

Kwaliteit van medische verslaglegging in justitiële inrichtingen

Een vergelijking tussen 2015 en 2022

Isabelle Bos
Julia Bes
Marianne Heins
Bram Elffers
Robert Verheij



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Mei 2024

ISBN 978-94-6122-857-4

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt een rapport dat zich richt op de kwaliteit van medische verslaglegging in justitiële inrichtingen. In meerdere opzichten is dit een uitzonderlijk en leerzaam project geweest voor zowel de opdrachtgever, de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), als uitvoerder, Nivel. Sinds het onderzoeksvoorstel daterend uit 2015 tot dit eindrapport uit 2024 is een lange weg afgelegd waaraan onderweg verschillende collega's aan DJI en Nivel kant hebben bijgedragen. Via deze weg willen we al deze collega's die op een manier hebben bijgedragen aan dit project bedanken.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Inhoud	4
Samenvatting	5
Begrippenlijst	7
1 Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Doel en vraagstelling	9
2 Methode	11
2.1 Procedure	11
2.2 Uitkomstmaten	12
Resultaten	18
3.1 Kenmerken van populatie en datasets	18
3.2 Registratie van persoonsgegevens (A)	19
3.4 Volledigheid en adequaatheid van registratie van ziekte (C)	24
3.5 Volume zorggebruik (D)	26
3.6 Exploratieve analyse vrije tekstanalyses (2015)	27
4 Beschouwing en conclusies	29
4.1 Wat is er veranderd tussen 2015 en 2022 dat mogelijk invloed heeft gehad?	29
4.2 Aandachtspunten voor verdere verbeteringen	30
4.3 Tot slot	31
Referenties	32
Bijlage A Selectie verrichtingen voor definitie contact	33
Bijlage B Scoringsformulier vrije teksten	34
Bijlage C Grafieken ziekte specifieke indicatoren	35

Samenvatting

Verbetering in kwaliteit medische verslaglegging in justitiële inrichtingen?

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is verantwoordelijk voor de gezondheidszorg van justitiabelen. Om de kwaliteit van zorg in haar inrichtingen te kunnen waarborgen en monitoren wil de DJI beter gebruik maken van routinematig vastgelegde zorggegevens, zoals gegevens uit elektronisch patiëntendossiers (EPD's). De DJI heeft zich daarom de afgelopen jaren ingespannen om de registratiekwaliteit te verbeteren en heeft het Nivel gevraagd om te onderzoeken in hoeverre dit resultaat heeft gehad.

EPD-scan op basis van zorggegevens uit 2015 en 2022

Bij dit onderzoek is een bestaand instrument voor het meten van kwaliteit van gegevens uit elektronisch patiëntendossiers in huisartsenpraktijken, de EPD-scan, als uitgangspunt genomen. Deze EPD-scan maakt gebruik van versleutelde (gepseudonimiseerde) gecodeerde zorggegevens die uit het huisartsinformatiesysteem (HIS) worden geëxtraheerd waarop verschillende kwaliteitsindicatoren worden gemeten. Een justitiële inrichting is echter geen huisartsenpraktijk. Daarom zijn de indicatoren aangepast aan de gegevens die worden vastgelegd in justitiële inrichtingen en de zorg die daar wordt verleend. Er is een eerste meting uitgevoerd op gegevens uit 2015 van 38 inrichtingen en een tweede op gegevens uit 2022 van 35 inrichtingen. Daarnaast is bij de eerste meting ook een exploratieve analyse gedaan op de vrije tekst van een steekproef van dossiers om zo zicht te krijgen op gegevens welke niet gecodeerd worden vastgelegd.

Verbetering in registratiekwaliteit op meerdere indicatoren

Voor meerdere kwaliteitsindicatoren was er sprake van een verbetering in registratiekwaliteit in 2022 ten opzichte van 2015. Zo was de registratie van leeftijd en geslacht nog 93% in 2015 terwijl dit in 2022 voor alle (100%) justitiabelen was geregistreerd. Ook werden diagnosecodes beter geregistreerd: in 2015 bij gemiddeld 80% van de contacten en in 2022 bij gemiddeld 98% van de contacten. Ook was er minder variatie tussen de inrichtingen in de volledigheid van het registreren van diagnosecodes. Wel was er in 2022 een sterke stijging in het gebruik van triviale diagnosecodes (18% ten opzichte van 4% in 2015). Een deel van het gebruik van deze triviale codes lijkt samen te hangen met de registratie van intakes of preventief medisch onderzoek. Eenduidige registratie van deze procedures zou de kwaliteit van registratie nog verder verbeteren. Wat betreft het registreren van voorgeschreven medicatie zien we ook nog ruimte voor verbetering aangezien er zowel in 2015 als in 2022 nauwelijks een diagnosecode bij werd geregistreerd. De exploratieve analyses op de vrije teksten in 2015 lieten zien dat er destijds veel werd genoteerd in de vrije teksten wat niet tevens gecodeerd werd opgeslagen. Door de methode en opzet van het huidige onderzoek waren er zowel bij de eerste als tweede meting geen gegevens beschikbaar tijdens de analyses over de totale populatie van justitiabelen per inrichtingen en de detentieduur. Hierdoor was het niet mogelijk om de cijfers over bijvoorbeeld zorggebruik af te zetten tegen de totale populatie die zorg had kunnen vragen.

Van belang om verbetering in registratiekwaliteit vast te houden en verder door te trekken

Er hebben verbeteringen plaatsgevonden in de kwaliteit van de medische verslaglegging in justitiële inrichtingen. Deze meetbare verbeteringen in registratiekwaliteit zorgen ervoor dat de zorggegevens beter kunnen worden gebruikt voor verschillende doeleinden. Zo kunnen ze gebruikt worden tijdens het zorgproces of voor andere doeleinden, zoals het monitoren van kwaliteit van zorg of wetenschappelijk onderzoek. Wel blijft het belangrijk om aandacht te blijven houden voor registratiekwaliteit en zijn er nog verdere verbeteringen mogelijk wat betreft het registreren van de reden (diagnosecode) bij voorgeschreven medicatie en eenduidig gebruik van triviale diagnosecodes bij procedures als bijvoorbeeld een intake of preventief medisch onderzoek. Daarnaast wordt het aangeraden dat voor het hergebruiken van zorggegevens voor secundaire doeleinden, bij de extractie van gegevens uit systemen ook informatie wordt verkregen over de totale populatie in detentie en de duur van detentie, zodat de cijfers in context kunnen worden geplaatst.

Begrippenlijst

Hieronder volgt een lijst met veelgebruikte begrippen en een korte uitleg over de toepassing van deze begrippen in de context van dit rapport.

ATC-code

De ATC-code (ATC staat voor Anatomical Therapeutic Chemical) is een code van 7 posities (letters en cijfers) die specifiek is voor een bepaald (type) medicijn en wordt geregistreerd bij voorgeschreven medicatie.

Elektronisch patiëntendossier (EPD)

Hierin legt een zorgverlener vast wat er met een patiënt aan de hand is en welke zorg hij of zij krijgt. In het geval van DJI en dit rapport hebben gaat het over de verslaglegging in het huisarts-EPD binnen justitiële inrichtingen.

Huisartsinformatiesysteem (HIS)

Het huisartsinformatiesysteem (HIS) is de software die ervoor zorgt dat alle patiëntendossiers op een veilige en overzichtelijke manier worden opgeslagen. Er zijn verschillende HIS leveranciers. Binnen DJI wordt er gewerkt met MicroHIS.

ICPC-codering

De International Classification of Primary Care (ICPC) wordt gebruikt voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen binnen de huisartsgeneeskundige zorg [1]. De ICPC bestaat uit hoofdstukken en componenten. De hoofdstukken worden aangeduid met een letter (A t/m Z) en de componenten met 2 cijfers waarbij 01-29 zijn gereserveerd voor symptomen en klachten, 30-69 voor verrichtingen en 70-99 voor diagnoses en ziekten.

Ziekte-episode

Sommige indicatoren gaan uit van ziekte-episodes. Het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) beschrijft een episode als een periode van zorg met betrekking tot een gezondheidskwestie. Een episode start wanneer de patiënt zich voor het eerst met het probleem bij de huisarts meldt. Een episode is te beschouwen als een mapje van gegevens (metingen, voorschriften, contacten) over het zorggebruik bij een bepaalde ziekte of aandoening over de periode dat die aandoening actueel is.

Zorggebruik – definitie in dit rapport

Zorggebruik is binnen dit onderzoek gedefinieerd als een registratie van een verrichting, prescriptie, meetuitslag of een journaalregel tijdens de meetperiode.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is verantwoordelijk voor de gezondheidszorg van justitiabelen en heeft namens de overheid een zorgplicht. Voor deze personen die tijdelijk of voor een langere periode in hechtenis worden genomen, geldt dat zij recht hebben op een vorm van gezondheidszorg die gelijkwaardig is aan die van mensen in de vrije maatschappij. In 2003 heeft DJI een gezondheidszorgvisie vastgesteld: 'DJI draagt in haar inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiëntgerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming.' Om de kwaliteit van zorg in haar inrichtingen te kunnen waarborgen en monitoren wil DJI beter gebruik maken van routinematig vastgelegde zorggegevens.

