
* hospitalisatiegegevens (o.a. opname en ontslag datum, soort opname, verwijzer, reden voor verwijzing en overlijden e.d.)
* sociale status (o.a. woonsituatie, advies t.a.v. ontslag)
* ambulante zorg (voorzorg, nazorg)
* algemene functionele patiëntengegevens (o.a. aanvullende hulpverlening gedurende de opname)
* ADL-taken (wassen, kleden, eten, toiletgang - bij opname en ontslag)
* incontinentie (urine en faecaal - bij opname en ontslag)
* mobiliteit (actieradius, hulpmiddelen, begeleiding - bij opname en ontslag)
* communicatie (gezichtsvermogen, gehoor, spraak, spraakbegrip - bij opname en ontslag)
* psychische toestand (bewustzijn, slaapstoornis, aandacht en concentratie, oriëntatie in tijd, plaats en persoon, korte en lange termijn geheugen - bij opname en ontslag)

Daarnaast kan gedacht worden aan gegevens die niet in Klinger zitten:

* medische diagnose
* klachten/problemen/zorgvraag
* (geriatrische) behandeling
* medicatie
* ontslag naar
* afspraken m.b.t. nazorg en/of overdracht bij ontslag

3. Op welke wijze en onder welke voorwaarden denkt u gebruik te maken van een systeem, nu en in de toekomst?
   Hier van belang de vraag op welke wijze men gegevens uit een registratie beschikbaar willen krijgen en de voorwaarden (organisatorisch, financieel).

4. Voor degenen die ervaring hebben met Klinger: wat zijn wensen voor het te ontwikkelen systeem in verhouding tot Klinger?
   Hiertoe is het gestelde bij de punten 2 en 3 gerelateerd aan Klinger. Aldus werd getracht een korte evaluatie van Klinger uit te voeren. Gevraagd is naar redenen om wel of niet mee te doen aan Klinger, naar het oordeel over de huidige vraagcategorieën en wat men mist.

Invitational conference

Na de serie gesprekken is een tussenrapportage gemaakt die ingebracht is tijdens een 'invitational conference'. Hiervoor zijn uitgenodigd een aantal gesprekspartners uit de kring der praktizerende Klinisch Geriaters plus delegaties van de sectie KG, van het bestuur van de NVvG, de Beroepsbelangencie, en de uitvoeringsorganisaties TNO-PG & MI-KUN. Doel van deze bijeenkomst was de consensus te peilen t.a.v. het antwoord op de volgende twee (clusters van) vragen:

* Onder welke voorwaarden wil en kan men in beginsel in financieel opzicht bijdragen aan het ontwikkelen van een dergelijk systeem en/of het onderhouden ervan?
* Onder welke voorwaarden wil en kan men anderszins een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en/of het onderhouden van het systeem?

Telefonische consultatieronde.
Na de invitational conference is met een aantal Klinisch Geriaters waarmee in eerste instantie gesprekken gevoerd waren, nog een telefonische consultatie gehouden. Doel daarvan was vast te stellen of men de conclusies die op grond van de tussenrapportage op de invitational conference waren getrokken, kon onderschrijven.

Op grond van de inzichten die aldus zijn verworven zijn door de auteurs van dit rapport de eindconclusies getrokken betreffende het draagvlak.

1.4 Opbouw rapportage

In hoofdstuk 2 worden de resultaten beschreven van de gesprekken met klinisch geriaters, met enkele personen uit de kring van het ziekenhuismanagement, zorgverzekeraars en overigen. Hoofdstuk 3 bevat een kort verslag van de 'invitational conference', en van de telefonische consultatieronde. In hoofdstuk 4 tenslotte formuleren de onderzoekers hun conclusies en aanbevelingen betreffende het draagvlak voor een registratiesysteem in de klinische geriatrie.

2. RESULTATEN VAN DE GESPREKKEN

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de gesprekken met de verschillende betrokkenen weergegeven. Achtereenvolgens zijn dat de klinisch geriaters, enkele personen uit de kring van het ziekenhuismanagement en overigen. De weergave geschiedt aan de hand van de in het vorige hoofdstuk beschreven vier vragen. Per categorie gesprekspartners worden tenslotte enkele opmerkingen gemaakt die van belang zijn.

2.1 Klinisch geriaters

1. Welk belang hecht men aan een classificatie- en registratiesysteem voor de klinische geriatrie?
Het belang van de ontwikkeling van een goede classificatie en registratie wordt door alle geconsulteerde klinisch geriaters onderschreven. Iedereen is in beginsel bereid er aan mee te werken. Het oordeel varieert van gematigd tot zeer positief. Daarbij is het belangrijk dat de vast te leggen gegevens relevant zijn voor de klinische geriatrie; een registratie mag niet verworden tot een 'registratie om het registreren'. Dit kan voorkomen worden door de hele beroepsgroep goed te betrekken bij het project, niet alleen tijdens het draagvlakonderzoek (zoals nu gebeurd is) maar ook in het vervolgproject en daarna.
Een aantal argumenten is aangevoerd ter onderbouwing van dit positieve oordeel.
Over het algemeen hebben de geïnterviewde klinisch geriaters deze vraag beantwoord vanuit de positie van de beroepsgroep als geheel. Men acht het van belang dat, nu het vakgebied na de opbouwfase in een volgend stadium is beland, er gewerkt wordt aan de verdere *profilering* van het vakgebied. Een registratiesysteem levert informatie op over bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie en de zorgverlening. Deze informatie kan van belang zijn bij de verdere uitbouw van het vak, waarbij wellicht meer dan tot nu toe gestreefd wordt naar een zekere uniformering (waarbij overigens wel rekening gehouden moet worden met de grote heterogeniteit van de patiëntengroep die eigen is aan de geriatrie). Voorts kan men met behulp van een registratiesysteem aan de buitenwereld laten zien welk soort patiënten men in de geriatrie ziet, met welke problemen, wat de geriatrie kan betekenen voor deze patiënten en hoe de patiëntenstromen zijn (komen de mensen op de juiste plek terecht?) Dit is van belang omdat de geriatrische patiënt en de verleende zorg verschillen van (oudere) patiënten die door andere specialismen worden behandeld. Geriatrische patiënten zijn gekenmerkt door gelijktijdig optredende gezondheidsproblemen. Daardoor is de zorg anders dan die welke

geboden wordt door de andere specialismen in het ziekenhuis werken (onder meer multidisciplinair, meer gericht op verbeteren van het functioneren, bijv. de zelfredzaamheid, dan op het verhelpen van puur somatische problemen). Om deze redenen zijn vergelijkingen binnen ziekenhuizen met andere specialismen niet zonder meer zinvol.

De noodzaak van wat hiervoor werd gesteld, wordt mede gevormd door het feit dat de bestaande Landelijke Medische Registratie (LMR) ten enenmale niet geschikt is om informatie te verschaffen over zaken die van essentieel belang zijn voor de geriatrie. De LMR kent slechts één hoofddiagnose terwijl in de geriatrie verschillende diagnoses nevengeschikt zijn, de LMR bevat geen enkele informatie over de functionele status (zelfredzaamheid etc.) van patiënten. Ook zegt bepaalde LMR-informatie niet veel, bijvoorbeeld die over opnameduur; de reden is dat deze sterk afhankelijk is van het voor- en natraject, en de wijze waarop het ouderenzorg netwerk in de regio gestalte heeft gekregen.

Het thans ontbreken van een landelijke registratie wordt in toenemende mate gezien als een probleem. Ten eerste was in het verleden het belang van het aan anderen laten zien wat er binnen geriatrische afdelingen en in de beroepsgroep gebeurt weliswaar niet erg groot, maar in toenemende mate wordt dat wel belangrijk in de contacten met cluster/divisie en ziekenhuis-management en de buitenwereld (bijvoorbeeld zorgverzekeraars), en de verwachting is dat deze trend zich zal doorzetten. Ten tweede zou een veel efficiëntere ontwikkeling van de klinisch geriatrische produkttypering mogelijk zijn, wanneer men al over een opgebouwd (landelijk) registratienetwerk (en de gebruikservaring daarvan) zou beschikken. En ten derde maken ontwikkelingen van en binnen het vakgebied de behoefte aan een goede classificatie en registratie groter: in de afgelopen jaren heeft men veel tijd geïnvesteerd in het in het leven roepen van afdelingen en het verwerven van een plaats in de regionale gezondheidszorg. Nu dit proces op veel plaatsen achter de rug is, ontstaat er ruimte voor en behoefte aan consoliderende (waaronder evaluerende) activiteiten.
Her en der heeft men eigen initiatieven ontwikkeld (bijvoorbeeld in projectvorm) om in de geconstateerde lacunés te voorzien. Dit is in de praktijk moeilijk aangezien de capaciteit aan geriaters per ziekenhuis (in overwegende mate gaat het om solo- of duopraktijken) zeer beperkt is en de wenselijke ondersteuning ontbreekt.

De discussie over het belang van een classificatie en registratie voor afzonderlijke afdelingen spitste zich doorgaans al snel toe op de doelen en gebruiksmogelijkheden van een registratiesysteem. Dit komt bij punt 2 aan de orde.

Geconcludeerd kan worden dat er binnen de beroepsgroep van klinisch geriaters een hoge mate van overeenstemming bestaat over het belang van de ontwikkeling van een goede en efficiënt opgezette landelijke registratie, en van een daarvoor nodige classificatie.

2. *Welk doel vindt men belangrijk en welk soort informatie is daarvoor nodig, nu en in de toekomst?*

Om te beginnen is gevraagd naar het doel (de doelen) en/of de gebruiksmogelijkheden van de ontwikkelen registratie. Hoewel in dit draagvlakonderzoek de aandacht in beginsel gericht is op de '(minimal) basic' data set, kwamen tijdens de gesprekken ook doelen/gebruiksmogelijkheden naar voren die meer van belang lijken voor de twee andere in het projectvoorstel onderkende data sets. Tijdens het vervolgproject zal het punt van de precieze afbakening van de verschillende datasets uiteraard veel aandacht krijgen .

Doelen/gebruiksmogelijkheden

Spiegelinformatie

Als belangrijkste doel/gebruiksmogelijkheid van de te ontwikkelen registratie wordt door de geriaters het genereren van spiegelinformatie gezien. Het begrip spiegelinformatie wordt vaak gedefinieerd op het niveau van de individuele beroepsbeoefenaar of afdeling en in deze betekenis wordt het ook zeer belangrijk geacht door een grote meerderheid van de geïnterviewden. Door terugkoppeling van een aantal belangrijke kenmerken van de patiëntengroep op en de zorg binnen afdelingen ontstaat voor de betrokken geriaters inzicht in de positionering van hun handelen/ dat van hun afdeling t.o.v. een landelijk beeld (gemiddelde, trend). Op grond daarvan kunnen zij zich een oordeel vormen (evaluatie, toetsing van het functioneren, kwaliteitsbeleid in het algemeen) en desgewenst streven naar verandering.

Maar bovengenoemde informatie kan ook worden gebruikt op landelijk niveau. Daar bestaat ook behoefte aan een antwoord op vragen als: welk soort patiënten ziet men in de geriatrie, met welke problemen? In hoeverre verschilt dat van de situatie bij andere specialismen? Wat doet men in de

geriatrie voor deze patiënten? Hoe zien de geriatrische patiëntenstromen eruit, komen de mensen op de juiste plek terecht? Wat dit laatste betreft bestaan waarschijnlijk duidelijke verschillen tussen ziekenhuizen; in het ene ligt de nadruk sterk op somatische patiënten, in het andere juist op psychogeriatrische. De oorzaak hiervan is waarschijnlijk divers: het beleid van verwijzers, interesse geriaters, specifieke situatie in de regio e.d. Een registratiesysteem, mits hierop ingericht (uiteraard) dan wel daarop aan te passen, kan hier meer inzicht in geven, wat in het kader van het streven naar meer uniformiteit van belang is.

Informatie voor jaarverslagen

Het gebruiken van de gegevens uit een registratie ten behoeve van het maken van een jaarverslag ligt in het verlengde van het vorige doel. Veel geriaters zien dit als een belangrijke gebruiksmogelijkheid van de op te zetten registratie. Momenteel blijft het maken van een jaarverslag over het algemeen achterwege, deels doordat het nu erg moeilijk is geaggregeerde gegevens over de patiëntenpopulatie te verkrijgen (zoals eerder werd vermeld, worden de gegevens uit de LMR over het algemeen niet voldoende op de geriatrie toegespitst geacht om er zinvolle informatie uit te halen). De verwachting is dat van geriaters in toenemende mate de informatie die thans hier en daar al in een jaarverslag neergelegd of ad hoc gegenereerd wordt, nodig zullen hebben in het periodiek managementoverleg met bijv. ziekenhuisdirecties of verzekeraars.

(Wetenschappelijk) onderzoek.

De mogelijkheid om zelf onderzoeksactiviteiten te gaan ontplooien vormt voor een aantal geriaters een duidelijke stimulans om tijd te investeren in de registratie als geheel. Zij zien onderzoeksactiviteiten en de mogelijkheden om zelf analyses te kunnen doen op hun patiëntenbestand als het belangrijkste doel (gebruiksmogelijkheid).

Wetenschappelijk onderzoek als doel van de registratie sluit niet helemaal aan op de vorige doelen/gebruiksmogelijkheden omdat dit doorgaans qua gegevensverzameling dermate toegespitst en complex is, dat de gegevens uit de 'minimal basic' data set daarvoor niet toereikend zijn. Wel kan deze 'minimal basic' data set desgewenst gebruikt worden om op alle afdelingen patiënten met bepaalde (vastgelegde) kenmerken te selecteren voor onderzoek - dit gebruik wordt breed gedragen door de beroepsgroep. Voor wetenschappelijk onderzoek zal doorgaans de 'extended (basic)' data set (de uitgebreidere set van gegevens waaraan niet alle klinisch geriaters mee hoeven te doen, of die maar voor een beperkte selectie van patiënten hoeft te worden vastgelegd) en/of de research data

sets (deze gegevens worden per project bepaald, afhankelijk van de vraagstelling; per project wordt nagegaan wie hieraan mee doet) gebruikt moeten worden.