Achtergrondinformatie Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) voert namens de minister van Justitie en Veiligheid straffen en vrijheidsbenemende maatregelen uit die door de rechter zijn opgelegd. DJI is verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg aan justitiabelen, waarvan er jaarlijks circa 30.000 instromen. De insluiting vindt plaats in verschillende soorten inrichtingen. Er zijn gevangenis en huizen van bewaring voor volwassenen, de zogeheten penitentiaire inrichtingen. Vier van deze penitentiaire inrichtingen hebben een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC), waar continue psychiatrische zorg wordt geboden. Voor vreemdelingen maakt DJI gebruik van detentiecentra (DC) en een Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP). In het CTP wordt intensieve psychische zorg verleend. Minderjarigen en soms ook jongvolwassenen worden geplaatst in een Justitiële Jeugdinstellingen (JJI). Een Terbeschikkingstelling (TBS) vindt plaats in de klinische setting van een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) of Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK). Veel van deze bovengenoemde inrichtingen zijn van het Rijk, dat zijn de rijksinrichtingen. Er bestaan daarnaast ook inrichtingen bijvoorbeeld voor minderjarigen of voor tbs-gestelden, die onderdeel zijn van particuliere organisaties. Dit zijn de particuliere justitiële inrichtingen. In dit rapport richten wij ons op rijksinrichtingen.

Gezondheidszorg binnen justitiële inrichtingen

Justitiabelen zijn een groep met een hoge zorgbehoefte. De gezondheidsproblematiek is complex, en de psychische en somatische problematiek is groter dan in een vergelijkbare populatie buiten detentie [2, 3]. Bovendien is er vaak sprake van een taal- en cultuurbarrière. Het verblijf in een justitiële inrichting verhoogt de afhankelijkheid van de justitiabele, bijvoorbeeld van de zorgprofessionals. Daarnaast kan de insluiting gezondheidsproblemen veroorzaken of versterken, zoals psychische problematiek [4]. Anderzijds biedt de insluiting kansen, bijvoorbeeld bij achterstallige gezondheidszorg of bij verslavingsproblematiek. De zorgvraag stijgt ook omdat een bezoek aan de medische dienst een welkome afwisseling is in het gedetineerden bestaan. Deze factoren hebben allemaal een invloed op de zorgvraag van justitiabelen en maken dat de medische zorg, de medische teams en het organiseren van de zorg in justitiële inrichtingen niet vergelijkbaar zijn met medische zorg in de 'vrije wereld' [5]. Daarnaast verblijft het overgrote deel van de justitiabelen maar kort in detentie: de helft van de volwassen justitiabelen in een PI zit korter dan 3 weken, ongeveer 7% zit langer dan een jaar vast [5]. De intensiteit en complexiteit van de zorg stelt daarom hoge eisen aan de medische dossiervorming, niet in de laatste plaats omdat een combinatie

van somatische en psychische zorg wordt geleverd door een team van uiteenlopende zorgprofessionals.

Veranderingen met betrekking tot medische verslaglegging tussen 2003 en 2009

Sinds 2003 heeft DJI zich ingezet om de kwaliteit van medische verslaglegging te verbeteren zoals met de invoering van een Huisarts Informatie Systeem (HIS) en door het doorvoeren van een verbeterslag van de farmaceutische zorg. Hoewel de medische diensten de afgelopen decennia een kwaliteitsslag hebben gemaakt worden in 2009 nog wel knelpunten aangewezen door de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ, nu IGJ) [6]. In het rapport uit 2009 wordt gesteld dat het handelen van de medische diensten te veel is gericht op de zorgvraag van de individuele patiënt en de medewerkers te weinig tijd nemen voor kwaliteitsmanagement. Vooral bij chronisch zieken in penitentiaire inrichtingen is er niet altijd sprake van actieve monitoring. Bovendien worden gegevens nog niet altijd vastgelegd in het HIS en wordt er onvoldoende gebruik gemaakt van het ingebouwde elektronisch voorschrijf systeem (EVS), waardoor een goed overzicht van de actuele medicatie vaak ontbreekt [6]. Het missen van medicatie en diagnoses geeft een verhoogd risico op onveilige zorg voor justitiabelen, ook na hun vrijlating. Dit zou negatieve invloed kunnen hebben op de continuïteit van zorg vóór en na detentie.

Is er sprake van verbetering in de kwaliteit van de medische verslaglegging?

Om de kwaliteit en de continuïteit van zorg goed te kunnen waarborgen heeft de DJI sinds 2013 ingezet om de medische dossiervoering en kwaliteitsprocessen verder proberen te verbeteren. Dit alles vraagt om goede verslaglegging van de medische gegevens, zorgbehoefte en behandeling van justitiabelen. In het Meerjarenplan van 2023 – 2027 van DJI blijft het verbeteren van registratiekwaliteit een belangrijk aandachtspunt, maar minder prominent dan enkele jaren daarvoor [7]. Of er in de tussentijd inderdaad een verbeterslag heeft plaatsgevonden is de vraag en daarom heeft DJI het Nivel gevraagd om de kwaliteit van de medische dossiervoering te onderzoeken. Dit onderzoek is opgezet met een eerste meting (2015) en een tweede meting (2022) met daartussen een interventie om de kwaliteit van gegevensregistratie te verbeteren. Dit onderzoek levert inzicht in de kwaliteit van verslaglegging in elektronische patiëntendossiers in justitiële inrichtingen. Dit is de belangrijke stap om tot aanbevelingen te komen voor nog verdere verbetering van de registratiekwaliteit of om de kwaliteit op peil te houden. Daarnaast wordt door middel van dit onderzoek ook duidelijk wat de mogelijkheden zijn met de huidige registratiegegevens wat betreft (wetenschappelijk) onderzoek en monitoring van kwaliteit van zorg.

1.2 Doel en vraagstelling

Dit project heeft als doel om de kwaliteit van de medische dossiervoering in de inrichtingen van DJI in kaart te brengen. Het gaat hierbij om de medische verslaglegging van de huisartsenzorg door de medische dienst van DJI. Het gaat in dit project dus om de kwaliteit van de dossiervoering en niet om de kwaliteit van het medisch handelen.

We beantwoorden de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de medische verslaglegging binnen de huisartsenzorg tijdens een eerste meting (2015) en tweede meting (2022)?
2. In hoeverre verschillen inrichtingen in de kwaliteit van medische verslaglegging tijdens een eerste meting (2015) en tweede meting (2022)?

Aan de hand van de resultaten zullen we aanbevelingen doen voor eventuele verbeteringen voor de kwaliteit van medische verslaglegging.

2 Methode

In het kader van dit onderzoek is een bestaand instrument voor het meten van kwaliteit van verslaglegging van gegevens in elektronische patiëntendossiers gebruikt als uitgangspunt, de EPD-scan [8, 9]. De EPD-scan is een methode die kan worden ingezet om op een systematische manier aan de hand van indicatoren na te gaan hoe er geregistreerd wordt en op welke punten er kan worden verbeterd. Bij de EPD-scan wordt er gebruik gemaakt van gepseudonimiseerde zorggegevens in de vorm van codes die uit het huisartsinformatiesysteem (HIS) worden geëxtraheerd. Naast de EPD-scan heeft bij de eerste meting in 2016 een analyse van vrije tekst uit medische dossiers plaatsgevonden bij een steekproef van de dossiers.

2.1 Procedure

2.1.1 Gegevensextracties uit Huisartsen Informatie Systeem (HIS)

Voor de medische verslaglegging voor de huisartsenzorg binnen de inrichtingen maakt DJI voornamelijk gebruik van het systeem MicroHIS. De gegevens gebruikt bij de eerste meting (2015) waren afkomstig van in totaal 38 MicroHIS databases verspreid over verschillende locaties. De gegevens voor de tweede meting (2022) waren afkomstig van 35 inrichtingen. De databases werden door verschillende gebruikers per locatie gebruikt. De dossiers die in de databases zijn opgeslagen zijn niet direct gekoppeld aan de basis-administratieve gegevens over de justitiabelen of aan systemen die voor medicatie en GGZ zijn ingericht. De gegevens over 2015 zijn geëxtraheerd in april 2016 en de gegevens over 2022 zijn geëxtraheerd in december 2023. Voor beide extracties zijn verschillende methodes gebruikt om de gegevens te extraheren. Het verschil in methodes tussen 2015 en 2022 had enerzijds te maken met organisatorische en technische verschillen en anderzijds met veranderende wet- en regelgeving rondom gegevensbescherming (AVG). Hieronder beschrijven we de situatie en de gebruikte extractiemethodes per meting apart.

Extractie van gegevens uit 2015

Voor deze extractie is gebruik gemaakt van een bestaande extractietool van het Nivel die gebruikt werd om gegevens te extraheren van huisartspraktijken die MicroHIS gebruiken binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn [10]. Deze standaard extractietool is aangepast aan de vereisten voor dit specifieke project waarbij rekening is gehouden met de wet- en regelgeving zoals destijds beschreven in de Wet bescherming persoonsgegevens. De gegevens zijn voor verzending naar het Nivel – aan de bron – gepseudonimiseerd door een medewerker van DJI. Het Nivel heeft bij binnenkomst de data gecheckt om na te gaan of de gegevens (uitgaande van de bestaande extractie) volledig zijn aangeleverd en vervolgens zijn door dataspecialisten onderzoeksbestanden klaargemaakt voor de onderzoekers.

Extractie van gegevens uit 2022

De extractietool die gebruikt was om de gegevens van 2015 te extraheren is in de jaren daarna niet meer onderhouden en daarom is er om de gegevens van 2022 te extraheren gebruik gemaakt van een andere methode. Daarbij is tevens rekening gehouden met de update in wet- en regelgeving met de komst van de algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Bij de extractie in december 2023 is gebruik gemaakt van de standaard extractiemethode die MicroHIS aanbiedt. DJI heeft een extract gemaakt en vervolgens is door het Nivel een script geschreven om de geëxtraheerde gegevens in hetzelfde standaardformat te zetten als wordt gebruikt voor de gegevens van Nivel

Zorgregistraties Eerste lijn [10]. Daarna zijn de gegevens door een zogenaamde ‘trusted third party’ (ZorgTTP) gepseudonimiseerd en verzonden naar Nivel met de Privacy Verzend Module (PVM). Binnen het Nivel zijn de gegevens verder verwerkt door dataspecialisten om onderzoeksbestanden te creëren waarop analyses konden worden gedaan.

Om een directe vergelijking te kunnen maken tussen de kwaliteit van registratie tijdens de eerste meting (2015) en tweede meting (2022) is gekozen voor gelijke meetperiode zodat eventuele seizoenseffecten geen rol kunnen spelen. Voor 2015 is dit in de meetperiode 01-07-2015 – 21-12-2015. Voor 2022 is dit in de meetperiode van 01-07-2022 – 21-12-2022.

2.1.2 Aangepaste EPD-scan

De kwaliteit van de geëxtraheerde gegevens uit MicroHIS kan worden gemeten met behulp van de EPD-scan. De EPD-scan is een instrument dat het Nivel, in samenspraak met IQ Healthcare en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), heeft ontwikkeld en al veelvuldig met succes is ingezet [8, 9]. Huisartsen kunnen nagaan in hoeverre zij registreren volgens de richtlijn Adequate Dossiervorming in het EPD (ADEPD) en op welke punten ze de registratie kunnen verbeteren [11]. De richtlijn is opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en geeft aanwijzingen voor een goede, uniforme registratie in het EPD voor de dagelijkse patiëntenzorg en voor de uitwisselbaarheid van gegevens. Wanneer gegevens worden vastgelegd volgens de richtlijn ADEPD bevat het dossier de relevante patiëntinformatie die noodzakelijk is voor goede hulpverlening. Daarnaast is ADEPD belangrijk om het dossier als bron van informatie te kunnen gebruiken voor bijvoorbeeld (wetenschappelijk) onderzoek naar kwaliteit van zorg. Ook kan spiegelinformatie af worden geleid om reflectie te krijgen op het eigen professioneel handelen en gegevens worden verkregen over de gezondheid van de patiëntenpopulatie.

Ook binnen DJI-setting is de ADEPD-richtlijn van het NHG als standaard benoemd. De EPD-scan is aangepast aan de specifieke situatie in justitiële inrichtingen. In de standaard EPD-scan wordt bijvoorbeeld uitgegaan van een min of meer vast ingeschreven populatie in het huisartsinformatiesysteem (HIS) en declaraties van contacten. Dit is bij inrichtingen van DJI anders. Er zal rekening moeten worden gehouden met juist een sterk wisselende populatie en er is een ander financieel kader. In dit onderzoek richten wij ons daarom alleen op de populatie die gebruik heeft gemaakt van zorg tijdens de meetperiode en niet op de gehele populatie die zorg had kunnen vragen.

2.2 Uitkomstmaten

2.2.1 Indicatoren EPD-scan

De standaard EPD-scan omvat onder meer indicatoren voor de volledigheid van de episodelijst en ziektegeschiedenis, het gestructureerd werken in het medisch journaal, actualiteit van het medicatiedossier en medicatiebewaking. In dit onderzoek gebruiken we de volgende categorieën van indicatoren, die hieronder worden toegelicht. Deze indicatoren zijn aangepast aan de specifieke situatie in justitiële inrichtingen. Voor de meeste indicatoren kijken we ook naar variatie tussen inrichtingen. Hierbij zijn individuele inrichtingen niet herleidbaar. Het gaat over uniforme registratie in verschillende inrichtingen en of dit veranderd is tussen 2015 en 2022.

Indicatorcategorieën

- A. Indicatoren voor de registratie van persoonsgegevens.
- B. Indicatoren voor de compleetheid en actualiteit van het medicatieoverzicht.
- C. Indicatoren voor de volledigheid en adequaatheid van de ziektegeschiedenis.
- D. Indicatoren voor het volume van zorggebruik.

A. Indicatoren voor de registratie van persoonsgegevens

A1. Het aantal personen waarbij zorggebruik is geregistreerd

Om te bepalen van hoeveel personen gegevens beschikbaar zijn in een inrichting wordt uitgegaan van het aantal personen dat zorggebruik heeft gehad binnen de meetperiode. Voor 2015 en 2022 zijn deze aantallen niet één-op-één vergelijkbaar aangezien in 2015 van meer inrichtingen gegevens zijn ontvangen dan in 2022.

A2. Aantal personen aan wie meerdere persoonsnummers zijn toegekend

Iedere persoon in Nederland heeft één Burgerservicenummer (BSN) en het is wenselijk dat ieder persoon ook één uniek persoonsnummer in het registratiesysteem krijgt toegekend zodat personen niet dubbel worden geteld en zorggebruik over tijd aan elkaar gekoppeld kan worden. Dit geldt zowel tussen inrichtingen als binnen inrichtingen. Bij deze indicator wordt gekeken hoe vaak dubbeltellingen van justitiabelen worden geconstateerd. Hierbij wordt een uitsplitsing gemaakt naar tellingen tussen inrichtingen en binnen inrichtingen.

A3. Percentage personen met registratie van (een valide) geboortejaar

Om te kunnen bepalen hoe de leeftjidsverdeling van de populatie is, moet van ieder persoon het geboortejaar bekend zijn. Deze indicator geeft het percentage valide geboortejaren aan van alle personen die zorggebruik hadden. Valide is hierbij gedefinieerd als een waarde >1906 en <2016 tijdens de eerste meting en een waarde >1913 en <2023 tijdens de tweede meting.

A4a. Percentage personen met registratie van geslacht

Om te kunnen bepalen hoe de geslachtsverdeling van de populatie is, moet van ieder persoon het geslacht bekend zijn. Deze indicator geeft het percentage personen aan waarbij het geslacht is geregistreerd van alle personen die zorggebruik hadden.

A4b. Percentage personen met vrouwelijk geslacht

Deze indicator geeft het percentage aan van personen die als vrouw zijn geregistreerd. Dit geeft inzicht in de registratiekwaliteit omdat in de meeste inrichtingen nagenoeg geen vrouwen zitten (minder dan 5%) of juist alleen maar in het geval van een vrouweninrichting. Als er dus sprake is van een percentage vrouwen tussen de 5 – 95% dan zou er sprake kunnen zijn van registratiefouten.

B. Indicatoren volledigheid medicatieoverzicht

B1. Aantal prescripties per persoon

De indicator 'prescripties' geeft aan hoeveel prescripties (met ATC-code) gemiddeld zijn geregistreerd in de meetperiodes bij personen die een prescriptie (met ATC-code) hadden in deze meetperiodes.

B2. Percentage prescripties met een ICPC-code

Met deze indicator gaan we na of de huisarts de ICPC-codering op de juiste manier toepast. Bij deze indicator wordt nagegaan bij hoeveel van de in de meetperiodes geregistreerde prescripties met ATC ook een ICPC-code is geregistreerd.

B3. Percentage prescripties met een of meerdere gekoppelde episodes

Deze indicator geeft per prescriptie met ATC weer of er geen, één of meerdere episodes zijn gekoppeld. Het koppelen van een prescriptie aan één episode is het meest wenselijk omdat dit eenduidigheid creëert in de registratie.

C. Indicatoren voor volledigheid en adequaatheid registratie van ziekte

C1. Aantal geregistreerde episodes per persoon

Deze indicator geeft aan hoeveel actieve episodes er gemiddeld geregistreerd zijn bij alle personen bij wie zorggebruik is geregistreerd binnen de meetperiode. Actieve ziekte-episodes zijn hierbij gedefinieerd als een startdatum van de episode voor het einde van de meetperiode (21 december) en een episode einddatum na de start van de meetperiode (1 juli). Op voorhand is niet aan te geven hoeveel episodes er op de episodelijst moeten staan om het predicaat “goed” te verdienen, belangrijk is om te kijken naar variatie tussen inrichtingen.

C2. Percentage episodes met een specifieke ICPC-code

Met deze indicator gaan we na of de huisarts de diagnose codering op de juiste manier toepast zoals beschreven in de ADEPD richtlijn [11]. Bij deze indicator wordt nagegaan bij hoeveel van de actieve episodes in de meetperiode een specifieke of triviale ICPC-code is toegekend. Specifieke ICPC-codes verwijzen direct naar een symptomen, klachten of diagnose en worden daarom als betekenisvollere codes gezien. Triviale ICPC-codes zijn meer algemene codes, ook wel ‘vluchtcodes’ genoemd welke worden gebruikt wanneer een zorgverlener niet direct weet wat er met een patiënt aan de hand is of als het gaat om een handeling (verrichting).

De volgende ICPC-codes worden beschouwd als specifiek:

- Alle geldige ICPC-codes in de range 01 tot en met 29
- Alle geldige ICPC-codes in de range 70 tot en met 99 (met uitzondering van A97 en A99)
- De codes A44 (inenting), R44 (influenzavaccinatie) en X37 (cervix-uit-strijkje bevolkingsonderzoek)

De volgende ICPC-codes worden beschouwd als triviaal:

- ICPC-codes in de range 30 tot en met 69 (verrichtingen) met uitzondering van A44, R44, X37
- Gebruik van alleen tractusletters
- ICPC-codes A97 (geen ziekte) en A99 (Andere gegeneraliseerde / niet gespecificeerde ziekte(n))

C3. Ziekte-specifieke indicatoren

Bij ziekte-specifieke indicatoren wordt gekeken naar de combinatie van een voorgeschreven geneesmiddel met een geregistreerde diagnose of symptoomcode. Bij deze indicatoren is belangrijk om te vermelden dat het niet altijd zo is dat een score dicht bij de 100% direct duidt op een betere registratiekwaliteit. Sommige geneesmiddelen worden nagenoeg uitsluitend voorgeschreven bij een bepaalde patiëntengroep en daarom zou je daar bij een goede registratie een score van 100% verwachten. Andere geneesmiddelen zijn breder inzetbaar waardoor variatie ontstaat tussen zorgverleners en inrichtingen in de combinaties van prescriptie en diagnose. Bij deze indicator is het vooral van belang om te kijken naar of er veel variatie is tussen inrichtingen.