Het belang van wetenschappelijk onderzoek wordt overigens door veel geriaters van harte onderschreven. Als thema's voor wetenschappelijk onderzoek zijn onder meer genoemd het aantonen van een causaal verband tussen interventies tijdens de opname en een verbetering van de functionele status, de wijze waarop geriatrisch patiënten reageren op bijvoorbeeld geneesmiddelen, het ontwikkelen van goede uitkomstmaten voor geriatrische patiënten.

Kwaliteit en professionalisering van het vakgebied klinische geriatrie.
Het verkrijgen van mogelijkheden om spiegelinformatie te genereren of wetenschappelijk onderzoek te bevorderen wordt door velen gezien als een goed begin van verdere profilering en professionalisering. Men ziet ook in de verder professionalisering en ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid op termijn een grote rol weggelegd voor een landelijk registratiesysteem. Net zoals het voor de ontwikkeling van de produkttypering van belang is dat er een efficiënte organisatie bestaat om snel een eerste toetsing van voorstellen op landelijk schaal te kunnen doen, is het bijvoorbeeld bij evaluatie-onderzoek naar effecten van introductie van protocollen van onschatbare waarde dat er een landelijke organisatie bestaat die ingezet kan worden bij gegevensverzameling. Daarnaast zou het onverstandig zijn om voor een in het kader van kwaliteitsbeleid op te zetten complicatie registratie een apart netwerk op te moeten zetten. Ook daarvoor zou een goed ontwikkeld en efficiënt draaiend registratienetwerk van groot belang kunnen zijn.
Met andere woorden, het landelijke registratiesysteem wordt gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor het verder uitbouwen van het vakgebied.

Onderhandelingen met het management en zorgverzekeraars.
De meeste geriaters zien dit wel als een mogelijkheid, sterker nog, als wens (zij het dat de onderhandelingen met de zorgverzekeraars doorgaans via de ziekenhuisdirectie lopen). Hierbij kan op twee manieren tegen dit punt worden aangekeken. In de eerste plaats als het afleggen van verantwoordelijkheid. Hoewel enkele malen een zekere angst bespeurd is voor verkeerd gebruik van betreffende informatie door derden, lijken de geriaters dit min of meer vanzelfsprekend te vinden. De tweede manier is een meer offensieve. Het management en de zorgverzekeraars moeten, als ze inzicht zouden willen hebben in wat er in de geriatrie gebeurt, nu gebruik maken van de LMR-gegevens. Deze gegevens geven geen essentieel beeld, sterker nog, een negatief beeld. Immers

de diagnoses komt men ook bij andere specialismen tegen terwijl het beslag op resources (inzet verpleging bijv.) doorgaans hoog is. Met het laten zien van informatie die kenmerkend is voor de geriatrie kan de beroepsgroep in een sterkere positie komen. Hoe dit ook zij, momenteel is het nog niet echt aan de orde dat het soort informatie dat gegenereerd kan worden door een registratie wordt gebruikt bij de verdeling van budgetten intern en extern. Voor de (nabije?) toekomst wordt dat wel verwacht; daarbij is de ontwikkeling van diagnose/probleem-behandelcombinaties in het kader van produkttypering van belang (zie later).

Het genereren van informatie over de werkdruk op afdelingen geriatrie wordt niet alom gezien als een belangrijke gebruiksmogelijkheid. Enerzijds omdat het bestaande zorgzwaarte-meetinstrument niet specifiek genoeg geacht wordt voor de klinische geriatrie, waardoor alle patiënten - vanwege de polymorbiditeit/verschillende problemen die gelijktijdig optreden - automatisch in de hoogste klasse terechtkomen, anderzijds omdat dit doel (deze gebruiksmogelijkheid) en de daarvoor vast te leggen informatie nogal afwijkt van de rest.

Betere samenwerking met andere, externe zorgverleners.
Het genereren van informatie bijvoorbeeld ten behoeve van gegevensuitwisseling bij ontslag en meer in het algemeen ten behoeve van een meer gefundeerde positiebepaling in het regionale netwerk wordt over het algemeen van minder groot belang geacht dan de meeste andere doelen/gebruiksmogelijkheden.

Overige doelen/gebruiksmogelijkheden
Enkele malen is de opvatting naar voren gekomen dat een goede classificatie van met name de problematiek/zorgvraag en het adequaat functioneren van een registratiesysteem ertoe kan bijdragen dat reeds bij binnenkomst van patiënten gemakkelijker de (geriatrische) diagnosestelling, de te verlenen zorg en de inzet van personeel daarbij, alsmede het ontslag en de nazorg of verwijzing zijn te plannen. De zorg kan daardoor beter beheersbaar en daarmee doelmatiger worden, en wellicht ook kwalitatief beter.

Benodigd soort informatie
Zoals in hoofdstuk 1 werd vermeld, is de vraag welke gegevens nodig zijn om de hiervoor beschreven doelen/gebruiksmogelijkheden te realiseren en in welke data set die gegevens

opgenomen dienen te worden vooral een vraag die in de eerste fase van het vervolgproject beantwoord zal moeten worden.
Niettemin is de vraag tijdens de gesprekken aan de orde gesteld. Deels om de gespreksonderwerpen concreter te maken, deels om nu reeds een indicatie van wensen te hebben alsmede van eventuele knelpunten die in het vervolgproject zijn te verwachten en die dan opgelost moeten worden. In het navolgende worden per hoofdcategorie de belangrijkste opvattingen en opmerkingen in het kort beschreven (zie bijlage 4).

* Patiëntengegevens. Dit betreft algemene gegevens die in elke registratie thuishoren.
* Hospitalisatiegegevens (o.a. opname en ontslag datum, soort opname, verwijzer, reden voor verwijzing en overlijden e.d.). Hiervoor geldt hetzelfde. Hierbij past de kanttekening dat ligduur in de klinische geriatrie een iets andere betekenis heeft dan op andere klinische afdelingen. De patiënt is niet na een aantal dagen genezen; bovendien heeft de geriater er lang niet altijd invloed op - bijvoorbeeld wanneer patiënten opgenomen blijven tot er plaats is in een verpleeghuis, waardoor het begrip ligduur eigenlijk uitgesplitst zou moeten worden in zoiets als diagnostische en behandelfase en 'transfer'fase.
* Sociale status (o.a. woonsituatie, advies t.a.v. ontslag). Deze gegevens zijn van belang met het oog op de continuïteit van de zorg.
* Ambulante zorg (voorzorg, nazorg). Deze worden door de meeste geriaters wel van belang geacht. Het gebruiksdoel moet in het vervolgtraject nog nader verduidelijkt worden (N.B. dit geldt uiteraard ook voor een aantal hieronder behandelde gegevenscategorieën).
* Algemene functionele patiëntengegevens (o.a. aanvullende hulpverlening gedurende de opname). Deze basale gegevens worden belangrijk gevonden.
* ADL-taken (wassen, kleden, eten, toiletgang - bij opname en ontslag). Alle geïnterviewde geriaters achten deze informatie zeer belangrijk aangezien een functionele benadering essentieel is in de geriatrie. Wel zijn enkele kanttekeningen geplaatst. Ten eerste is de lijst items nu erg uitgebreid, niet zozeer voor de dagelijkse zorg op de afdeling maar wel voor een op te zetten registratie; bij voorkeur zou daar een enkele eenvoudige score gehanteerd moeten worden. En ten tweede is gesteld dat het vastleggen van informatie over de ADL-functie, incontinentie, mobiliteit en de communicatie alleen of voornamelijk zin heeft wanneer deze gegevens niet geïsoleerd worden bezien maar gerelateerd kunnen worden aan behandeling en interventies, zodat inzicht ontstaat in het effect van interventies op de functionele gegevens. Hierbij dient aangetekend te worden dat het aantonen van causale

relaties aparte onderzoeksprojecten vereisen, met een uitgebreid scala aan variabelen en daarbij horende gegevens (zie de hiervoor gemaakte opmerkingen bij (wetenschappelijk) doel als doel/gebruiksmogelijkheid).

* Incontinentie (urine en faecaal - bij opname en ontslag). Ook deze informatie wordt door alle geïnterviewde geriaters belangrijk geacht om dezelfde reden als de ADL-taken. En ook hier geldt dat men deze informatie gerelateerd moet kunnen worden aan behandeling en interventies (zie bij ADL-taken).
* Mobiliteit (actieradius, hulpmiddelen, begeleiding - bij opname en ontslag). Hierover is het oordeel hetzelfde als ten aanzien van incontinentie.
* Communicatie (gezichtsvermogen, gehoor, spraak, spraakbegrip - bij opname en ontslag). Ook ten aanzien van deze functie is het oordeel hetzelfde als over incontinentie.
* Psychische toestand (bewustzijn, slaapstoornis, aandacht en concentratie, oriëntatie in tijd, plaats en persoon, korte en lange termijn geheugen - bij opname en ontslag). Alle geriaters vinden dit een belangrijk gegeven, zij het dat enkele malen de wens is uitgesproken dit niet zo uitgebreid vast te leggen als nu in Klinger.
* Medische diagnose. Alle geïnterviewde geriaters zijn van oordeel dat dit gegeven opgenomen dient te worden in de registratie. Dat is van belang voor het landelijke beeld, en daarnaast voor afzonderlijke afdelingen (bijvoorbeeld ten behoeve van beleid (bijscholing, beïnvloeding van patiëntenstromen). Voorts zijn deze gegevens nodig voor het kunnen selecteren van patiënten voor wetenschappelijk onderzoek.

  Twee kanttekeningen kunnen hierbij worden gemaakt. In de geriatrie is er meestal sprake van meer dan één diagnose (in combinatie met functionele beperkingen); deze zijn nevengeschikt. In de op te zetten registratie moet daarmee rekening worden gehouden. En ten tweede is in het eerste projectvoorstel voorzien in het maken van geriatrische diagnose-classificatie, afgeleid van en compatibel met o.a. de ICD-10.
* Klachten/problemen/zorgvraag/opnamereden. Een aantal geriaters heeft naar voren gebracht dat het wenselijk is, naast de diagnoses, ook informatie hierover in de registratie dient te worden opgenomen. Deze informatie dient veel uitgebreider te zijn dan wat nu in Klinger is opgenomen. Als redenen worden opgegeven het feit dat men in de geriatrie een probleemgeoriënteerde werkwijze kent[1], alsmede het belang van deze gegevens in het

[1] In het AZU is een probleemlijst ontwikkeld die gebaseerd is op de International Classification for Primary health Care (ICPC).

kader van de produkttypering (zie later). Anderen stellen dat dit gezien de noodzaak van beperkingen wellicht beter achterwege kan blijven.

* (Geriatrische) behandeling. Enkele geriaters menen dat hierover gegevens dienen te worden opgenomen om een relatie te kunnen leggen tussen behandeling en functionele status en zo inzicht te krijgen in de effectiviteit van geriatrische behandelingen. De noodzaak overeenstemming te bereiken over de vraag wat een goede geriatrische aanpak is voor de verschillende problemen wordt breed geaccepteerd. Al eerder is opgemerkt dat hiervoor apart wetenschappelijk onderzoek nodig is. Over het algemeen bestaat er echter een vrij grote aarzeling om hierover gegevens vast te leggen in de 'minimal basic' data set. Enerzijds ziet men het belang wel in, maar anderzijds bestaat alom de vrees dat deze informatie te complex en uitgebreid wordt, waardoor de bereidheid om het in te vullen afneemt. Bij wijze van compromis zijn nogal wat suggesties gedaan. Deze komen neer op het eventueel opnemen van enkele hoofdcategorieën opnemen (bijvoorbeeld chirurgische ingrepen, medicatie-sanering, gedragstherapie, gebruik van hulpmiddelen) en het vastleggen van de inzet van andere disciplines. De vraag bij dit laatste is echter wat de meerwaarde is. De fysiotherapeut en ergotherapeut komen bij het merendeel van de patiënten. En opgemerkt is dat het consulteren van andere specialisten meer zegt over hoe de geriater met collega's samenwerkt dan over de patiënten. Hier speelt ook de vraag mee vanuit welke doel men dit zou willen registreren. Vanuit het perspectief van het verkrijgen van inzicht in de patiëntenpopulatie heeft het geen zin. Wanneer men daarentegen de complexiteit van de geriatrie zichtbaar wil maken, zou het wel nuttig kunnen zijn. Dit punt verdient tijdens het vervolgproject nadere uitwerking.
* Medicatie. Hoewel ook dit punt op zich van groot belang is voor ouderen en geriatrische patiënten, wordt betwijfeld of hierover gegevens thuis horen in de basic data set . Reden voor de twijfel is dat het invoeren van deze gegevens waarschijnlijk erg tijdrovend zal zijn. Gesuggereerd is om in hoofdgroepen te registreren (antibiotica, psychofarmaca e.d.). Daarvoor dient dan wel weer eerst de gebruikswaarde/ het nut vastgesteld te worden. Enkele geriaters stelden zich op het standpunt dat het vastleggen voor research doelen nuttig is. Ook dit punt dient nader uitgewerkt te worden tijdens het vervolgproject.
* Ontslag naar. Over dit punt wordt verschillend gedacht. Enkelen zijn van mening dat (summiere) informatie hierover relevant is met het oog op het zichtbaar maken van netwerken. Dit zou vastgelegd kunnen worden in enkele hoofdcategorieën, bijvoorbeeld

van hulpverlener naar wie patiënten worden verwezen. Anderen zijn van oordeel dat dit gegeven niet veel zegt, temeer niet daar de situatie per regio kan verschillen.