C3a. Diabetes Mellitus

Deze indicator geeft aan bij hoeveel procent van de personen die orale antidiabetica krijgen voorgeschreven ook een diagnose diabetes is geregistreerd. Het gaat hierbij om episodes met de ICPC-code T90 en (herhaal)recepten met ATC-code A10B. Deze medicatie wordt nagenoeg uitsluitend voorgeschreven bij personen met diabetes. Indien een inrichting goed registreert, verwachten we hier dan ook een score van nagenoeg 100%.

C3b. Antipsychotica

Deze indicator geeft aan bij hoeveel procent van de personen die antipsychotica krijgen voorgeschreven ook een psychose of een andere psychische diagnose is geregistreerd. Het gaat hierbij om episodes met een ICPC-code uit het hoofdstuk P (psychische aandoeningen) en (herhaal)recepten met een ATC N05A. Deze medicatie wordt nagenoeg uitsluitend voorgeschreven bij personen met een psychische diagnose. Indien een inrichting goed registreert, verwachten we hier dan ook een score van nagenoeg 100%.

C3c. Drugsmisbruik

Deze indicator geeft aan bij hoeveel procent van de personen die middelen bij drugsmisbruik krijgen voorgeschreven ook een diagnose drugsmisbruik of een andere psychische diagnose is geregistreerd. Het gaat hierbij om episodes met een ICPC-code P18/P19 en (herhaal)recepten met een ATC-code N07BC. Dit voorschrift verwacht je niet in combinatie met een andere diagnose en daarom zou bij een goede registratie deze indicator nagenoeg 100% moeten zijn.

C3d. Astma / COPD

Deze indicator geeft aan bij hoeveel procent van de personen die inhalatiemedicatie krijgen voorgeschreven ook een diagnose astma/COPD is geregistreerd. Het gaat hierbij om (herhaal)recepten met een ATC-code R03A, R03BA of R03BB en episodes met een ICPC-code R95 (COPD) of R96 (Astma). Omdat deze medicatie ook kan worden voorgeschreven bij andere diagnoses is het streven niet om een 100% score te behalen, maar wordt er gekeken naar variatie tussen inrichtingen.

C3e. Hoog cholesterol

Deze indicator geeft aan bij hoeveel procent van de personen die antilipaemica (cholesterolremmers) krijgen voorgeschreven ook een cardiovasculaire diagnose is geregistreerd. Het gaat hierbij om (herhaal)recepten met een ATC-code C10A en episodes met een ICPC-code uit het hoofdstuk K (cardiovasculaire aandoeningen). Omdat deze medicatie ook kan worden voorgeschreven bij andere diagnoses is het streven niet om een 100% score te behalen, maar wordt er gekeken naar variatie tussen inrichtingen.

C3f. Antidepressiva

Deze indicator geeft aan bij hoeveel procent van de personen die antidepressiva krijgt voorgeschreven ook een diagnose depressie of een andere psychische diagnose is geregistreerd. Het gaat hierbij om episodes met een ICPC-code P03, P74 of P76 en (herhaal)recepten met een ATC-code N06A. Omdat deze medicatie ook kan worden voorgeschreven bij andere diagnoses is het streven niet om een 100% score te behalen, maar wordt er gekeken naar variatie tussen inrichtingen.

D. Indicatoren volume zorggebruik

D1. Aantal contacten per persoon

De indicator 'contacten' geeft aan hoeveel contacten gemiddeld zijn geregistreerd tijdens de meetperiode bij de personen met een contact in deze periode. 'Contacten' zijn binnen dit onderzoek gedefinieerd als het aantal keren dat door de zorgverlener een contact als verrichting is vastgelegd. Alleen een notitie in het journaal is hiervoor niet genoeg, omdat dan niet duidelijk is om welk type contact het ging. In Bijlage A staan de codes voor verrichtingen (CTG-codes) genoemd welke zijn gebruikt voor de definitie van een contact.

Interpretatie indicatoren berekend op kleine subpopulaties

Bij sommige indicatoren werd er een subpopulatie geselecteerd (categorie C3. Ziekte specifieke indicatoren) of waren er in totaal weinig registraties waardoor de populatie binnen een inrichting waarop de indicator score is berekend soms erg klein waren. Hoe kleiner de populatie hoe sneller de indicator een extreme waarde aanneemt. Daardoor moeten de indicatorscores berekend op 5 personen voorzichtig worden geïnterpreteerd. Als een score is berekend op basis van gegevens van minder dan 5 justitiabelen dan is dit weergegeven met een * in het desbetreffende staafdiagram.

2.2.2 Vrije tekst en EPD-overdracht

De standaard-extractietool van het Nivel omvat geen vrije tekstvelden, en ook de EPD-scan is daar niet op gebaseerd. Toch was het bij de eerste meting belangrijk om zicht te krijgen op hetgeen in vrije tekstvelden werd geregistreerd. Enerzijds is het van belang voor dit onderzoek zelf, om na te gaan welke gegevens niet in de data-extractie van het Nivel terecht zijn gekomen. Anderzijds is het van belang omdat gegevens die alleen in vrije tekstvelden staan moeilijker terug te vinden zijn voor zorgverleners en dus mogelijk over het hoofd worden gezien. Als laatste is het van belang voor de eenduidigheid van gegevens. Een afkorting 'bd' voor bloeddruk wordt bijvoorbeeld door een andere zorgverlener mogelijk niet goed begrepen.

Om meer inzicht te krijgen in de hetgeen in de vrije tekstvelden wordt genoteerd, is door medewerkers van DJI een random sample van 123 complete dossiers van 12 verschillende inrichtingen samengesteld tijdens de eerste meting (2015). Bij de selectie van de inrichtingen is rekening gehouden met de verschillende sectoren van DJI en zijn zowel inrichtingen die hoog als laag scoorden op de EPD-scan meegenomen. Bij de selectie van de dossiers is verder gelet op voldoende spreiding op een aantal kenmerken van justitiabelen (zoals etniciteit en verblijfsduur).

De 123 elektronische dossiers zijn door DJI zoveel mogelijk geanonimiseerd en in een beveiligde DJI-omgeving op één locatie samengebracht en beschikbaar gesteld aan een veldwerker van het Nivel. De veldwerker heeft onder verantwoordelijkheid van DJI de geanonimiseerde dossiers doorgenomen en geanalyseerd met behulp van scoringsformulieren (zie Bijlage B). Via de scoringsformulieren is genoteerd welke type gegevens er in vrije tekst worden geregistreerd en of deze al dan niet ook in de gecodeerde velden staan die volgens ADEPD verplicht zijn. Hierbij is gekeken naar diagnoses, medicatie en meetwaarden.

Bij de tweede meting zijn deze exploratieve analyses niet gedaan omdat de kwaliteit van de gecodeerde velden aanzienlijke verbeteringen lieten zien en verdere duiding vanuit vrije teksten dus niet nodig werden geacht. Daarnaast is met de komst van de AVG in mei 2016 strengere wet- en regelgeving rondom het gebruik van persoonsgegevens geïntroduceerd. Een van de algemene principes van de AVG zijn het proportionaliteits- en het noodzakelijkheids criterium. Voor de tweede meting is daarom een afweging gemaakt waarbij de toegevoegde waarde van het herhalen van deze

analyses en het risico op een inbreuk van de persoonlijke levenssfeer is afgewogen. Dit alles tezamen genomen is daarom besloten om de vrije tekstanalyse geen onderdeel te laten zijn van de tweede meting.

Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de uitgevoerde analyses op de gecodeerde gegevens uit 2015 en 2022 en de exploratieve analyses van de vrije teksten van een steekproef van de dossiers uit 2015. Allereerst zullen we de kenmerken van de populatie en datasets omschrijven (paragraaf 3.1), vervolgens gaan we in op de verschillende indicatorcategorieën (paragrafen 3.2 t/m 3.5) en we sluiten af met de bevindingen wat betreft de vrije teksten (paragraaf 3.6).

3.1 Kenmerken van populatie en datasets

Aantal justitiële inrichtingen

Tijdens de eerste meting (2015) zijn in totaal gegevens verkregen van 38 inrichtingen, waarvan bij twee inrichtingen geen gegevens in MicroHIS werden geregistreerd. Deze inrichtingen zijn buiten de analyses gelaten. Tijdens de tweede meting (2022) zijn in totaal gegevens verkregen van 35 inrichtingen, waarvan drie inrichtingen niet zijn meegenomen. Twee van deze drie zijn niet meegenomen vanwege het feit dat het unieke inrichtingen betreft wat het risico op herleidbaarheid vergroot. In de andere inrichting werden nagenoeg geen gegevens in MicroHIS geregistreerd vanwege gebruik van een ander registratiesysteem. In totaal zijn er bij de eerste meting dus gegevens geanalyseerd van 36 inrichtingen en bij de tweede meting van 32 inrichtingen.