* Afspraken m.b.t. nazorg en/of overdracht bij ontslag. Ten aanzien van dit punt is het beeld min of meer hetzelfde als hiervoor. Bovendien maken verschillende hulpverleners binnen de afdeling geriatrie afspraken met hun beroepsgenoten elders, zodat het invullen/invoeren niet zo simpel is.
* De inzet van andere disciplines (fysio/ergotherapie, diëtetiek etc.) bij de behandeling. Omdat de inzet van deze disciplines minder 'vast' is geworden voor sommige afdelingen (er worden geen fte-delen meer toegewezen maar consult-eenheden), en de afspraken over het volume steeds meer jaarlijks met de directie gemaakt moeten gaan worden, kan inzicht in de inzet elders (landelijk beeld) ondersteuning bieden bij de onderhandeling met de eigen (divisie)directie.

Andere opmerkingen die in dit verband zijn gemaakt zijn de volgende. Ten eerste is ervoor gepleit de registratie qua gegevens flexibel te maken, zodat niet alle gegevens continu dienen te worden vastgelegd. Periodiek (bijvoorbeeld per jaar) zou kunnen worden bepaald welke gegevens opgenomen worden. Door deze wisseling kan, gegeven het feit dat het aantal vragen beperkt is, meer informatie worden verzameld. Verder is het van belang dat de lijst met items die men op landelijk niveau overeenkomt, op lokaal niveau moet kunnen worden uitgebreid indien daar behoefte aan bestaat. Bovendien hoeft daar waar (landelijke) norminformatie voor de lokale situatie nodig is deze norm wellicht niet gebaseerd te worden op een continu doorlopende registratie op landelijk niveau, maar zou afgeleid kunnen worden van een registratie over een zekere, beperkte periode (van bijvoorbeeld één jaar die eens in de vijf jaar herhaald wordt, veronderstellende dat zekere fenomenen zich maar langzaam wijzigen op landelijk niveau).

3. Op welke wijze en onder welke voorwaarden denkt u gebruik te maken van een systeem, nu en in de toekomst

Binnen de beroepsgroep is in algemene zin een grote bereidheid tot deelname te constateren. Op grond van ervaringen in het verleden met eerdere pogingen om tot een (landelijke) registratie te komen, moet met een aantal praktische zaken terdege rekening worden gehouden. Deze vormen tevens de belangrijkste voorwaarden waaronder men wil deelnemen:

* Van zeer groot belang is dat het tijdsbeslag, dat op geriaters wordt gelegd, niet te groot is. Dit betekent dat de omvang van de gegevens in de 'minimal basic' data set beperkt zal moeten zijn, dan wel dat delen van het registratieve werk belegd moeten kunnen worden bij ondersteunende disciplines (med. administratie, secretariaten, verpleging: waarvan ook overigens geen onbeperkte inzet kan worden gevraagd).
* Het systeem moet gebruikersvriendelijk zijn, ook voor 'niet-liefhebbers'. Dit punt moet niet worden onderschat.
* Voorzien dient te worden in een goede ondersteuning, vooral bij de opstartfase, en niet alleen vanuit het projectteam voor de ontwikkeling van de registratie maar ook zoveel daar waar mogelijk door de med. administratie & automatiseringsafdeling van het ziekenhuis.
* Een goede inpassing in en afstemming met lopende registratie-activiteiten binnen de ziekenhuizen is noodzakelijk. Lokale activiteiten in het kader van de op te zetten registratie dienen geïntegreerd te worden met de lokale administratie. Voorts moet het technisch simpel zijn de gegevens te gebruiken, onder meer ten behoeve van een jaarverslag en andere eigen analyses.

De projectorganisatie dient in het vervolgtraject terdege rekening te houden met deze punten.

Andere punten die zijn genoemd betreffen:

* Het draagvlak bij beroepsgroepen (verpleegkundigen) die wellicht ook een deel van het invullen/invoeren gaan verzorgen.
* Tijdens het vervolgproject zal nader gesproken dienen te worden over de vraag op welke wijze de gegevensinvoer wordt georganiseerd (wie doet wat, op welk moment). Een aantal geriaters, maar niet alle, is van oordeel dat de geriater een formulier dient in te vullen; dit formulier moet bij voorkeur integraal onderdeel uitmaken van de status en ook ingevuld worden tijdens de normale werkzaamheden. Het invoeren van de gegevens kan vervolgens gedelegeerd worden.
* Voor een aantal geriaters is het een belangrijke voorwaarde dat men zelf met het geleverde materiaal moet kunnen bewerken en analyses maken. Dit stelt (technische) eisen aan de wijze waarop gegevens uit de registratie beschikbaar worden gesteld aan de afdelingen.
* Informatie die al door het ziekenhuis wordt geregistreerd, moet gemakkelijk kunnen worden gekoppeld/ geïntegreerd met de op te zetten registratie.

4. Voor degenen die ervaring hebben met Klinger: wat zijn wensen voor het te ontwikkelen systeem in verhouding tot Klinger?

Het oordeel over de gegevens in Klinger blijkt al uit de informatiebehoefte die hiervoor bij punt 2 werd beschreven. Samengevat komt dit oordeel erop neer dat als pluspunt wordt gezien het feit dat Klinger over het algemeen de essentie van de klinische geriatrie weergeeft: met name de complexiteit van de problemen en de functionele status bij opname en ontslag. Als relatieve minpunten worden gezien het ontbreken van de medische achtergrond: medische diagnose, klachten/ problemen/ zorgvraag/ opnamereden (vraag thans in Klinger is te summier). Daarentegen zijn sommige gegevens te uitgebreid (ADL-taken, psychische toestand).

Ook is er geen compleet verhaal (meer) beschikbaar waarin de motivatie wordt beschreven waarom een bepaald item (op de thans gebruikelijke wijze) deel uit maakt van Klinger. Dat maakt dat sommigen zich afvragen waarom zekere items nog steeds opgenomen zijn.

De meeste geïnterviewde geriaters hebben tot nu toe niet actief geparticipeerd in Klinger. De belangrijkste redenen hiervoor kunnen als volgt worden omschreven.

* Er is prioriteit gegeven aan het opbouwen van de afdeling en netwerken in de regionale zorg boven elke andere activiteit.
* Enkelen hebben wel een paar maal patiënten ingevoerd in de Klingerapplikatie. De belangrijkste reden om daar niet mee verder te gaan was het (te?) grote tijdsbeslag.
* Bovendien is Klinger nog geen operationeel (officieel) registratiesysteem maar een systeem in ontwikkeling.
* Ook is enkele malen de te geringe gebruikersvriendelijk aangevoerd voor niet-deelname, en is het niet geregeld zijn van ondersteuning bij het opstarten (en het ontbreken van een relatie met de automatiseringsafd. van het ziekenhuis) genoemd.
* Klinger wordt beschouwd als een aanzet tot een registratie die weliswaar nuttig wordt gevonden, maar die tot nu toe onvoldoende wordt gedragen door de hele beroepsgroep. Dit punt is overigens door de sectie KG van de NVvG ook zelf onderkend, gezien de in het vorige hoofdstuk vermelde wens de registratie ruimer te kunnen opzetten en professioneel te ondersteunen. Door verschillende geriaters is opgemerkt dat voor de klinische geriatrie als geheel iets soortgelijks speelt als voor de afzonderlijke afdelingen: het is een betrekkelijk nieuw vakgebied, waarvan de ontwikkeling en inbedding in de gezondheidszorg de hoogste prioriteit kreeg. Nu de geriatrie wat dit betreft in iets rustiger vaarwater is gekomen ontstaat de ruimte voor activiteiten als het opzetten en onderhouden van een registratie.

Als belangrijkste wensen waarmee in het vervolgproject rekening moet worden gehouden, zijn genoemd:

* Ondersteuning, zowel intern als extern (ondersteuning vanuit de registratie).
* Gebruikersvriendelijkheid.

5. Overige punten van belang

Eerder werd gewezen op het punt van beginnende afdelingen, waar men zich veel inspanningen moest getroosten om de patiëntenzorg te organiseren, binnen het ziekenhuis en in relatie tot andere aanbieders/hulpverleners. Niet direct op de patiëntenzorg betrekking hebbende activiteiten als Klinger kregen noodgedwongen geen hoge prioriteit. Dit werd nog versterkt door het feit dat in een aantal zich ontwikkelende afdelingen een capaciteitsprobleem ten aanzien van geriaters voordeed. Momenteel echter is een flink aantal afdelingen klinische geriatrie opgebouwd die in de betreffende regio een vaste plek hebben verworven, zodat gesteld kan worden dat dit knelpunt zichzelf opgelost heeft.

Bij het ontwikkelen van een classificatie- en registratiesysteem dient niet alleen uitgegaan te worden van Klinger, maar ook van andere registraties en aanzetten daartoe die door klinisch geriaters in hun ziekenhuis zijn ontwikkeld. Ook moet rekening worden gehouden met andere registratie-activiteiten die her en der worden ontplooid.

Een belangrijke vraag is of het te ontwikkelen registratiesysteem betrekking moet hebben op alleen de kliniek of ook op de polikliniek. De wens is door een aantal geriaters uitgesproken dat ook van de poliklinische patiënten en zorg gegevens worden vastgelegd, zij het in vereenvoudigde vorm. Hetzelfde geldt voor patiënten die in consult worden gezien op andere afdelingen. Een registratie die net zo uitgebreid is als Klinger nu wordt voor de polikliniek niet haalbaar geacht.

2.2 *Management*

Vrijwel alle geriaters waarmee gesprekken hebben plaatsgevonden, hebben managementverantwoordelijkheden voor de eigen afdeling, en hebben vanuit die positie behoefte om op enigerlei wijze verantwoording af te leggen. Daarbij zou voor een aantal geriaters spiegelinformatie uit een landelijke registratie zeker een rol kunnen spelen. Dit wordt weerspiegeld in de aangegeven informatiebehoeften in de vorige paragraaf (2.1).

Voor de onderhandeling met het eigen ziekenhuismanagement (Cluster- of Divisie-, en Raad van Bestuur- of Centrale Directie niveau) lijkt thans nog slechts sporadisch een rol weggelegd voor informatie uit een landelijke registratie. Hiervoor kan een aantal redenen gegeven worden.
Ten eerste zijn er diverse managementbeslissingen die genomen worden op meer kwalitatieve informatie (bij ontbreken van kwantitatieve?). Zo kunnen inschattingen over te lage aantallen of verkeerde verwijzingen (en daarmee een geringer dan verwachte of 'onjuiste' patientenstroom) uit een zeker deel van het adherentiegebied in een regelmatig contact tussen directie en geriatrische afdeling gesignaleerd worden, en vervolgens direct leiden tot afspraken over maatregelen m.b.t. bijvoorbeeld intensivering van de voorlichting aan potentiële verwijzers in dat gebied, zonder dat er een uitgebreide analyse van patiëntenstromen en verwijsgedrag wordt gemaakt. Immers managers zijn bedreven in het signaleren 'op en met de werkvloer' en het vervolgens (bij)sturen op onvolledige informatie (en in onzekere situaties)!
Ten tweede speelt de vergelijking met andere afdelingen/regio's voor het eigen ziekenhuismanagement (nog?) zelden een rol. Men stuurt op ongewenste ontwikkelingen die men afleest uit trendmatige informatie (uit alleen de eigen instelling) die betrekking heeft op het 'eigen' adherentiegebied en het gebied dat men 'deelt' met concurrenten. Daarvoor dient er uiteraard over de afdeling wel informatie verschaft te worden (herkomst van patiënten, doorverwijzingspatroon etc.), en op een enkele plaats blijkt dit ook al routinematig, met de daarvoor nodige ondersteuning vanuit bijvoorbeeld de medische administratie, te gebeuren. Daarbij speelt hoofdzakelijk informatie uit bestaande registraties (LMR bijv.) een rol. Daarmee is ook een derde reden toegelicht: directies werken (*nog*; maar zie hieronder o.a. over produkttypering) vaak met informatie van een globaal karakter (bijv. patiëntenstromen) en hebben daarvoor niet een zeer specifieke, inhoudelijke geriatrische registratie nodig.
En ten vierde geldt voor afdelingen 'in ontwikkeling' dat het management na het initiatief tot oprichting en initiële 'optuiging' op enige afstand lijkt te opereren, om de afdeling in staat te stellen z'n eigen weg te zoeken. Discussies over zaken waarvoor dan harde informatie nodig zou zijn, lijken er in de eerste jaren van het bestaan van een afdeling niet gevoerd te worden.
Er zijn echter ontwikkelingen en beslissingssituaties die om meer specifieke informatie en om vergelijkingsmateriaal vragen voor het management.
Van de ontwikkeling van produkttypen voor (uiteindelijk) alle specialismen binnen de ziekenhuiszorg mag t.z.t. verwacht worden dat dit tot een vorm van financiering leidt waarbij op enig detail niveau de produktie tenminste per specialisme naar produkt(categorieën) zichtbaar moet worden gemaakt, o.a. binnen de kaders van tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen gesloten

overeenkomsten. Dit zal binnen de ziekenhuizen zeker leiden tot aanzienlijke aanpassingen op medisch administratief niveau. De ontwikkeling van produkttypen zal naar verwachting nog zeker één tot enkele jaren duren. Ook voor de klinische geriatrie is net een traject gestart waarbinnen produkttyperingen worden ontwikkeld. Bij de opzet van een landelijke registratie zal zeker rekening gehouden moeten worden met de uitkomsten van deze ontwikkelingen, en bijvoorbeeld (voor zover relevant) aansluiting gezocht moeten worden bij probleem/zorgvraag typeringen. Overigens valt op diverse plaatsen bij ziekenhuismanagement en zorgverzekeraars de vrees te beluisteren dat de produkttypering zal ontaarden in een overkill aan detail. Dat moet bij een landelijke registratie zeker vermeden worden.
Tenslotte doen er zich zo nu en dan situaties voor, bijvoorbeeld waar het de wijziging van capaciteitstoewijzing aan een afdeling, of de inzet van additionele disciplines betreft, waarbij er in de discussie met het naast hogere management steeds vaker behoefte ontstaat aan kwantitatief zicht op bijv. de relatie probleem/zorgvraagtype en beslag op de diverse resources (bijv. zorgzwaarte). Daarbij blijken twee zaken te ontbreken: meetinstrumenten om voor de geriatrie deze zaken te kwantificeren, en vergelijkbare informatie over het functioneren van andere afdelingen klinische geriatrie. Voor dat laatste is een goed functionerend landelijk registratie systeem onontbeerlijk.