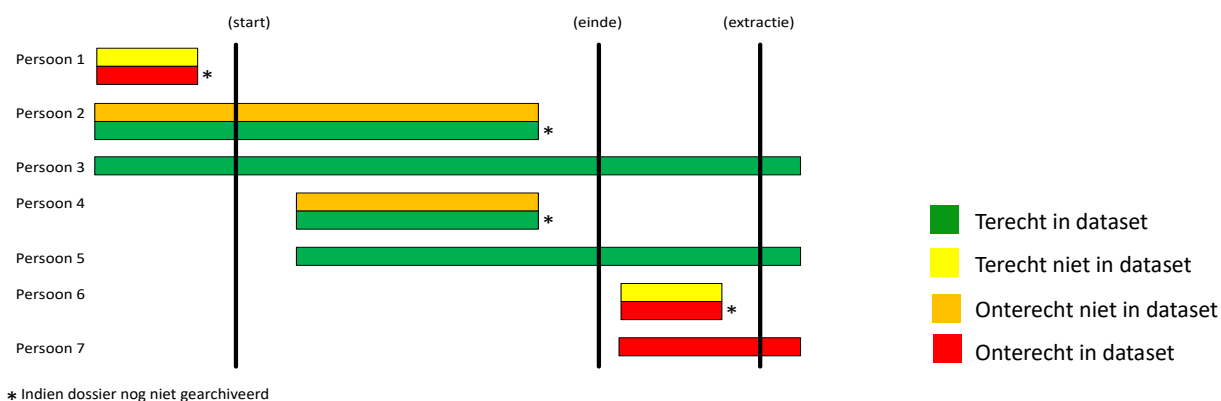
Gegevens in datasets

Voor beide metingen (2015 en 2022) is gekeken naar een meetperiode van 1 juli (start) – 21 december (einde). Tijdens de eerste meting is deze dataset in april 2016 geëxtraheerd, tijdens de tweede meting vond dit plaats in december 2023. Het moment van extractie heeft consequenties gehad voor de compleetheid van de gegevensset uit 2015, dit zullen we hieronder toelichten. In 2022 heeft het moment van extractie geen consequenties gehad voor de compleetheid van de data.

Compleetheid gegevensset

De dataset uit 2015 is ruim vier maanden na het einde van de meetperiode (december 2015) geëxtraheerd uit MicroHIS. Destijds was het gebruikelijk om voor personen die niet meer detentie verbleven het medische dossier te archiveren en de gegevens uit MicroHIS te halen. Hierdoor ontbraken er dus dossiers van personen die op extractiemoment niet meer in detentie zaten, doordat zij al gearchiveerd waren. Anderzijds hadden sommige inrichtingen een achterstand in archivering, waardoor gegevens van personen die in april 2016 niet meer in detentie zaten toch meegeleverd zijn bij de extractie. Deze werkwijzen hebben op meerdere manieren gevolgen gehad voor de compleetheid van de gegevensset en dit is schematisch weergegeven in Figuur 3.1. Voor de eerste meting kon dus alleen worden gekeken naar de kwaliteit van dossiers van mensen die op de einddatum (21 december 2015) in MicroHIS aanwezig waren en die tussen de start en eindperiode contact hebben gehad met een verpleegkundige / huisarts.

Figuur 3.1 Periode van detentie en aanwezigheid van justitiabelen in meetperiode in 2015



Voor de gegevensset uit 2022 is dit niet het geval omdat sinds 2021 een doorlopend dossier is ingesteld. Hierdoor zullen gegevens aanwezig blijven ook als op een later moment een extract wordt gemaakt (situatie persoon 2 en 4 in Figuur 3.1). Voor de tweede meting is gekeken naar alle personen die tussen de start en eindperiode gebruik hebben gemaakt van zorg.

Totale populatie personen in detentie als referentiepopulatie

Bij beide metingen (2015 en 2022) waren voor dit onderzoek geen gegevens beschikbaar over de totale populatie van het aantal personen per inrichting en de tijdsperiode dat zij in detentie waren. Deze gegevens zijn wel beschikbaar binnen DJI en zijn ook relatief eenvoudig toe te voegen, maar door de methode en tijdsperiode van extractie waren deze niet beschikbaar tijdens het onderzoek. Dit type gegevens zijn waardevol bij bijvoorbeeld het verrichten van onderzoek of het monitoren van kwaliteit van zorg omdat dit de mogelijkheid creëert om resultaten af te zetten tegen een referentiepopulatie (noemer) en om te weten hoe compleet de gegevens zijn. Met name omdat personen vaak maar kort in detentie zitten, waardoor de populatie sterk wisselt van samenstelling, zou het erg nuttig zijn om wel te beschikken over deze gegevens.

3.2 Registratie van persoonsgegevens (A)

A1. Het aantal personen waarbij zorggebruik is geregistreerd

Tijdens de eerste meting hadden 4,885 justitiabelen een registratie van zorggebruik. Dit varieerde per inrichting van 7 tot 992 justitiabelen. Tijdens de tweede meting hadden 5,362 justitiabelen een registratie van zorggebruik, variërend van 11 tot 461 justitiabelen per inrichting.

A2. Aantal personen aan wie meerdere persoonsnummers zijn toegekend

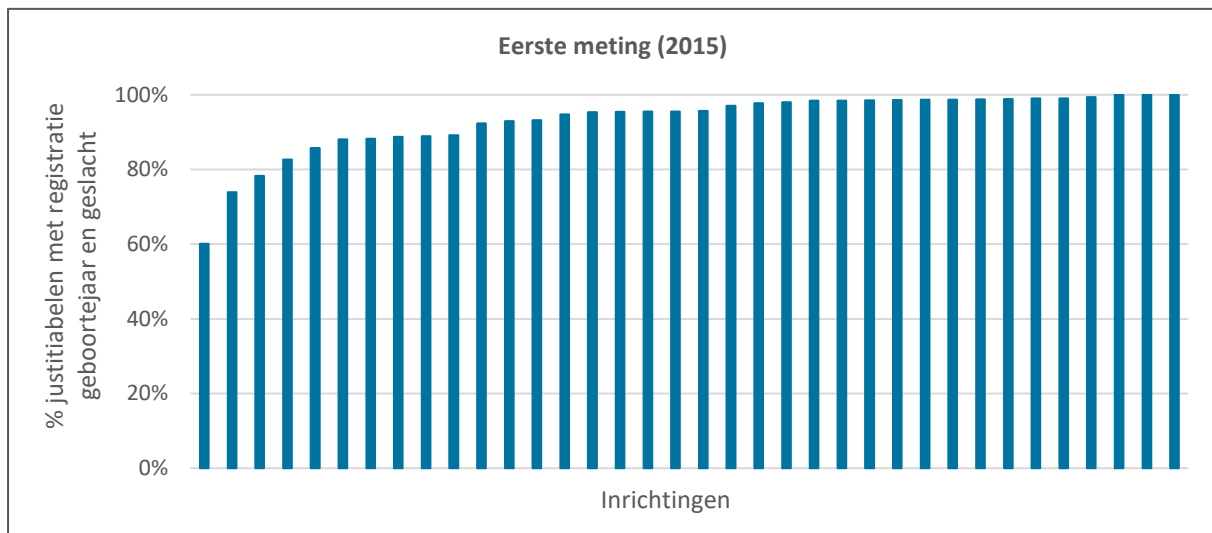
Tijdens de eerste meting hadden 1,703 justitiabelen meerdere dossiers (34,7%). Dit varieerde per inrichting van 3% tot 75% van de justitiabelen bij wie zorggebruik is geregistreerd. Tijdens de tweede meting was dit nog maar bij 7 justitiabelen (0,1%) en dit beperkte zich tot 6 inrichtingen.

Percentage personen met registratie van geboortjaar (A3), geslacht (A4a) en vrouwelijk (A4b)

Geboortjaar en geslacht waren bij de eerste meting niet aanwezig voor alle justitiabelen. Gemiddeld waren in de gegevens uit 2015 leeftijd en geslacht voor 93% van de justitiabelen geregistreerd (Figuur 3.2). Bij jeugdinstellingen waren destijds deze persoonsgegevens relatief weinig beschikbaar. Van alle justitiabelen waar deze gegevens beschikbaar waren, was de gemiddelde leeftijd 36,0 jaar

en slechts 3% was vrouw. Dit kleine percentage vrouwen duidt op accurate registratie. Bij de tweede meting in 2022 waren geboortjaar en geslacht voor alle (100%) justitiabelen geregistreerd (en daarom niet weergegeven in een figuur). In 2022 was slechts 2% vrouw en de gemiddelde leeftijd van de justitiabelen die gebruik maakten van zorg was 36,5 jaar. Wederom was er een zeer klein percentage vrouwen, wat duidt op een juiste registratie.

Figuur 3.2 Percentage justitiabelen waarvoor het geboortjaar en geslacht is vastgelegd voor de eerste meting, uitgesplitst naar inrichting

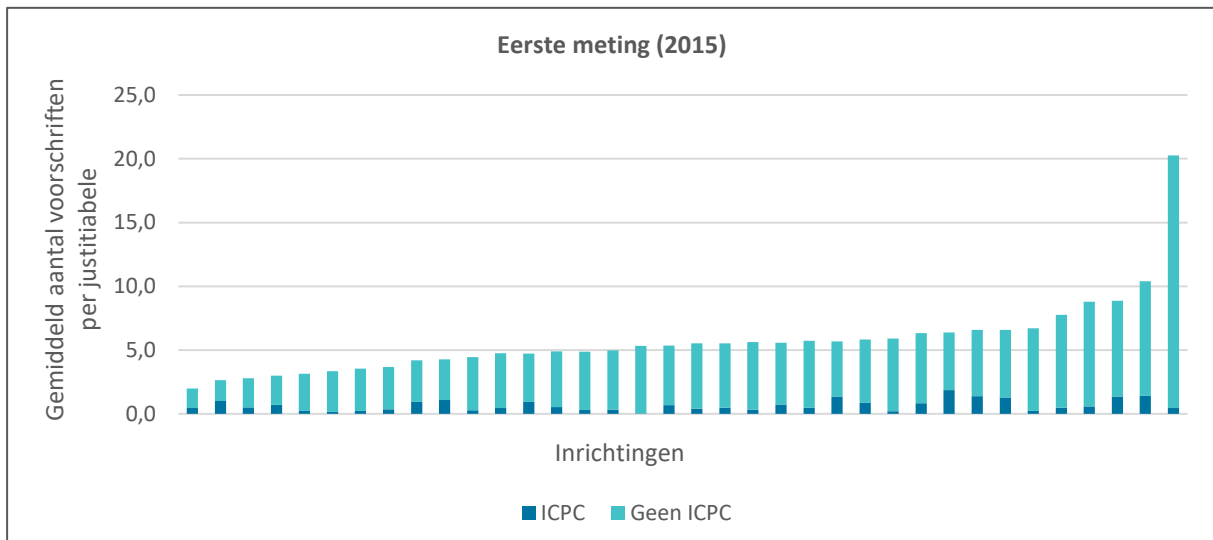


3.3 Volledigheid van medicatieoverzicht (B)

Er kunnen verschillende soorten medicatie worden voorgeschreven aan justitiabelen. Tijdens de eerste meting werden per justitiabele gemiddeld 6,8 medicatievoorschriften geregistreerd, waarvan gemiddeld 5,8 medicatievoorschriften met een ATC-code. In 2015 waren er grote verschillen tussen inrichtingen in de aantallen van registratie van voorschriften. Het aantal voorschriften met ATC liep uiteen tussen inrichtingen van gemiddeld 2,0 tot 20,8 voorschriften (Figuur 3.3). In jeugdinrichtingen werden relatief weinig medicatievoorschriften geregistreerd.

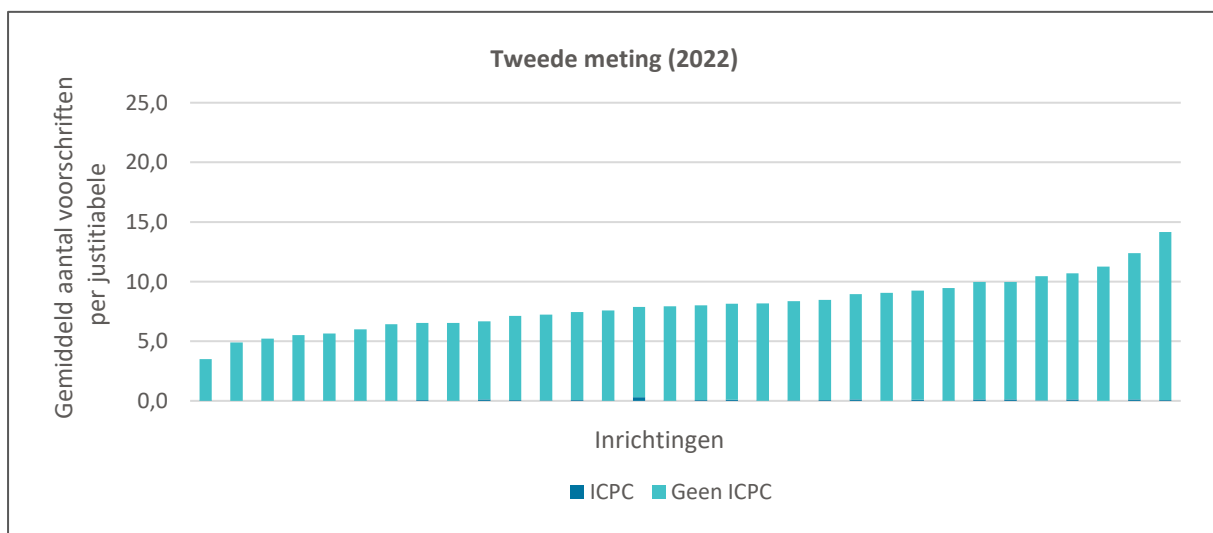
Het is mogelijk om direct bij een voorschrift een diagnosecode (ICPC-code) te registreren als reden van voorschrijven. Bij slechts 12,6% van de voorschriften was een ICPC-code bekend (Figuur 3.3). Het percentage met een ICPC-code verschilde per inrichting van 1% tot 38%. Aangezien het percentage met een ICPC-code bij geen enkele inrichting 0% was, laat het zien dat het registreren van een ICPC technisch gezien in alle inrichtingen mogelijk is.

Figuur 3.3 Gemiddeld aantal voorschriften met en zonder ICPC-code per justitiabele voor de eerste meting, uitgesplitst naar inrichting



Tijdens de tweede meting werden gemiddeld per justitiabele 8,6 medicatievoorschriften geregistreerd waarvan gemiddeld 8,1 per justitiabele met ATC-code. Net als in 2015 werden in de jeugdinstellingen relatief weinig medicatievoorschriften geregistreerd (gemiddeld 4,6 per justitiabele). In de geïncorporeerde forensisch psychiatrische centra (FPC's), de rijks-FPC's, werden relatief veel (gemiddeld 11,0 per justitiabele) medicatievoorschriften geregistreerd. Het aantal voorschriften liep uiteen tussen instellingen van 3,5 tot 14,2. Het aantal voorschriften met een ICPC-code was gemiddeld 1%, uiteenlopend van 0% tot 4% per instelling, en is dus nog lager dan in 2015 (Figuur 3.4).

Figuur 3.4 Gemiddeld aantal voorschriften met en zonder ICPC-code per justitiabele, uitgesplitst naar instelling

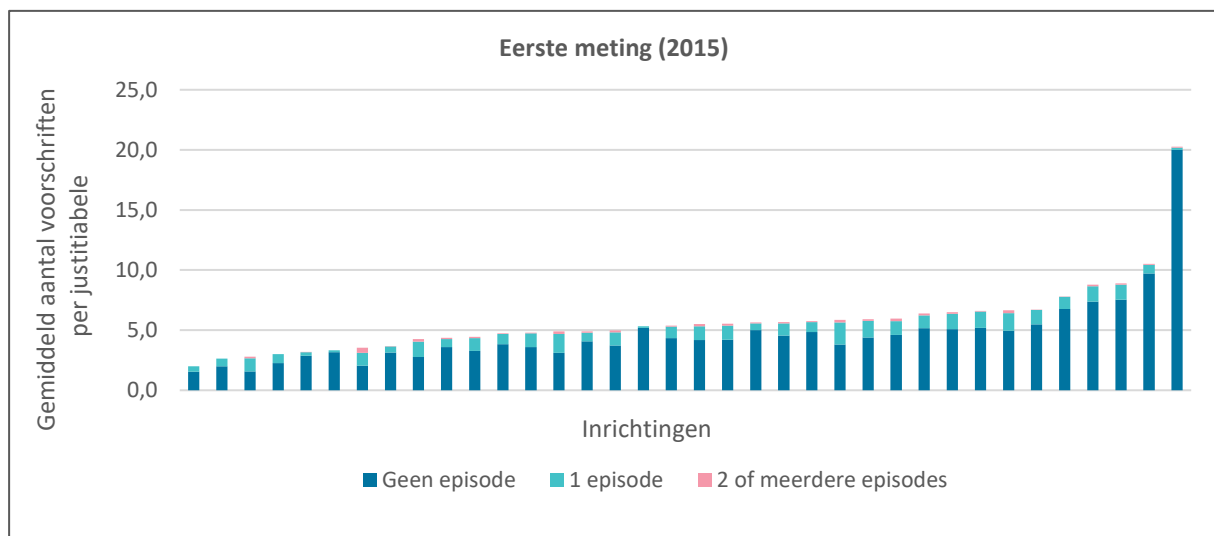


Er zijn meerdere manieren waarop een reden van voorschrijven kan worden geregistreerd. Omdat uit bovenstaande figuren (Figuur 3.3 en 3.4) af te leiden was dat er zeer weinig een diagnosecode direct bij een voorschrift werd geregistreerd hebben we gekeken of dit wel op een andere manier gebeurde. Het is namelijk ook mogelijk om medicatievoorschriften te koppelen aan actieve episodes die geregistreerd zijn bij deze persoon op dezelfde datum. Dan wordt als het ware het voorschrift in het mapje van een bepaalde episode gehangen in het patiëntdossier waardoor ook reden van

voorschrijven kan worden achterhaald. Bij een accurate en eenduidige registratie is het wenselijk als een voorschrift aan één episode wordt toegekend, omdat dan duidelijk is voor welke diagnose dit medicijn wordt voorgeschreven.

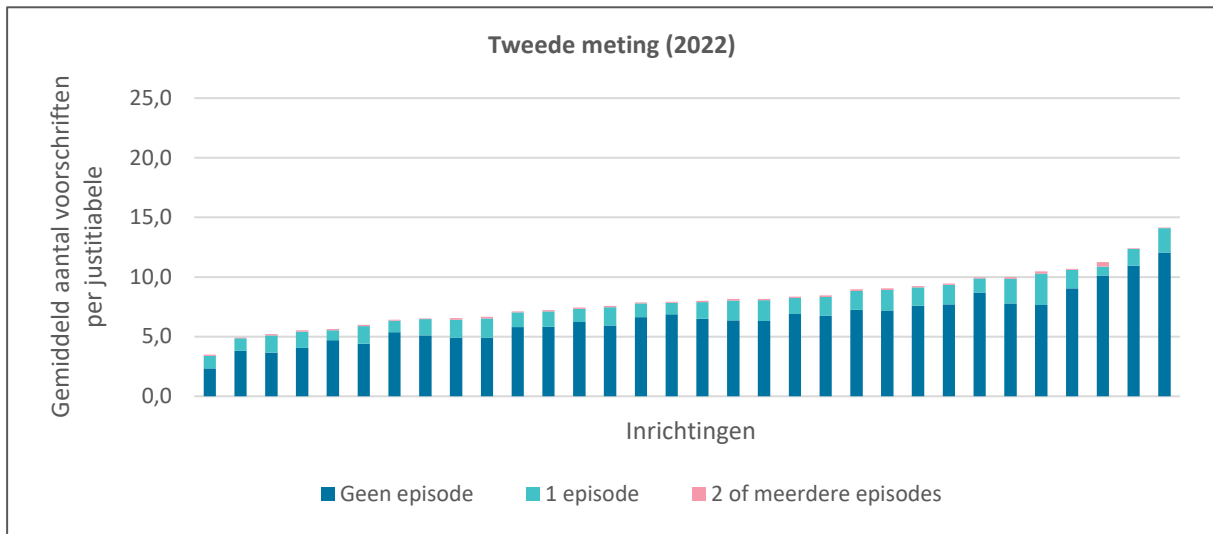
Tijdens de eerste meting was te zien dat 81% van de voorschriften aan geen enkele episode waren toegekend. Bij 17% van de voorschriften waren ze wel aan één episode toegekend en bij 2% aan meerdere episodes (Figuur 3.5). Bij een meerderheid van de voorschriften was dus alsnog geen diagnose bekend. Bij een accurate en eenduidige registratie is het wenselijk als er één ICPC-code wordt geregistreerd bij een voorschrift, omdat dan duidelijk is voor welke diagnose dit medicijn wordt voorgeschreven.