Uit de kring van het management (althans v.w.b. het beperkt aantal gevoerde gesprekken!) klinkt bereidheid door (tot op redelijke hoogte want middelen zijn er maar altijd beperkt) bij te dragen aan de ontwikkeling en exploitatie van een landelijke registratie, mits die registratie primair in een duidelijke behoefte voorziet van en gedragen wordt door de geriatrische afdeling.

2.3 *Overige gesprekken*

Voor het overige zijn er enkele gesprekken gevoerd met personen uit de kring van de Verzekeraars, en met betrokkenen bij het SIG-project waarbij in de periode 1991 - 1993 getracht werd tot een landelijke registratie voor de klinische geriatrie te komen.

Zorgverzekeraars.
Tot nu toe is de bemoeienis van zorgverzekeraars i.h.a. met de klinische geriatrie zonder meer gering te noemen. De redenen hiervoor zijn dat (1) de geriatrie geen eigen tarieven heeft en het (2)

bovendien een klein specialisme betreft. Men ziet geriatrie vooral als een onderdeel van interne geneeskunde. Bovendien zijn geriaters allemaal in loondienst, dus is het functioneren van een geriatrische functie van het ziekenhuis vooral een zaak tussen geriaters en het management.

Voor sommige zorgverzekeraars is het van belang dat wat men binnen ziekenhuizen en dus ook binnen de interne geneeskunde en geriatrie doet, transparant is. Daarvoor wordt de produkttypering ontwikkeld. Deze verzekeraars zijn alleen geïnteresseerd in informatie op hoofdlijnen, gericht op de uitkomsten. Een registratiesysteem (zoals Klinger of de te ontwikkelen registratie) kan daarvoor de bouwstenen leveren. Maar voor deze zorgverzekeraars lijken deze bouwstenen op zich (veel) te gedetailleerd.
Het ontwikkelen en onderhouden van een classificatie- en registratiesysteem wordt geacht een zaak te zijn van de ziekenhuizen en de geriaters. De zorgverzekeraars staan daar buiten.
Aan lopende activiteiten met betrekking tot de produkttypering werkt men vanuit de zorgverzekeraars wel mee, samen met de NVZ en de Orde van Medisch Specialisten. Daarvoor krijgt men ook subsidie van VWS. Als dat systeem operationeel is, wordt deze subsidie beëindigd en moet het in principe door de ziekenhuizen zelf worden betaald. Het zou kunnen dat door middel van een ministeriële beschikking wordt opgelegd dat e.e.a. via het budget te regelen is (net als bij de SIG-registratie), maar dat is nog niet geregeld.

Andere verzekeraars hebben van oudsher een grotere (en inhoudelijker) betrokkenheid bij veranderingen en vernieuwingen in de gezondheidszorg. In het kader van de daaruit voortvloeiende contractrelatie van zorgverzekeraar met ziekenhuis is het denkbaar dat een zorgverzekeraar behoefte heeft aan vrij gedetailleerde informatie over wat er binnen ziekenhuizen gedaan wordt. Daarvoor is men op een enkel terrein bezig, samen met het veld, indicatoren te ontwikkelen, bijvoorbeeld ook om te komen tot het identificeren van 'preferred providers' onder de aanbieders. De verwachting is dat dit in de komende jaren zal toenemen. Het is denkbaar dat gegevens uit een geriatrie-registratie daarbij in de toekomst een rol spelen. Ook voor deze zorgverzekeraaars geldt echter dat wie iets claimt, dat zelf met informatie zal moeten onderbouwen en zelf die informatie bij elkaar moet zien te krijgen.

Betrokkenen bij het SIG-project.
Belangrijke conclusies van dat project, dat in opdracht van (de afd. Epidemiologie van) het toenmalige ministerie van WVC door de SIG werd uitgevoerd, waren dat de typische zaken die de

KG karakteriseren niet makkelijk in een LMR-opzet zijn in te passen, en dat er over een aantal typerende zaken een goede registratie ontbreekt. Bovendien zou de registratie uitgebreid moeten worden met een zekere produktie karakterisering. Dit alles is in een (laat) stadium door vertegenwoordigers van de beroepsgroep met de SIG besproken maar vervolgens niet tot uitvoering gekomen (staat 'slechts' als aanbeveling voor verder onderzoek in de rapportage).
In het project is lang gediscussieerd over 'wie bepaalt wat waarvoor (voor wie) geregistreerd moet worden'. De geriaters wilden primair iets (een registratiesysteem!) dat voor hun eigen afdeling vooral ook lokaal van belang was, terwijl men vanuit het ministerie veel globalere informatie wenste, en vooral gericht was op het helder krijgen van wat de effecten van de KG in algemene ziekenhuizen (zouden kunnen) zijn (zie ook par. 3.2 p. 22 eindrapport) ten behoeve van hun voorzieningenplanningstaak. En van de zijde van het departement streefde men er naar dat inzicht zoveel mogelijk boven water krijgen op basis van een minimaal aangepaste of uitgebreide, *bestaande* landelijke registratie met gevestigde organisatie. Er waren m.a.w. duidelijke belangen tegenstellingen. Bovendien herkende (en herkent) de klinische geriatrie zich absoluut niet in de LMR terwijl er vanuit WVC een duidelijke voorkeur voor een LMR-achtige opzet voor alle ziekenhuisfuncties (inclusief de geriatrie) bestond.
Een brede inventarisatie van informatiebehoeften onder alle geriaters heeft in het SIG-project niet plaatsgevonden (ook al zou men op grond van de bijlagen in het eindrapport anders vermoeden). Van een degelijke evaluatie van het prototype van het ondersteunend systeem voor het lokale registratiewerk, waarmee een aantal geriaters gewerkt heeft, is nauwelijks sprake geweest. Ook heeft de test met het prototype vrij kort geduurd, en is dit maar door enkelen intensief gebruikt. Er waren zeer veel problemen met het vaststellen van de gewenste functionaliteit, en met het draaiend krijgen van het prototype (er bestaat nog 'pittige' correspondentie tussen enkele gaaz-en & automatiserings afdeling enerzijds en de SIG anderzijds, o.a. als gevolg van het als dwingend ervaren contract dat de SIG met de proefgebruikers had gesloten). De evaluatie/proef periode is door de deelnemende geriaters als veel te kort ervaren, waarbij er (te?) veel ondersteuning van de eigen automatiseringsafdeling nodig was. Een andere reden voor de mislukking was volgens sommige betrokkenen de veel te grote tijdsinvestering die nodig was om de gegevens in te voeren: dat duurde ca. een half uur per patiënt (onder andere doordat het programma niet gebruikersvriendelijk was).
Kortom, alom wordt bevestigd dat de ontwikkeling al met al onvoldoende in samenspraak met de beroepsgroep, en onvoldoende rekening houdend met de randvoorwaarden in de klinisch geriatrische afdelingen, is verlopen. Opgemerkt kan bovendien worden dat er m.b.t. ondersteuning

van de geriatrische afdelingen t.a.v. automatisering een gunstiger klimaat is ontstaan dan in de periode van het SIG-project.

3. VERSLAG VAN DE INVITATIONAL CONFERENCE EN TELEFONISCHE CONSULTATIE

3.1 Invitational Conference

De Invitational Conference werd gehouden op 26 juni te Nijmegen. Tijdens deze bijeenkomst werden de vijf vragen die met VWS zijn overeengekomen behandeld en beantwoord:

- welk belang hecht men aan een registratie- en classificatiesysteem voor de klinische geriatrie'?
- welk soort informatie dient het systeem te leveren en voor welk doel?
- op welke wijze en onder welke voorwaarden denkt men gebruik te maken van het systeem?
- onder welke voorwaarden wil men in beginsel in financieel opzicht bijdragen aan het ontwikkelen van een dergelijk systeem en/of het onderhouden ervan?
- onder welke voorwaarden wil men anderszins een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en/of het onderhouden van het systeem?

Vraag 1: welk belang hecht men aan een registratie- en classificatiesysteem voor de klinische geriatrie?

1. Alle aanwezigen zijn het eens met de beschrijving en conclusie van de onderzoekers zoals vermeld in paragraaf 2.1 onder punt 1.
2. Men was het eens met de opvatting in het rapport dat het te ontwikkelen systeem in beginsel betrekking moet hebben op zowel klinische als poliklinische patiënten, (en wellicht ook dagbehandelingspatiënten) en patiënten die in consult worden gezien. Men werkt immers op de poli met hetzelfde klinisch geriatrische instrumentarium en status als in de kliniek.
3. Opgemerkt werd dat een snel resultaat (uitkomsten van analyses van verzamelde gegevens) van een nieuw geïntroduceerd registratiesysteem van groter belang is voor een voorspoedige doorgroei naar een vitaal systeem dan de uitgebreidheid of diepgravendheid.

Vraag 2: welk soort informatie dient het systeem te leveren en voor welk doel?

4. Over het algemeen kon men zich vinden in de beschrijving hiervan in paragraaf 2.1 onder punt 2. Over een aantal zaken die samenhangen met deze vraag is uitvoerig gediscussieerd. Deze worden hier kort weergegeven in de hierna volgende punten 5 t/m 8.

5. Bij de doelen kwam de vraag aan de orde of er wellicht nog een doel valt te onderkennen, namelijk de registratie als een sturingsinstrument: welke geriatrische patiënten dienen te worden opgenomen en welke niet, welke patiënten dienen op een geriatrische afdeling te worden opgenomen en welke op andere afdelingen? Het laatste punt impliceert dat van patiënten opgenomen op andere afdelingen dezelfde gegevens moeten worden vastgelegd als van patiënten opgenomen op de geriatrische afdeling. Hoewel de aanwezigen van mening zijn dat dit tijdens het vervolgtraject niet te realiseren valt, verdient het aanbeveling in de toekomst te zoeken naar mogelijkheden om op systematische wijze te signaleren waar typisch geriatrische problematiek zich in ziekenhuizen nog meer voordoet. Het belang hiervan vloeit voort uit de geconstateerde ontwikkeling dat meer en meer geriatrische patiënten op andere afdelingen komen te liggen dan de geriatrische.

6. Tijdens dit draagvlak-onderzoek is nagegaan welke doelen men van belang vindt en welke (globale) informatiebehoeften men heeft. Gezien de aard van dit onderzoek levert dit een indicatief beeld op. Definitieve beslissingen hierover worden later genomen, tijdens het vervolgproject en daarna. Daarom waren alle aanwezigen van oordeel dat het met het oog op het draagvlak in de toekomst van het grootste belang is dat in het vervolg zoveel mogelijk leden van de beroepsgroep bij de ontwikkeling van de classificatie en registratie worden betrekken, zoals dat ook tijdens het draagvlak-onderzoek is gebeurd. Naar de opvatting van alle aanwezigen vergt dit naast een goede organisatie van het vervolgproject ook een actieve opstelling en participatie van de sectie KG en de Vereniging.

7. Een ander punt dat aan de orde kwam betreft de vraag of en in hoeverre de te ontwikkelen registratie een flexibele opzet moet krijgen. Geconstateerd werd dat het enerzijds wenselijk is een flexibele opzet te kiezen, aangezien dan nauw kan worden aangesloten bij de individuele wensen en wisselende behoeften van diverse partijen, maar dat dan anderzijds het gevaar opdoemt van een te grote vrijblijvendheid waardoor belangrijke informatie gaat ontbreken. De conclusie was dat flexibiliteit mogelijk moet zijn, mits onder regie.

   Een aantal gegevens is van belang voor de hele beroepsgroep. Deze vormen de kern/basis[2] van de registratie en hieraan zou iedereen mee moeten doen. Anderzijds zijn er doelen

[2] Gesuggereerd is de term 'minimal' uit het eerste projectvoorstel en de rapportage in het vervolg te vervangen door een meer positieve term, bijvoorbeeld kern of basis.

(gesuggereerd werd in het vervolg te spreken van functies van de registratie) waar niet alle geriaters aan mee zullen werken; een voorbeeld hiervan is wetenschappelijk onderzoek. Tijdens het vervolgproject dient uitvoerig te worden nagegaan welke doelen (functies) geriaters uit verschillende soorten ziekenhuizen precies willen nastreven met de te ontwikkelen registratie. Zo ontstaat een beeld van welke doelen (functies) van belang zijn voor de hele beroepsgroep en welke niet. In het eerste geval kan van alle geriaters verlangd worden dat zij meewerken, waarbij aangetekend kan worden dat in voorkomende gevallen ook gewerkt kan worden met steekproeven en/of met periodieke registratie - dat wordt dan wel geregisseerd. In het tweede geval hangt participatie af van de op dat moment bestaande interesse.

De vraag wat nu precies tot de kern van de registratie zal gaan behoren, zal tijdens het vervolgproject nog uitvoerig aan de orde komen. De aanbeveling van de aanwezigen is dat deze vraag formeel door de beroepsvereniging (de sectie klinische geriatrie van de NVvG) beantwoord wordt.