Figuur 3.5 Gemiddeld aantal voorschriften gekoppeld aan (g)een of meerdere actieve ziekte-episodes tijdens de eerste meting



Bij de tweede meting in 2022 verschilde het percentage voorschriften dat aan actieve episodes was toegekend nauwelijks ten opzichte van de eerste meting. Bij 81% van de voorschriften was geen episode toegekend, bij 18% één episode en bij 1% meerdere episodes (Figuur 3.6). Ook tijdens de tweede meting was bij een meerderheid van de voorschriften door koppeling van actieve episodes geen diagnose bekend bij een medicatievoorschrift.

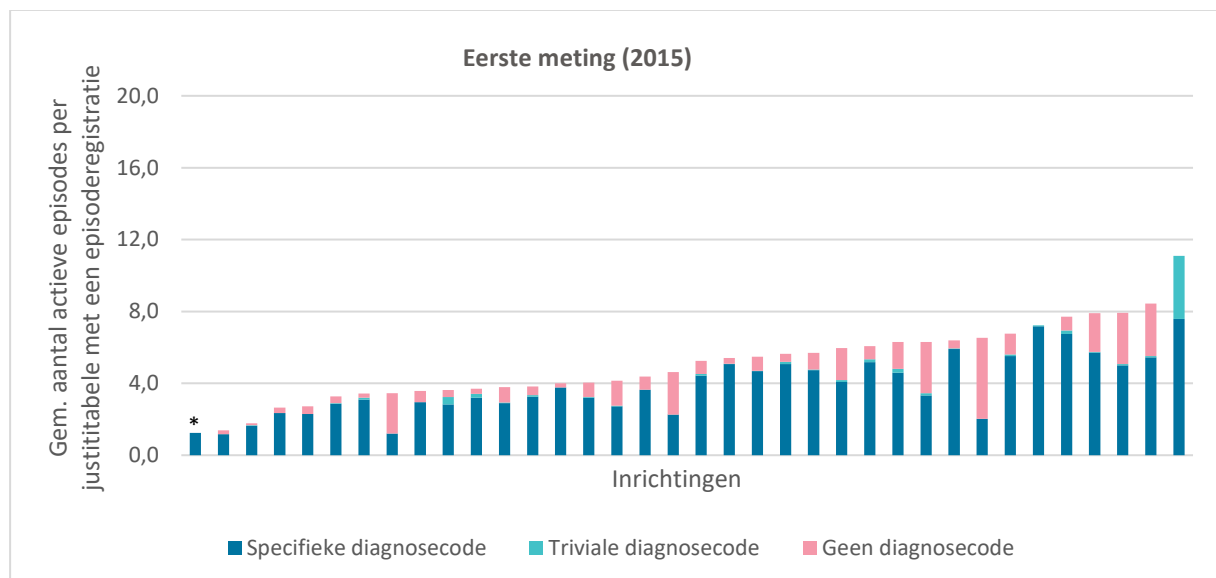
Figuur 3.6 Gemiddeld aantal voorschriften gekoppeld aan (g)een of meerdere actieve ziekte-episodes tijdens de tweede meting



3.4 Volledigheid en adequaatheid van registratie van ziekte (C)

Tijdens de eerste meting in 2015 werden in alle 36 inrichtingen waarvan de gegevens zijn geanalyseerd, episodes geregistreerd. Gemiddeld waren dit 4,5 actieve episodes per justitiabele met minimaal één geregistreerde episode. Dit varieerde per inrichting van gemiddeld 1,3 tot 11,1 episodes per justitiabele. Figuur 3.7 laat het gemiddeld aantal episodes zien per justitiabele per inrichting, uitgesplitst naar episodes met een specifieke diagnosecode, een triviale diagnose code of zonder diagnosecode. Zoals te zien in Figuur 3.7 was bij het grootste deel van de episodes een specifieke diagnosecode (ICPC) geregistreerd (78%), wat wenselijk is bij een goede registratie. Er was wel sprake van een grote variatie, want het coderen van specifieke diagnosecodes liep uiteen tussen inrichtingen van 31% tot 100%. In gemiddeld 3,5% van de gevallen waren de diagnosecodes triviaal en in gemiddeld 18,5% van de gevallen was er helemaal geen diagnosecode geregistreerd. In Figuur 3.7 is ook te zien dat er variatie is tussen de inrichtingen wat betreft het toekennen van (triviale) diagnosecodes.

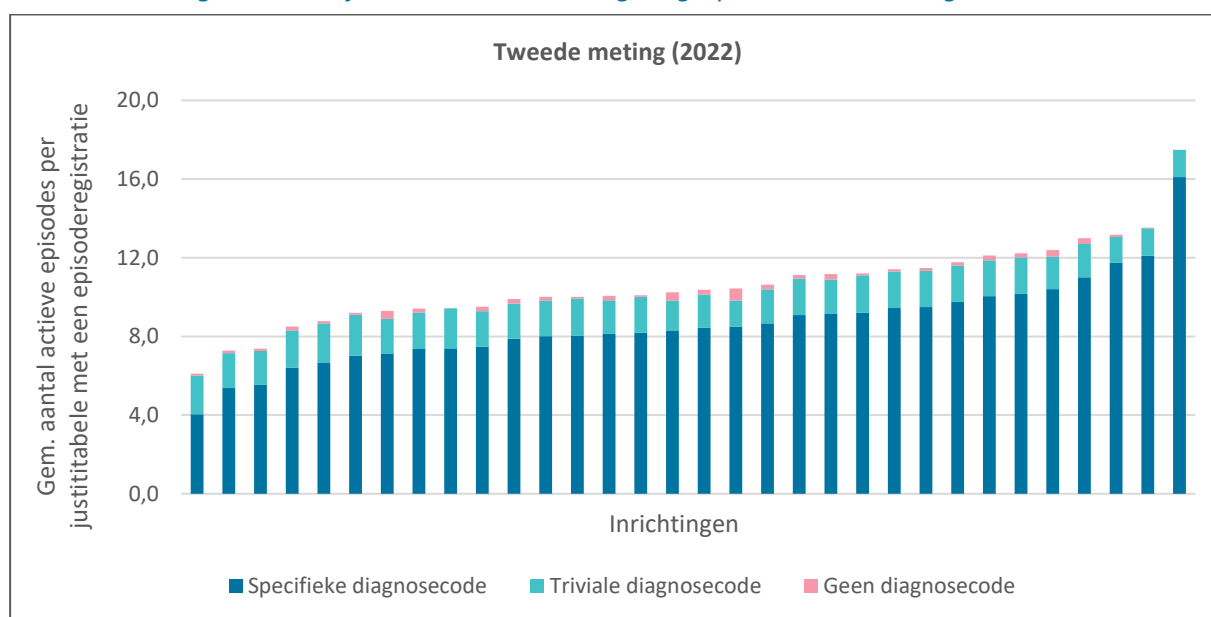
Figuur 3.7 Gemiddeld aantal vastgelegde episodes met een specifieke, triviale of zonder diagnosecode tijdens de eerste meting, uitgesplitst naar inrichting



* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen

Tijdens de tweede meting waren er gemiddeld 10,5 actieve episodes per justitiabelen die minimaal één geregistreerde episode hadden. Dit varieerde per inrichting gemiddeld van 6,1 tot 17,5 episodes (Figuur 3.8). Bij het grootste deel van deze episodes was er ook een specifieke diagnosecode beschikbaar (80%). In vergelijking met 7 jaar eerder was er sprake van minder variatie tussen de inrichtingen aangezien het toekennen van een specifieke diagnosecode uiteenliep tussen de inrichtingen van 66% tot 92% (Figuur 3.8). In 18% van de gevallen waren de diagnosecodes triviaal en in 2% van de gevallen was er geen diagnosecode geregistreerd (Figuur 3.8). In vergelijking met 2015 werden er in 2022 gemiddeld meer episodes geregistreerd per persoon, maar ook relatief vaker triviale diagnosecodes. De triviale diagnosecodes werden nu voornamelijk geregistreerd bij intakes (34,6%) en preventief onderzoek (12,5%).

Figuur 3.8 Gemiddeld aantal vastgelegde episodes met een specifieke, triviale en zonder diagnosecode tijdens de tweede meting, uitgesplitst naar inrichting



B3. Ziekte-specifieke indicatoren

Tabel 1 toont voor zes verschillende ziekte-specifieke indicatoren voor de eerste (2015) en de tweede meting (2022) de range van aantallen justitiabelen met een desbetreffend voorschrift waarop het percentage is berekend, het gemiddelde percentage van justitiabelen met een bepaald voorschrift waarbij ook een passende diagnose was geregistreerd en de standaarddeviatie (sd). De standaarddeviatie is een maat voor de variatie tussen de inrichtingen. Hoe kleiner de standaarddeviatie hoe minder variatie tussen inrichtingen. De eerste drie indicatoren (B3a – B3c) zijn indicatoren waarbij een 100% score wenselijk zou zijn voor een adequate en volledige registratie, terwijl bij de laatste drie indicatoren (B3d – B3f) met name minder variatie tussen inrichtingen wenselijk is.