8. Wat betreft de benodigde soort informatie, is tijdens de individuele gesprekken met geriaters getracht hiervan een globaal beeld te krijgen. Tijdens het vervolgproject dient uiteraard besloten te worden welke gegevens daadwerkelijk in de registratie worden opgenomen. Zoals hiervoor is aangegeven zullen eerst de doelen (functies) worden vastgesteld. Per doel (functie) wordt dan vervolgens via een informatie-analyse waarin de beroepsgroep intensief participeert, bepaald welke gegevens daarvoor vastgelegd horen. In het vervolgproject kan bij de uitwerking blijken dat informatie die nu relatief minder belangrijk wordt gevonden, nodig is als men bepaalde doelen (functies) wil bereiken. Omgekeerd is het niet ondenkbaar dat informatie waarvan de geriaters nu het idee hebben dat zij belangrijk is, voor bepaalde doelen (functies) niet per se noodzakelijk zal blijken te zijn.

Met andere woorden, de huidige beschrijving van de benodigde soort informatie moet worden gezien als een momentopname en een eerste poging tot afbakening en uitwerking. Opgemerkt werd ook dat de gegevens t.b.v. een complicatie registratie hierbij in de beschouwing moet worden betrokken. Voor de Orde van Specialisten is dit een belangrijk punt.

Vraag 3: op welke wijze en onder welke voorwaarden denkt men gebruik te maken van het systeem?

9. Men was het eens met wat hierover in paragraaf 2.1. onder punt 3 vermeld staat.

10. Toegevoegd kan worden: opleiding en training in gebruik van programmatuur, bijvoorbeeld in de vorm van een cursus van 1 dag als men gaat beginnen, periodiek een opfriscursus en vooral in de beginperiode een goed bereikbare helpfunctie/vraagbaak.

Vraag 4 en 5: onder welke voorwaarden wil men in beginsel in financieel opzicht en/of anderszins bijdragen aan het ontwikkelen van een dergelijk systeem en/of het onderhouden ervan?

11. De indruk die de onderzoekers op grond van enkele gesprekken met personen uit de kring van het management in de tussenrapportage hebben verwoord, namelijk dat hier bereidheid bestaat een financiële bijdrage te leveren aan de exploitatie van een te ontwikkelen systeem, werd door de aanwezigen onderschreven. Dat is ook hun inschatting.
12. Voor de ontwikkeling van een classificatie- en registratiesysteem wordt, zoals gepland, een beroep gedaan op VWS. Daarnaast zal de beroepsgroep daarin fors moeten investeren qua capaciteit en inzet; de algemene opinie tijdens de invitational conference was dat de medewerking vanuit de beroepsgroep groot zal zijn.
13. Geconstateerd werd dat verschillende partijen aan de exploitatie van een registratiesysteem kunnen bijdragen, financieel of in natura. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen het centrale deel van de organisatie en een decentraal deel.
    Geriaters zijn in loondienst, zodat het voor de hand ligt dat ziekenhuizen een financiële bijdrage leveren. De inschatting is dat dit mogelijk moet zijn, zeker voor het decentrale deel (financiële bijdrage, inzetten personeel). De beroepsgroep zal in de exploitatie moeten investeren door expertise en capaciteit ter beschikking te stellen. Op dit punt is ook een belangrijke taak weggelegd voor (het bestuur van) de sectie klinische geriatrie van de NVvG. Verschillende verenigingsorganen houden zich al bezig met thema's die nauw verweven zijn met de onderwerpen die aan de orde komen bij een registratiesysteem; genoemd kunnen worden de Commissie Kwaliteitszaken (het algemene kwaliteitsbeleid), de Beroepsbelangencommissie (onder meer vanwege activiteiten in het kader van de producttypering) en het Consilium (onder meer de visitatie van opleidingsklinieken).
    Ook kan gedacht worden aan zorgverzekeraars die immers geïnteresseerd zijn in de kwaliteit van de zorg. Hoewel men tijdens de gevoerde gesprekken terughoudend was, verdient het aanbeveling in het vervolg aan de hand van concrete plannen voor de registratie, met een zo exact mogelijke beschrijving van wat geregistreerd gaat worden, te

proberen een bijdrage van zorgverzekeraars te krijgen. Wellicht is de vraag nu te vroeg gesteld.

Tenslotte lijkt het de aanwezigen redelijk aan VWS een bijdrage te vragen voor het centrale deel van de registratie. De registratie dient immers ook algemene beleidsdoelen. Ook is het denkbaar dat gegevens, onder nader te bepalen condities, tegen betaling beschikbaar zullen worden gesteld aan derden.

14. Het laatste punt waarover gesproken werd, betreft de organisatie van de registratie in de toekomst. Opgemerkt werd dat de sectie klinische geriatrie van de NVvG eigenaar wil zijn van de registratie. Wat betreft het beheer en feitelijke uitvoering van het centrale deel zal de vereniging een (onafhankelijke, nationale) organisatie zoeken om die taken te beleggen. Het verdient aanbeveling dat dit punt in het vervolgproject zo snel mogelijk in bestuurlijke zin uitgewerkt wordt.

3.2 *Telefonische consultatieronde*

Na de conferentie is een telefonische enquête gehouden onder de klinisch geriaters met wie oorspronkelijk een individueel gesprek is gehouden, maar die niet op de 'invitational conference' aanwezig waren. Voor hun afwezigheid bleken uiteenlopende redenen te bestaan (vakantie, ziek, als enige beschikbaar voor dienst etc.) die geen verband houden met de zaak zelf of de inhoud van het rapport. In de telefonische ronde zijn besproken: het verslag van de gesprekken, de voorstellen voor tekstuele aanpassingen en het verslag van de conferentie.

Alle klinisch geriaters konden zich volledig vinden in het rapport en de uitkomsten van de 'invitational conference'.

Geconcludeerd kan dan ook worden dat onderhavig rapport brede steun heeft in de beroepsgroep van klinisch geriaters.

4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De conclusie van het draagvlakonderzoek ten aanzien van een landelijk classificatie en registratiesysteem Klinische Geriatrie kan kort en bondig zijn: een intiatief tot ontwikkeling en invoering wordt breed gedragen, het klimaat is zeer gunstig, zowel wat betreft de bereidheid tot medewerking onder geriaters aan ontwikkeling, invoering en exploitatie, als wat betreft de behoeften waarin resultaten van een dergelijk systeem kunnen voorzien, alsmede de technische mogelijkheden.

De aanbevelingen voor het verdere ontwikkel- en invoeringstraject, die op grond van het draagvlakonderzoek gedaan kunnen worden, zijn (op hoofdlijnen):

* de betrokkenheid van de beroepsgroep bij de informatie-analyse, classificatie-ontwikkeling en vaststelling van technische randvoorwaarden dient gemaximaliseerd te worden
* het beheer van de operationele registratie dient vanaf het begin van het ontwikkeltraject mee gedefinieerd te worden en zo spoedig mogelijk bij een onafhankelijke partij te worden ondergebracht
* de aspecten waarvan systeemacceptatie vooral afhankelijk is, en waarmee derhalve bij ontwikkeling van het systeem terdege rekening moet worden gehouden, zijn:
    - tijdsinvestering bij gegevensverzameling en -invoer (minimaal, flexibel te beleggen)
    - scholing van gebruikers in de aanloopfase en ondersteuning in de operationele fase (timing, continuïteit)
    - gebruikersvriendelijkheid van het systeem
    - mate van integratie in de lokale systemen en organisatie.

BIJLAGEN

pagina

BIJLAGE 1:	EERSTE PROJECTVOORSTEL	35
BIJLAGE 2:	DOOR VWS GOEDGEKEURD VOORSTEL VOOR DRAAGVLAKONDERZOEK	47
BIJLAGE 3:	CHECKLIST TEN BEHOEVE VAN GESPREKKEN	51
BIJLAGE 4:	HET KLINGER-VRAGENFORMULIER	55
BIJLAGE 5:	LIJST VAN BIJ HET DRAAGVLAKONDERZOEK BETROKKEN PERSONEN	69

BIJLAGE 1:

EERSTE PROJECTVOORSTEL

PROJECTINFORMATIEFORMULIER

I Algemene gegevens:

1) *Projecttitel*
"Ontwikkeling van een *Registratie- en Classificatiesysteem* voor de klinische geriatrie"

Toelichting: het project wordt gesplitst in twee fasen. Fase I bestaat uit een onderzoek naar informatiebehoeften, en uit systeemontwikkeling. Fase II richt zich op de toetsing van het ontwikkelde systeem en invoering van het systeem (zie verder bij werkplan).
In dit projectvoorstel wordt fase I van het project in detail uitgewerkt.

2) *Initiatief*
De Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVvG).

3) *Projectverantwoordelijke instantie*
a. TNO Preventie en Gezondheid, divisie Collectieve Preventie, sector Volwassenen (TNO-PG).
b. Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Medische Informatiekunde, Epidemiologie en Statistiek (KUN-MIES).
c. Afdeling geriatrie van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen (Geriatrie-AZN).

4) *Projectleiding*
Mw. dr. ir. M.W. de Kleijn-de Vrankrijker (TNO PG)
Prof. dr. P.F. de Vries Robbé (KUN-MIES)
Prof. dr. W.H.L. Hoefnagels (Geriatrie-AZN)

5) *Medewerkers*
W. Davidse, arts (TNO-PG)
Mw. dr. H.C. Boshuizen (TNO-PG)
Drs. P.E. Zanstra (KUN-MIES)
Drs. A.J. ten Hoopen (KUN-MIES)
Arts-onderzoeker (afdeling geriatrie AZN)

6) *Samenwerkingsverband*
De projectverantwoordelijke instanties voeren dit project uit in nauwe samenwerking met de Commissie Landelijke Klinische Geriatrie Registratie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. Voor delen die betrekking hebben op de ICIDH zal het Nederlands Paramedisch Instituut worden ingeschakeld.

7) *Voorgenomen aanvang*
1 februari 1997

8) *Geplande duur*
Fase I van het project heeft een doorlooptijd van 24 maanden. Fase II (het invoeringstraject) zal 12 maanden in beslag nemen. De doorlooptijd van fase I van het project wordt in belangrijke mate bepaald door het feit dat zeer veel consultaties van betrokkenen nodig zijn (klinisch geriaters, ziekenhuizen, beleidsmedewerkers e.d.).

II Doelstelling en motivatie:

9) *Doel*
Het belangrijkste doel van het te ontwikkelen registratie- en classificatiesysteem is het genereren van informatie waarmee individuele klinisch geriaters de kwaliteit van geleverde zorg, individueel of in collegiaal verband, kunnen spiegelen aan landelijke gemiddelden. Door het op deze wijze beschikbaarkomen van kwaliteitsnormen, kan de kwaliteit van de klinische geriatrie in zijn geheel worden verbeterd.

Om dit doel te bereiken is een voorstel voor een onderzoeks- en ontwikkelproject opgesteld, dat uiteenvalt in twee fasen. Doel van fase 1 van het project is om in zeer nauwe samenwerking met de beroepsgroep van klinisch geriaters een concrete basis te leggen voor een registratie- en classificatiesysteem op het gebied van de klinische geriatrie. Aan het eind van fase 1 moeten dan tevens definitieve keuzen worden gemaakt voor het invoeringstraject.

Het registratiesysteem moet gaan bestaan uit drie schillen. De eerste schil omvat een zgn. *'minimal basic data'* set. Dit is de set van gegevens die door iedere gebruiker van dat systeem zal worden vastgelegd om inzicht te krijgen in de patiënten populatie. De academische centra zullen een zgn. *'extended basic data set'* vastleggen. D.w.z. een wat uitgebreidere set van gegevens waarmee ook inzicht kan worden verkregen in de wijze van behandelen van patiënten. De derde schil, de zgn. *'research data sets'*, omvatten die gegevens die voor een bepaalde evaluatiestudie van belang zijn. Deze *research data sets* worden steeds voor elke studie specifiek vastgesteld.

De te ontwikkelen classificatie voor de geriatrie moet het mogelijk maken voor elk van de drie schillen de relevante begrippen vast te kunnen leggen. De classificatie moet met name voor de research data sets voldoende formeel gedefinieerd zijn, zodat verfijningen en vergrovingen van de classificatie eenduidig gerealiseerd kunnen worden. De classificatie is uitdrukkelijk niet bedoeld om alle details van een patiëntenbehandeling die voor de directe patiëntenzorg nodig zijn vast te kunnen leggen.

De te ontwikkelen classificatie voor de geriatrie moet het mogelijk maken voor elk van de drie schillen de relevante begrippen te kunnen vastleggen. De classificatie moet met name voor de research data sets voldoende formeel gedefinieerd zijn, zodat verfijningen en vergrovingen van de classificatie eenduidig gerealiseerd kunnen worden. De classificatie is uitdrukkelijk niet bedoeld om alle details van de behandeling van patiënten die voor de directe patiëntenzorg nodig zijn vast te kunnen leggen. De classificatie is ook niet bedoeld als instrument met diagnostische criteria. D.w.z. dat met behulp van de classificatie een patiënt met bepaalde verschijnselen niet (automatisch) in een bepaalde ziekte/syndroomklasse kan worden geklasseerd. Met de classificatie kunnen wel onderzoekprojecten worden opgezet (m.b.v. de research data sets) waarmee geprobeerd kan worden de typische verschijnselen van bepaalde syndromen te achterhalen of waarmee syndromen kunnen worden onderkend op grond van bepaalde overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte patiënten.
Teneinde de samenhang tussen de verschillende data sets te waarborgen zullen waar relevant de classificatie management gereedschappen, welke KUN-MIES in het kader van het Europese GALEN project ontwikkelt, ingezet worden. Aangezien de GALEN benadering in sterke mate geïnspireerd is door de behoeften van clinici bij gegevensinvoer, en de centrale rol welke MI-KUN in dat project speelt, lijkt gebruik van die technologie in dit project zinvol (zie verder pag. 5).

10) *Vraagstelling*
In fase I van het project zullen de volgende vragen worden beantwoord:
1 wat is de informatiebehoefte met betrekking tot de klinische geriatrie bij klinisch geriaters, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de overheid voor de verschillende activiteiten?
2 welke gegevens dient een *minimal basic data set* op het gebied van de klinische geriatrie te bevatten rekening houdend met bestaande registraties, en in welke organisatorische setting kan die registratie plaatsvinden?
3a welke wensen bestaan en worden breed gesteund met betrekking tot een classificatie van de functionele status van patiënten en het psychosociale functioneren, afgeleid van en compatibel met de standaard op dit terrein: de 'international Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps' (ICIDH)?
3b welke wensen bestaan en worden breed gesteund met betrekking tot een classificatie van ziekten en aandoeningen, afgeleid van en compatibel met de standaard, de 'International Classification of Diseases' (ICD-10)?
3c zijn het GALEN formalisme en gereedschappen geschikt voor gebruik t.b.v. 3a en 3b?
4 welke technische voorwaarden zijn van belang om tot een passend registratiesysteem te kunnen komen?
5 op welke wijze dient het invoeringstraject te worden vormgegeven?

11) *Motivering keuze onderwerp*
Geriatrie is in Nederland een jong en relatief onbekend vakgebied. Het richt zich vooral op hoogbejaarde patiënten, die tegelijkertijd aan meerdere elkaar beïnvloedende aandoeningen lijden, deze ziektes bovendien meestal op een niet-specifieke en atypische manier presenteren, zich meestal in een wankel lichamelijk, geestelijk en sociaal evenwicht bevinden, relatief snel functionele beperkingen ontwikkelen, en bij wie herstel vaak langer duurt dan bij jongere patiënten. De essentie van de geriatrische aanpak is daarbij vast te stellen wat de problemen zijn, waardoor ze worden veroorzaakt, de behandelbare aandoeningen te behandelen, en functionele beperkingen zo goed mogelijk te verminderen of te compenseren. Hierbij staat een probleemgerichte benadering voorop in het streven om de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van de geriatrische patiënten in positieve zin te beïnvloeden. Het vastleggen wat iemand op lichamelijk, geestelijk en sociaal niveau kan vóór en na behandeling (de zogenaamde 'geriatric assessment' of de 'functionele beoordeling'), behoort daarbij tot de kern van de geriatrische diagnostiek.

De tijdens deze assessments verzamelde informatie is van groot belang zowel op een operationeel, zorg-inhoudelijk vlak, als op het hogere, strategische vlak van het zorgmanagement. Op operationeel vlak moet de assessment informatie meerdere doelen dienen. Allereerst staat het direct ten dienste van de individuele behandeling van patiënten. De kern van de informatie die via geriatrische assessment wordt verzameld kan wanneer deze op eenduidige wijze wordt vastgelegd (in een daarvoor ontwikkelde classificatie) en wordt geregistreerd echter ook belangrijke andere doelen dienen. Allereerst is het voor een jonge discipline, die zich meer probleem- dan diagnosegericht met patiëntenzorg bezighoudt, van groot belang dat de effectiviteit van het geriatrisch handelen geëvalueerd kan worden. Dit geldt zowel voor de geriatrie in lokaal, regionaal als nationaal verband. Voor de verbetering van de kwaliteit van de Nederlandse geriatrie is het van eminent belang dat er landelijke kwaliteitsnormen komen waar individuele geriaters en lokale afdelingen geriatrie zich aan kunnen spiegelen. Andere concrete activiteiten waarbij de geregistreerde informatie in dit verband een belangrijke rol kan spelen zijn: het produceren van jaarverslagen, het ondersteunen van 'audit'-bijeenkomsten en het ontwikkelen van globale en probleem-specifieke behandelprotocollen. Zorg-inhoudelijk is het classificeren en registreren van gegevens van de geriatric assessment ook van groot belang voor het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de geriatrie.

Ten behoeve van efficiënt en doelgericht management is er ook grote behoefte aan relevante informatie over de 'input en output' van geriatrische afdelingen afzonderlijk en van de geriatrie in Nederland in zijn geheel. Deze behoefte bestaat bij zorgaanbieders, zorgverstrekkers en bij de overheid. In deze informatiestroom is het noodzakelijk dat de meest essentiële en zorgbehoefte bepalende karakteristieken van de geriatrische patiënt en de betrokkenheid van de

diverse onderdelen van de geriatrische zorgverlening, zoals deze tijdens het 'geriatric assessment' zijn verzameld, worden opgenomen.

Tot op heden is, voor zover wij weten, nergens ter wereld een classificatie en registratie systeem ontwikkeld dat tegemoet komt aan de kernpunten van de geriatrie: multimorbiditeit, functionele beperkingen, mutidimensionele diagnostiek (lichamelijk, psychisch en sociaal), en multidisciplinaire behandeling. Gezien het meervoudig belang van een dergelijk systeem is de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie bijzonder gemotiveerd om iets dergelijke tot stand te brengen. Daarbij is het een extra uitdaging dat de Nederlandse geriatrie op dit terrein mondiaal een voortrekkersrol zou kunnen vervullen, die zeker ook in wetenschappelijke zin zijn vruchten zal kunnen afwerpen. Gezien de centrale plaats die het functionele niveau inneemt in de geriatrie ligt het voor de hand om in ieder geval aansluiting te zoeken bij de 'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps' (ICIDH). Om geriatrische diagnoses te kunnen registreren zal echter ook de International Classification of Diseases (ICD-10) toegankelijk en geschikt moeten worden gemaakt voor de geriatrie. Waar mogelijk moeten kruisverbanden worden gelegd met classificaties van andere specialismen.

Het spreekt vanzelf dat een kleine en jonge vereniging een dergelijke onderneming niet zonder een ruime inhoudelijke ondersteuning op het gebied van classificatie en registratie en zonder financiële steun van de overheid kan voltooien. Wij zijn bijzonder verheugd dat dit project ons daar mogelijk de kans toe biedt en hopen, mede door onze eigen inspanningen in deze, het gewenste classificatie en registratiesysteem op te kunnen zetten.

12) *Verwachte resultaten en toepassingsmogelijkheden, relevantie voor beleid*
Fase I van het project zal resulteren in een vijftal concrete produkten:
1 een overzicht van de informatiebehoefte bij alle relevante partijen;
2 een *minimum basic data set* voor registratie op het gebied van de klinische geriatrie;
3 een ontwerp-classificatie van functionele status van patiënten en het psychosociale functioneren, afgeleid van en compatibel met de ICIDH en ICD-10;
4 een eerste versie van het registratiesysteem;
5 een plan voor invoering van het systeem in fase II van het project; in dit plan wordt aandacht besteed aan technische en organisatorische aspecten en aan de opleiding van de gebruikers.

III Werkplan en opzet van het project:

13) *Beschrijving van de wijze waarop het project zal worden uitgevoerd*
(fasering in de tijd en werkwijze):

Fasering
Gebruikelijk is dat het ontwikkelen van een specialistisch Registratie- en Classificatiesysteem volgens een vast patroon verloopt; dat zal ook het geval zijn in dit project. Hieronder worden de verschillende stappen beschreven.

Fase I

1. Onderzoek naar de informatiebehoefte van gebruikers. Daarin zullen de eerdere ervaringen betrokken worden, en de evaluatie van lopende, voorlopige registraties.
2. Vaststellen van de verschillende data sets voor het registratiesysteem teneinde te kunnen voldoen aan de in stap 1 onderkende informatiebehoeften.
3. Ontwikkelingsfase van een klinisch geriatrische classificatie.
4. Ontwikkelingsfase van de technische voorwaarden om tot een passend registratiesysteem te kunnen komen.
5. Maken van een gedetailleerd plan voor fase II.

Fase II

6. Commentaar en beproevingsfase van het ontwikkelde Registratie- en Classificatiesysteem en vervolgens de definitieve vormgeving hiervan.
7. Technische voorbereiding; materiële voorwaarden scheppen om te kunnen komen tot een continue registratie en analyse van informatiestromen.
8. Organisatie van beheer van de classificatie en registratie in de praktijk, inclusief de lange termijn financiering daarvan.

Toelichting op de stappen
Omdat het totale traject relatief lang duurt en de invulling van het vervolgtraject (fase II) afhangt van het eerste deel (fase I), wordt het in tweeën gesplitst. Eerst vindt een uitgebreid onderzoek naar informatiebehoeften, systeemontwikkeling, en toetsing plaats, waarna het invoeringstraject wordt afgelegd. Aan het einde van fase I van het project worden concrete voorstellen gedaan voor de aanpak van het invoeringstraject (fase II).

ad 1. Onderzoek naar de informatiebehoefte van gebruikers. De gebruikers zijn in dit geval de klinisch geriaters, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de overheid. De informatiebehoeften hangen af van de activiteiten welke de beoogde gebruikers uitvoeren. Gedacht kan worden aan de volgende informatiebehoeften: (1) het leveren van informatie aan klinisch geriaters over het aanbod van ziekten, aandoeningen, functionele status van patiënten, de effecten van zorg/behandeling en nazorg, (2) het leveren van informatie over werk- en verpleegdruk, (3) het gebruik ten behoeve van het maken van jaarverslagen, beleidsplannen en overleg met ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars, (4) het gebruik ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en (5) het leveren van relevante informatie voor het overheidsbeleid (aard en omvang van de patiëntenstromen, overzicht van de problemen van patiënten, behandeling e.d.). De vraag is steeds welke gegevens nodig zijn voor welke activiteiten.

Bij dit alles wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van eerder opgedane ervaringen zoals het registratieproject van de LKGR en de SIG. Tevens zal gepoogd worden zo nauw mogelijk aan te sluiten bij (een evaluatie van) lopende activiteiten van de LKGR (het Klinger-project), in de eerste plaats omdat het nuttig is gebruik te maken van het denkwerk dat reeds is verricht en ten tweede omdat zulks voor de bij fase I van het project betrokken klinisch geriaters doelmatig is: het ontwikkelen van een Registratie- en Classificatiesysteem vergt van hen immers een forse inspanning.

ad 2. Vaststellen van verschillende data sets
Op grond van de informatiebehoeften zoals onderkend bij stap 1 kunnen nu data sets ontwikkeld worden, met gegevens over (1) diagnoses (afgeleid van de ICD-10), (2) functionele status, sociale en psychosociale functioneren (afgeleid van de ICIDH) en (3) gegevens over geneesmiddelengebruik (nagegaan wordt welke classificatie hiervoor het meest geschikt is). De data sets dienen voorts gegevens te bevatten over (4) de gegeven zorg (verrichtingen en anderszins) en (5) overige gegevens.
Een eis die aan de data sets gesteld kan worden is dat alle gegevens van een set door een afgesproken groep klinisch geriaters van een afgesproken categorie patiënten verzameld moeten kunnen worden. Aangezien de verwerking van medische informatie in de klinisch geriatrische praktijk (vrijwel) overal handmatig verloopt, is het noodzakelijk de *minimal basic data set* beperkt te houden. Voor grotere afdelingen kan een *extended basic data* set ontwikkeld worden. Daarnaast kunnen voor specifieke onderzoekprojecten *research data sets* gedefinieerd worden voor de duur van het betreffende project.

ad 3. Ontwikkelingsfase van een klinisch geriatrische classificatie.
Uitgangspunt is dat in de eerder verzamelde informatiebehoeften moet kunnen worden voorzien. Dat wil zeggen dat de classificaties die mate van detaillering moeten vertonen die in stap 1 gebleken is nodig te zijn. Wanneer geconstateerd is aan welke classificaties behoefte bestaat, kunnen deze ontwikkeld worden. Zoals gezegd wordt op voorhand gedacht aan de ICD-10 en de ICIDH. De ontwikkeling van eventuele andere classificaties kan in dit project niet ter hand worden genomen. Voor registratie van het geneesmiddelengebruik zal kunnen worden volstaan met het gebruik van een bestaand geneesmiddelen-classificatiesysteem, omdat de geriatrie hierin niet verschilt van andere specialismen.
Deze stap bestaat uit twee onderdelen.

1. De ontwikkeling van een classificatie, afgeleid van en compatibel met de ICIDH, die toegespitst is op de wens gegevens over de functionele status en het sociale en psychosociale functioneren van patiënten vast te kunnen leggen. Hierbij wordt zoveel mogelijk aansluiting gevonden bij de resultaten van de revisie van de ICIDH en afgeleide classificaties voor aanverwante gebieden.
2. De ontwikkeling van een classificatie afgeleid van en compatibel met de ICD-10. Ook deze classificatie dient toegesneden te worden op wat relevant is voor de klinische geriatrie. Nagegaan wordt onder meer welke ICD-10 hoofdstukken van belang zijn en welk niveau van detaillering gewenst is. Ook wordt bekeken of en in hoeverre van de ICD-10 afgeleide classificaties voor aanverwante gebieden (zoals de verpleeghuisgeneeskunde) bruikbaar zijn.

Het is van het grootste belang dat over de hiervoor genoemde punten binnen de beroepsgroep van klinisch geriaters brede overeenstemming bestaat, hetgeen betekent dat een uitgebreide consultatie en terugkoppeling noodzakelijk zijn. Vandaar dat de afgeleiden van de ICIDH en de ICD-10 aan het einde van fase I van het project nog niet definitief zijn. Wel is voor beide dan een ontwerp beschikbaar.

ad 4. Ontwikkelingsfase van de technische voorwaarden.
De technische werkzaamheden zullen in belangrijke mate gebaseerd zijn op de verworvenheden uit het GALEN project. Dat betekent dat zowel de te ontwikkelen classificatie, als het registratiesysteem daarvan gebruik gaan maken. GALEN beoogt tot een formele, modelmatige onderbouwing van classificatiesystemen te komen. Van GALEN kunnen een aantal basismodellen van medische terminologie overgenomen worden, welke vervolgens voor de geriatrie worden uitgebreid. De aard van die modellen leent zich bij uitstek voor de ondersteuning van een goed gestructureerde invoer van gegevens. Overigens kan indien onverhoopt blijkt dat deze benadering niet geschikt is voor de geriatrie alsnog zonder probleem teruggevallen worden op een meer traditionele benadering.

De technische ontwikkeling kent de volgende stappen:
1. Onderzoek naar waar en hoe gegevens thans ingevoerd worden in de klinische geriatrie, en de eventuele consequenties welke dat heeft voor het klinisch geriatrisch registratie systeem. In de eerste fase van het onderzoek zal nog niet een technische integratie met andere systemen nagestreefd worden. Wel zullen de randvoorwaarden daarvoor opgesteld worden. Dit zal uitmonden in richtlijnen voor automatiseringsafdelingen van instellingen, hoe dit systeem ingepast kan worden.
2. Validatie van, en eventuele aanvullingen op het classificatiemodel. Dit is een belangrijk onderdeel van de introductie van het systeem, aangezien in het model de kennis opgeslagen ligt welke de gebruikersinterface aanstuurt.
3. Ontwerp en implementatie van de gebruikersinterface. Voor dit onderdeel zal een gebruiker georiënteerd Rapid Prototyping Method toegepast worden. Dat betekent dat de meewerkende geriaters al in een vroeg stadium met het registratiesysteem geconfronteerd worden. Door de aard van de gebruikte technologie kunnen de eerste prototypen al enige maanden na de aanvang van het project getoond worden. Dit hangt uiteraard mede af van hoe de modellen zich ontwikkelen. Daarvoor moet er een goede coördinatie tussen de ontwikkelaars van de classificatie (TNO-PG) en de degenen die het registratiesysteem implementeren (KUN-MIES) gerealiseerd worden.
4. Naast de toetsing als onderdeel van het ontwerp proces wordt tot slot nog een onafhankelijke toetsing van het systeem uitgevoerd. Een gedetailleerd plan van validatie zal in het begin van het project opgesteld worden.

ad 5. Maken van een gedetailleerd plan.

In de laatste stap van fase I van het project zal worden besloten of de resultaten (inclusief de reactie in de beroepsgroep) de beoogde basis vormen van een Registratie- en Classificatiesysteem voor de klinische geriatrie. Indien dat het geval is, wordt een gedetailleerd plan opgesteld voor fase II (het invoeringstraject).
Tevens zal een visie worden gepresenteerd op de wijze waarop de organisatie van het beheer van de classificatie en registratie in de praktijk dienen te worden vormgegeven, inclusief de langetermijn financiering daarvan. In deze visie wordt ook beschreven op welke wijze en door wie gebruik gemaakt kan worden van de registratie en voor welk doel dat gebeurt. Uitgangspunt bij dit organisatieplan zal zijn dat het eindprodukt van het project, in de vorm van een registratie- en classificatiesysteem, eigendom zal worden van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. De implementatie en de hieruit verkregen gegevens zullen in de eerste plaats ten dienste moeten staan van de beroepsgroep en de Nederlandse overheid. Er zullen hiertoe concrete voorstellen gedaan worden over de terugkoppeling van informatie naar betrokkenen en naar derden.

Werkwijze
Het onderzoek bestaat uit literatuurstudie, gesprekken met betrokkenen en uitgebreide consultatie van de beroepsgroep, classificatie-ontwikkeling en software-ontwikkeling. Een belangrijke bijdrage wordt geleverd door de klinisch geriaters die betrokken zijn bij het Klinger-project. Bij de verdere uitwerking en uitgebreide consultaties van de beroepsgroep worden zij intensief betrokken. Daarnaast wordt een representatief deel van de overige klinisch geriaters geconsulteerd.
Teneinde de informatiebehoefte te peilen, zullen ook gesprekken gevoerd worden met beleidsmedewerkers van het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, ziekenhuisdirecties en de SIG.

Doorlooptijd fase I van het project

1.	Informatiebehoefte	doorlooptijd: 6 maanden
2.	Vaststellen data sets	doorlooptijd: 1 maand
3.	Ontwikkeling classificatie	doorlooptijd: 12 maanden
4.	Ontwikkeling technische voorwaarden	doorlooptijd: 12 maanden
5.	Rapportage + voorstel invoeringstraject	doorlooptijd: 2 maanden
SUBTOTAAL		doorlooptijd: 24 maanden

Doorlooptijd fase II (invoeringstraject - start september 1998)

6.	Commentaar en definitieve vormgeving van de classificaties	doorlooptijd: 10 maanden
7.	Technische voorbereiding registratie	doorlooptijd: 8 maanden
8.	Eindrapportage met aanbevelingen t.a.v. organisatie en beheer	doorlooptijd: 2 maanden
SUBTOTAAL		doorlooptijd: 12 maanden

De feitelijke implementatie van het Registratie- en Classificatiesysteem valt buiten het project.

IV kostenbegroting, excl. BTW

Fase I

personeelskosten		*f* 317.000
materiële kosten		
*	reiskosten onderzoekers	*f* 3.000
*	reis- en vacatiegelden experts	*f* 13.000
Subtotaal		*f* 333.000

Fase II

personeelskosten		*f* 153.000
materiële kosten		
*	reiskosten onderzoekers	*f* 2.000
*	reis- en vacatiegelden experts	*f* 7.000
*	Handleidingen t.b.v. geriaters	*f* 5.000
Subtotaal		*f* 167.000
TOTAAL		*f* 500.000

De beroepsgroep van de klinisch geriaters investeert zelf naar schatting *f* 62.000 op jaarbasis in de ontwikkeling van een klinisch-geriatrische registratie.

De definitieve taakverdeling tussen TNO PG, de vakgroep Medische Informatiekunde, Epidemiologie en Statistiek van de KUN en de afdeling geriatrie van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen zal bij de aanvang van het project worden overeengekomen.

VI Korte projectbeschrijving

1) *Projecttitel*
Ontwikkeling van een Registratie- en Classificatiesysteem voor de klinische geriatrie

2) *Initiatief*
De Nederlandse Vereniging voor Geriatrie.

3) *Projectverantwoordelijke instantie*
TNO Preventie en Gezondheid, divisie Collectieve Preventie, sector Volwassenen.
Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Medische Informatiekunde, Epidemiologie en Statistiek.
Afdeling geriatrie van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen.

4) *Projectleiding*
Mw. dr. ir. M.W. de Kleijn-de Vrankrijker (TNO Preventie en Gezondheid)
Prof. dr. P.F. de Vries Robbé (Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Medische Informatiekunde, Epidemiologie en Statistiek)
Prof. dr. W.H.L. Hoefnagels (Afdeling geriatrie, Academisch Ziekenhuis Nijmegen)

5) *Medewerkers*
W. Davidse, arts (TNO-PG)
Mw. dr. H.C. Boshuizen (TNO-PG)
Drs. P.E. Zanstra (KUN-MIES)
Drs. A.J. ten Hoopen (KUN-MIES)
Arts-onderzoeker (afdeling geriatrie AZN)

6) *Samenwerkingsverband*
De Commissie Landelijke Klinische Geriatrie Registratie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. Nederlands Paramedisch Instituut (voor ICIDH).

7) *Voorgenomen aanvang*
1 februari 1997

8) *Geplande duur*

Fase I van het project:	24 maanden.
Vervolgtraject:	12 maanden.

BIJLAGE 2:

DOOR VWS GOEDGEKEURD VOORSTEL VOOR DRAAGVLAKONDERZOEK

'Ontwikkeling van een Registratie- en Classificatiesysteem voor de Klinische Geriatrie'

Aangepast voorstel 28 oktober 1997

In vervolg op de eerdere voorstellen bevat dit aangepaste voorstel de wijze waarop het draagvlakonderzoek zal worden uitgevoerd.
Dit voorstel heeft alleen betrekking op onderzoek naar het draagvlak bij betrokkenen. Andere onderdelen die in het vorige voorstel werden opgenomen, namelijk het nagaan van soortgelijke activiteiten bij andere specialisten en het ontwikkelen van de data sets, blijven hier buiten beschouwing. Het aantal gesprekken is in vergelijking met het vorige voorstel ook beperkt.

1. Gesprekspartners

Gesprekken zullen worden gevoerd met personen:
- uit de beroepsgroep van klinisch geriaters, werkzaam in algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen (14 gesprekken)
- werkzaam in het management van ziekenhuizen (5 gesprekken)
- werkzaam bij zorgverzekeraars (5 gesprekken)
- overige personen (2 gesprekken)

2. Onderwerp

Tijdens de gesprekken zullen vijf vragen aan de orde worden gesteld:
- welk belang hecht men aan een registratie- en classificatiesysteem voor de klinische geriatrie'?
- welk soort informatie dient het systeem te leveren en voor welk doel?
- op welke wijze en onder welke voorwaarden denkt men gebruik te maken van het systeem?
- onder welke voorwaarden wil men in beginsel in financieel opzicht bijdragen aan het ontwikkelen van een dergelijk systeem en/of het onderhouden ervan?
- onder welke voorwaarden wil men anderszins een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en/of het onderhouden van het systeem?

3. Werkwijze

Antwoord op de in de vorige paragraaf beschreven vragen zal worden gegeven in twee stappen.
Eerst zullen gesprekken worden gevoerd met alle genoemde personen afzonderlijk. Daarbij zullen (1) de lijst met te registreren gegevens in het kader van het huidige klinger-systeem en (2) de gegevens die indertijd in het kader van het SIG-project werden aanbevolen voor registratie, worden ingebracht. Aldus wordt ook een evaluatie van het klinger-systeem gemaakt.
Hiervan wordt een rapportage gemaakt.
Deze rapportage zal worden voorgelegd aan een beperkt aantal personen uit de kring van de klinisch geriaters, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars die worden uitgenodigd voor een 'invitational conference'. Tijdens deze bijeenkomst zal aan de hand van de rapportage (nogmaals) antwoord worden gegeven op de vier genoemde vragen. Op grond hiervan wordt de eindrapportage opgesteld, met conclusies over het draagvlak en eventuele gevolgen voor het vervolg van het project.

4. Begroting

In totaal is voor uitvoering van dit voorstel 26 dagen nodig. De doorlooptijd bedraagt 4 maanden, gerekend vanaf de startdatum. Uitgaande van een dagtarief van *f* 1.840 is de begroting als volgt:

	Aantal dagen	Kosten
De personele kosten bedragen:		
- gesprekken:	17	*f* 31.280
- invitational conference	2	*f* 3.680
- rapportage	5	*f* 9.200
- overleg (klinisch geriaters/begeleidingsgroep)	2	*f* 3.680
Overige kosten (reis- en verblijfskosten, materiaal, drukken)		*f* 2.100
TOTAAL		*f* 49.940 (*f* 58.680 inclusief 17,5% BTW).

Indien schriftelijke goedkeuring wordt ontvangen voor 15 november 1997, kan het project van start gaan op 1 december 1997.

BIJLAGE 3:

CHECKLIST TEN BEHOEVE VAN GESPREKKEN

Checklist Geriatrie Classificatie & Registratie
(tevens formulier voor: Verslag van gesprek met .....)

Naam:
Functie:

1. Doel gesprek
Korte uiteenzetting (geschiedenis, projectvoorstel, eis VWS: draagvlakonderzoek; dit gesprek, verslag ter correctie voorleggen, rapportage niet herleidbaar)

2. Welk belang hecht u aan een classificatie- en registratiesysteem voor de KG?
2.1 Wat kan het voor uw werk betekenen?
2.2 Hoe denkt de beroepsgroep erover? (voorlopers etc.)
2.3 Wat vindt u daarvan?
2.4 Evt. relateren aan visie op geriatrie
2.5 Indien u er belang aan hecht, in welk opzicht is het thans ontbreken dan een probleem voor u?

3. Welk soort informatie dient het systeem te leveren en voor welk doel, nu en in de toekomst?
3.1 Welke doelen heeft volgens u zo'n systeem?
Eerste instantie: open vraag
Tweede instantie (P.M.):
* spiegelinformatie t.b.v. bijvoorbeeld kwaliteitsbewaking eigen handelen
* informatie voor jaarverslagen
* professionalisering van het vakgebied KG
* t.b.v. onderhandelingen met management en zorgverzekeraars (b.v. informatie over werk- en verpleegdruk, t.b.v. beleidsplannen)
* t.b.v. betere samenwerking met andere, externe zorgverleners
* t.b.v. wetenschappelijk onderzoek
* anderszins

Wat is voor u de belangrijkste hiervan?
3.2 Welk soort (globaal aan te duiden) informatie dient het te ontwerpen systeem m.b.t. de genoemde doelen te leveren?
Eerste instantie: open vraag
Tweede instantie (P.M., categorieën uit KLINGER):
* patiëntengegevens;
* hospitalisatiegegevens;
* sociale status (voor opname, advies t.a.v. ontslag);
* ambulante zorg (voorzorg, nazorg);
* algemene functionele patiëntengegevens;
* ADL-taken (opname en ontslag);
* incontinentie (opname en ontslag);
* mobiliteit (opname en ontslag);
* communicatie (opname en ontslag);
* psychische toestand (opname en ontslag);
* overig, b.v. ontslag naar ;
* overig, b.v. medische diagnose;
* overig, b.v. geriatrische behandeling/zorg;
* overig, medicatie;
* overig, b.v. afspraken met andere hulpverleners bij ontslag ;
* overig, b.v. nazorg na ontslag;

3.3 (voor klinisch geriaters) Hoe gebruikt u op dit moment de door u vastgelegde informatie t.b.v. bovengenoemde doelen?
Sterke en zwakke punten
3.4 (voor management) Welke informatie heeft u nodig voor uw taakuitoefening?

4. Op welke wijze en onder welke voorwaarden denkt u gebruik te maken van een systeem, nu en in de toekomst?
4.1 Op welke wijze zou u gegevens uit een registratie beschikbaar willen krijgen?
4.2 Onder welke voorwaarden zou u eventueel mee willen doen aan een registratie?
Eerste instantie: open vraag
Tweede instantie (P.M., te denken valt aan):
* organisatorische voorwaarden (toegankelijkheid, gebruiksregelingen, privacy, verankering beheer en ondersteuning, rol beroepsgroep hierbij)
* financiële voorwaarden (principes t.a.v. financiering, bijv. 'de gebruiker betaalt' versus bijdragen van participanten d.w.z. de geriatrische discipline, de NVvG, verzekeraars, overheden)

5. Indien u ervaring heeft met Klinger: wat zijn uw wensen voor het te ontwikkelen systeem in verhouding tot het Klinger-systeem?
5.1 Wat vindt u van het huidige KLINGER:
* gegevens
* gebruiksmogelijkheden; kunt u voorbeelden geven van lopende of afgesloten activiteiten met behulp van KLINGER-informatie?
5.2 Algemeen: geven de thans geregistreerde gegevens de essentie van de klinische geriatrie goed weer?
5.3 Toegespitst: wat is nu niet goed en waarom?
5.4 Wat ontbreekt nu in KLINGER?
(P.M., niet in KLINGER):
* ontslag naar (wel in MGG)
* verpleegkundige handelingen (idem)
* medische diagnose (geen van beide)
* geriatrische behandeling (idem)
* medicatie (idem)
* afspraken m.b.t. nazorg en/of overdracht bij ontslag

6. Afsluiting
6.1 Vragen naar informanten met mogelijk afwijkende meningen (maar die nuttig zijn voor de discussie). Geriaters: vragen naar ziekenhuismanagers
6.2 Verdere procedure m.b.t. verslaglegging + terugkoppeling (verslag wordt voor commentaar toegezonden).
6.2 Invitational conference (gepland is voor mei).
6.4 Vragen of wij bij nadere vragen nog een keer mogen bellen.

BIJLAGE 4:

HET KLINGER-VRAGENFORMULIER

REGISTRATIE FORMULIER KLINISCHE GERIATRIE
Questionaire 1.0 september 1995

1. Naam ziekenhuis: ---------- **Instellingsnummer:** ----------

2. Patiëntengegevens

Patiëntnummer:[3] /------/------/------/------/------/------/------/------/------/------/

Geboortedatum: ---------/--------/--------
Geslacht: 0 Man (1) 0 Vrouw (2)

Postcode: /----------/--------
Burgerlijke staat: 0 Gehuwd (1)
0 Gescheiden (2)
0 Weduwstaat (3)
0 Samenwonend (4)
0 Ongehuwd (5)
0 Niet nader omschreven (99)

---

3. Hospitalisatie gegevens

Opname datum: ---------/----------/--------

Ontslagdatum: ---------/----------/--------

Opname-urgentie: 0 Niet urgent (1)
0 Urgent (2)
0 Onbekend (99)

Spoedrealisatie: 0 Geen spoedrealisatie (1)
0 Spoed realisatie (2)

Heropname geriatrie 0 Geen heropname (1)
0 Heropname (2)
0 Onbekend (99)

Overname 0 Geen overname (1)
0 Overname (2)

---

[3] Het recordnummer bij het invoeren van de gegevens is: ----------

Verwijzer:

0 Huisarts (1)
0 Specialist (2)
0 Verpleeghuisarts (3)
0 RIAGG (4)
0 Eigen polikliniek (5)
0 Anders (90)
0 Onbekend (99)

Indicatie verwijzer:

	Somatisch	Psychogeriatrisch	Sociaal
Geen belang (1)	0	0	0
Licht tot matig belang (2)	0	0	0
0waarwegend (3)	0	0	0

In geval van overlijden:

Reden overlijden:

0 Niet natuurlijk, suïcide(1)
0 Niet natuurlijk, geen suïcide (2)
0 Natuurlijk (3)
0 Onbekend (99)

4. Sociale status

	Woonsituatie	Feitelijke herkomst
Zelfstandig alleen (1)	0	0
Zelfstandig met anderen (2)	0	0
Wonend bij kinderen, familie, vrienden (3)	0	0
Aanleunwoning (4)	0	0
Verzorgingshuis (5)	0	0
Pension (6)	0	0
Psychogeriatrisch verpleeghuis (7)	0	0
Somatisch verpleeghuis (8)	0	0
Algemeen Ziekenhuis (9)	0	0
Psychiatrisch Ziekenhuis (10)	0	0
Anders (90)	0	0
Onbekend (99)	0	0

	Bestemmings-advies klinische geriatrie	Ontslag-bestemming
Zelfstandig alleen (1)	0	0
Zelfstandig met anderen (2)	0	0
Wonend bij kinderen, familie, vrienden(3)	0	0
Aanleunwoning (4)	0	0
Verzorgingshuis (5)	0	0
Pension (6)	0	0
Psychogeriatrisch verpleeghuis (7)	0	0
Somatisch verpleeghuis (8)	0	0
Algemeen Ziekenhuis (9)	0	0
Psychiatrisch Ziekenhuis (10)	0	0
Anders (90)	0	0
Onbekend (99)	0	0

5. Mantelzorg

	Ambulante voorzorg:		Ambulante nazorg:	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Partner (1)	0	0	0	0
Kinderen (2)	0	0	0	0
Overig formeel (3)	0	0	0	0
Dienstencentrum (4)	0	0	0	0
Vrijwilligers (5)	0	0	0	0
Wijkverpleging (6)	0	0	0	0
Ouderenzorg (7)	0	0	0	0
Particuliere hulp (8)	0	0	0	0
RIAGG (9)	0	0	0	0
GG&GD (10)	0	0	0	0
Fysiotherapie (11)	0	0	0	0
Dagbeh. Somatisch Verplh. (12)	0	0	0	0
Dagbeh. Psychoger Verplh. (13)	0	0	0	0
Dagopvang verzorgingshuis (14)	0	0	0	0
Maaltijdvoorziening (15)	0	0	0	0
Alarmsysteem (16)	0	0	0	0
Andere (90)	0	0	0	0
Onbekend (99)	0	0	0	0

6. Functionele patiëntengegevens:

6.1. Algemeen
Auto/hetero-anamnese:

	Bij opname
100% patient zelf (1)	0
> 50% door patient zelf (2)	0
< 50% door patient zelf (3)	0
Volledige hetero-anamnese (4)	0
Onbekend (99)	0

Aanvullende hulpverlening gedurende de opname:

	ja	nee
Fysiotherapie(FA2)	0	0
Logopedie (FA3)	0	0
Ergotherapie (FA4)	0	0
Kl. psychologie (FA5)	0	0
Activiteiten begeleiding (FA6)	0	0
Diëtetiek (FA7)	0	0
Maatsch. werk of SPV (FA8)	0	0
Anders (FA9)	0	0
Onbekend (FA10)	0	0

6.2. ADL-taken:

	Wassen boven de gordel		Wassen onder de gordel	
	Bij opname	Bij ontslag	Bij opname	Bij ontslag
Geen hulp of toezicht (0)	0	0	0	0
Enig toezicht (1)	0	0	0	0
Enige hulp (2)	0	0	0	0
Enige hulp en toezicht (3)	0	0	0	0
Volledige hulp (4)	0	0	0	0
Onbekend (99)	0	0	0	0

	Kleden		Eten	
	Bij opname	Bij ontslag	Bij opname	Bij ontslag
Geen hulp of toezicht (0)	0	0	0	0
Enig toezicht (1)	0	0	0	0
Enige hulp (2)	0	0	0	0
Enige hulp en toezicht (3)	0	0	0	0

Volledige hulp (4)	0	0	0	0
Onbekend (99)	0	0	0	0

	Toiletgang	
	Bij opname	Bij ontslag
Geen hulp of toezicht (0)	0	0
Enig toezicht (1)	0	0
Enige hulp (2)	0	0
Enige hulp en toezicht (3)	0	0
Volledige hulp (4)	0	0
Onbekend (99)	0	0

6.3. Incontinentie voor urine:

	Bij opname	Bij ontslag
Geen beperking (0)	0	0
Zelden (1)	0	0
1 x per week of minder (2)	0	0
Meer dan 1 x per week (3)	0	0
Dagelijks (4)	0	0
Verblijfscatheter (5)	0	0
Anders (90)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Incontinentie voor faeces:

	Bij opname	Bij ontslag
Geen beperking (0)	0	0
Zelden (1)	0	0
1 x per week of minder (2)	0	0
Meer dan 1 x per week (3)	0	0
Dagelijks (4)	0	0
Stoma (5)	0	0
Anders (90)	0	0
Onbekend (99)	0	0

6.4. **Mobiliteit**

6.4.1. Actieradius

	Bij opname	Bij ontslag
Buitenshuis mobiel (0)	0	0
Huis/Instelling gebonden (1)	0	0
Kamer gebonden (2)	0	0
Bed/stoel gebonden (3)	0	0
Bedlegerig (4)	0	0
Onbekend (99)	0	0

6.2. Hulpmiddelen

	Bij opname	Bij ontslag
Geen (0)	0	0
Stok (1)	0	0
Vierpoot of driepoot (2)	0	0
Looprek, rollator (3)	0	0
Rolstoel (4)	0	0
Onbekend (99)	0	0

6.4.3. Begeleiding

	Bij opname	Bij ontslag
Geen (0)	0	0
Toezicht (1)	0	0
Ondersteuning één persoon (2)	0	0
Onderst. twee personen (3)	0	0
Onbekend (99)	0	0

7. Communicatie

7.1. Gezichtsvermogen

	Bij opname	Bij ontslag
Geen beperking (0)	0	0
Geen kleine letters (1)	0	0
Alleen grote voorwerpen (2)	0	0
Functioneel blind (3)	0	0
Onbekend (99)	0	0

7.2 Gehoor

	Bij opname	Bij ontslag
Geen beperking (0)	0	0
Alleen luide spraak (1)	0	0
Functioneel doof (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

7.3. Spraak

	Spraak-verstaan bij opname	Spraak-verstaan bij ontslag
Geen beperking (0)	0	0
Licht beperkt (1)	0	0
Ernstig beperkt (2)	0	0
Volledig onvermogen (3)	0	0
Onbekend (99)	0	0

	Spraak (actief) bij opname	Spraak (actief) bij ontslag
Geen beperking (0)	0	0
Licht beperkt (1)	0	0
Ernstig beperkt (2)	0	0
Spraak onbegrijpelijk (3)	0	0
Onbekend (99)	0	0

8. Psychische toestand

Bewustzijn

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Slaapstoornis

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Aandacht en concentratie

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Oriëntatie in tijd

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Oriëntatie in plaats

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Oriëntatie in persoon

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Korte termijn geheugen

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Lange termijn geheugen

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Stoornis i.d. vorm v. wanen

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Gedachtengang

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Stoornis in de vorm van hallucinaties

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Angststoornis

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Depressie

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Apathie

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Manie

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Prikkelbaarheid

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Labiliteit

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Onverzorgdheid

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Decorumverlies

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Querulerend gedrag

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Lichamelijke agressie

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2) 0	0	
Onbekend (99)	0	0

Verbale agressie

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Bewegingsdrang

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Zinloos repititief, gedrag

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

Gilgedrag

	Bij opname	Bij ontslag
Geen stoornis (0)	0	0
Lichte of periodieke stoornis (1)	0	0
Ernstige of continue stoornis (2)	0	0
Onbekend (99)	0	0

BIJLAGE 5:

LIJST VAN BIJ HET DRAAGVLAK-ONDERZOEK BETROKKEN PERSONEN

Onderstaande lijst bevat namen van geïnterviewden, deelnemers invitational conference, telefonisch geconsulteerden, uitvoerders en begeleiders van het draagvlakonderzoek.

Drs. G.C.H.M. van der Aa, klinisch geriater, Elkerliek Ziekenhuis
Drs. F.M.E. van Schendel, klinisch geriater, Vincent van Gogh Instituut
Prof. dr. W.H.L. Hoefnagels, klinisch geriater, AZN
Dr. M.G.M. Olde Rikkert, klinisch geriater, AZN
Dr. R.W.M.M. Jansen, klinisch geriater, AZN
Mw. drs. M. Jellesma, klinisch geriater, Rijnstate Ziekenhuis
M. Maas, klinisch geriater, TweeSteden Ziekenhuis
G. Ziere, klinisch geriater, Ziekenhuis Walcheren
Mw. M. Hartgerink, Twenteborg Ziekenhuis
C. Kalisvaart, klinisch geriater, Medisch Centrum Alkmaar
W. van Maarschalkerweerd, klinisch geriater, Ziekenhuis Gooi-Noord
Dr. P.L.J. Dautzenberg, klinisch geriater, Bosch Medicentrum
L. Boelaarts, klinisch geriater, Leyenburg Ziekenhuis
Mw. P.J. Klijnsma, klinisch geriater, St. Maartens Gasthuis
Mw. A.W.M. Verheggen, klinisch geriater, Maaslandziekenhuis
Dr. J.A. Raijmakers, internist, AZU
Prof. dr. G.J. Lighthart, klinisch geriater, Slotervaart Ziekenhuis
Drs. W. Keijzer, manager bedrijfsvoering, AZN
Mw. G. Dokter, fin.econ.medewerker cluster CZZO, AZN
J. Runnenberg, hoofd med. adm, Ziekenhuis Alkmaar
Mw. dr. T.J.M. van der Cammen, klinisch geriater, Ziekenhuis Dijkzigt
Mr. drs. P.J.F. van der Kooij, ambtelijk secretaris NVvG
Drs. H.J. Schaaf, directeur Tweestedenziekenhuis Tilburg
F.W. Geubbels, beleidsmedewerker Elkerliek Ziekenhuis
Prof. dr. P.F. de Vries Robbé, MI-KUN
Mw. dr. ir. M.W. de Kleijn-de Vrankrijker, TNO-PG
W. Davidse, arts, TNO-PG
Drs. P.E. Zanstra, afdeling MI-KUN
Drs. A.J. ten Hoopen, afdeling MI-KUN