Tabel 1 Indicatoren ziekte specifieke aandoeningen per meting, gemiddelde en range van inrichtingen

Indicator	Eerste meting (2015)		Tweede meting (2022)	
	Range n per inrichting met voorschrift	Gemiddelde % (sd)	Range n per inrichting met voorschrift	Gemiddelde % (sd)
B3a. Diabetes mellitus	1-11	87% (28.3)	1-20	93% (12.5)
B3b. Antipsychotica	1-68	74% (23.2)	3-144	98% (6.6)
B3c. Drugsmisbruik	1-11	63% (34.4)	1-30	95% (9.8)
B3d. Astma/COPD	1-19	59% (28.9)	1-37	78% (17.0)
B3e. Hoog cholesterol	1-12	53% (29.5)	1-27	76% (24.1)
B3f. Antidepressiva	1-29	21% (18.1)	1-46	21% (16.6)

N = aantal, sd = standaarddeviatie

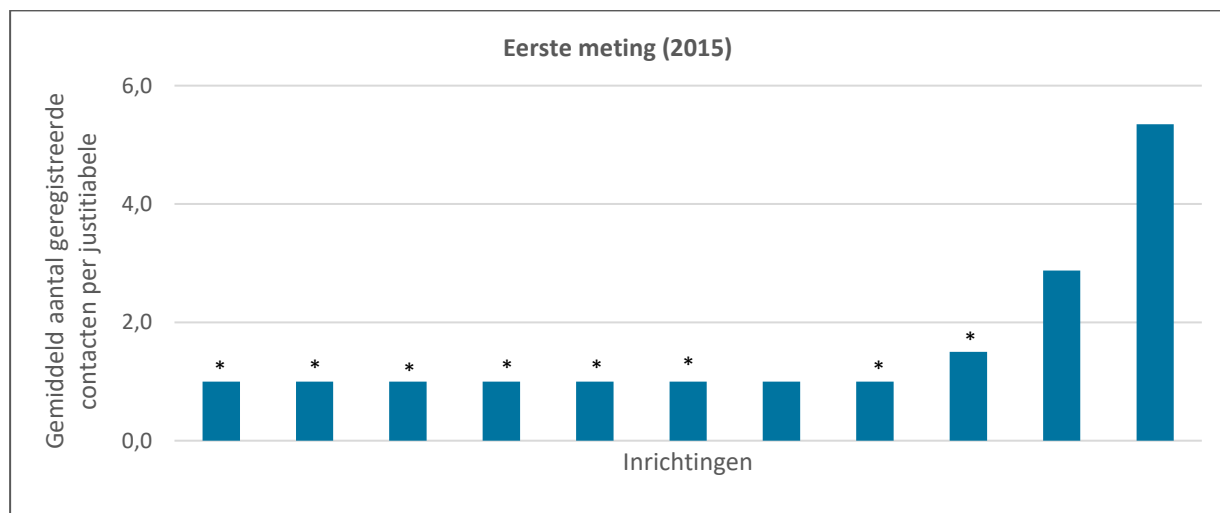
Tijdens de tweede meting lagen de gemiddelde percentages van bijna alle indicatoren over justitiabelen die een voorschrift hadden met een bijbehorende episode hoger dan tijdens de eerste meting. Bijvoorbeeld, bij de eerste meting was bij gemiddeld 78% van de justitiabelen die een

voorschrift voor diabetesmedicatie hadden ook een episode diabetes geregistreerd, terwijl dit tijdens de tweede meting dit 93% betrof (zie Tabel 1). Ten opzichte van de eerste meting is de variatie tussen inrichtingen voor alle indicatoren afgenomen. In Bijlage C zijn de grafieken te vinden voor alle ziekte-specifieke indicatoren voor de eerste en tweede meting. Een belangrijke kanttekening bij deze indicatoren is zowel bij eerste als tweede meting dat veel scores berekend zijn op zeer kleine populaties (minder dan 5 personen) waardoor percentages score sneller heel hoog (100%) of juist heel laag (0%) uitvallen. Immers, als een percentage berekend wordt op 2 personen en bij allebei is er goed geregistreerd is de score 100% terwijl 2 juiste registraties in een groep van in totaal 100 registraties minder invloed hebben op de score. In de grafieken in Bijlage C is daarom bij elke indicatorscore weergegeven of ze berekend zijn op minder dan vijf personen. Deze scores moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

3.5 Volume zorggebruik (D)

Het huisartsinformatiesysteem, in dit geval MicroHIS, biedt de mogelijkheid om verrichtingen, zoals contacten met zorgverleners, te registreren. In 2015 werden er in totaal 16 verschillende soorten verrichtingen geregistreerd. Voor de indicator volume zorggebruik hebben wij gekeken naar een selectie van de verrichtingen waarbij er contact was met een huisarts of verpleegkundige (zie Bijlage A voor geselecteerde verrichtingen). Tijdens de eerste meting is er voor 271 justitiabelen één contact geregistreerd. Bij 25 inrichtingen werden er helemaal geen verrichtingen geregistreerd (deze zijn daarom niet weergegeven in Figuur 3.9) en bij 8 inrichtingen slechts enkele verrichtingen (zie Figuur 3.9). Bij 3 inrichtingen werd wel een groter aantal verrichtingen geregistreerd, uiteenlopend van gemiddeld 1,5 tot 5,3 per justitiabele (Figuur 3.9).

Figuur 3.9 Gemiddeld aantal geregistreerde contacten per justitiabele uitgesplitst naar inrichting tijdens de eerste meting

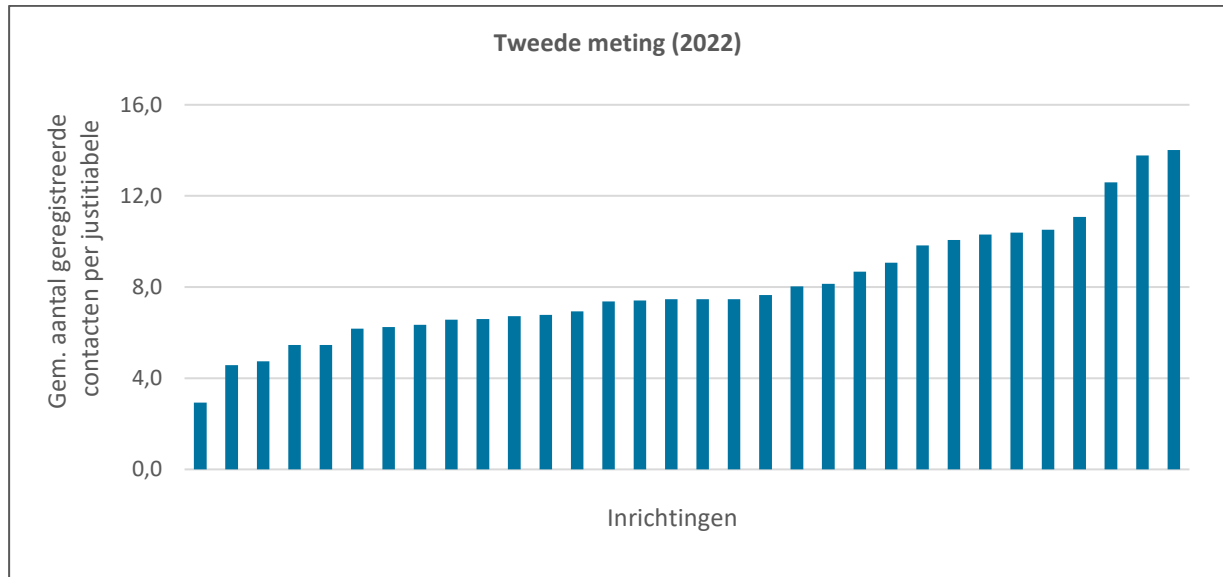


* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen

Tijdens de tweede meting is het aantal verschillende geregistreerde verrichtingen opgelopen tot 55 soorten handelingen. Bij 4,074 van de justitiabelen zijn er één of meerdere contacten bij de huisarts of de verpleegkundige geregistreerd. Gemiddeld werden er 8,0 contacten per justitiabele geregistreerd. De top-3 aan geregistreerde contactsoorten was '10 minuten consult verpleegkundige' (59% van de contacten), 'consult tussen 5-20 minuten' (25% van de contacten) en 'consult korter dan

5 minuten' (6%). Bij alle 32 inrichtingen werden nu contacten geregistreerd. Dit liep uiteen van gemiddeld 2,9 tot 14,0 per inrichting (Figuur 3.10). In jeugdinrichtingen werden er relatief weinig contacten geregistreerd.

Figuur 3.10 Gemiddeld aantal geregistreerde contacten per justitiabele uitgesplitst naar inrichting tijdens de tweede meting



3.6 Exploratieve analyse vrije tekstanalyses (2015)

Zoals in de methode is vermeld is bij de eerste meting (2015) ook een exploratieve analyse gedaan op de vrije teksten om inzicht te krijgen in of er mogelijk meer gebruik werd gemaakt van vrije tekst mogelijkheid dan van de gecodeerde velden. Hiervoor is het scoringsformulier (zie Bijlage B) ingevuld voor elk van de vrije tekst records. In totaal zijn 1089 vrije tekst records uit 123 dossiers van 28 inrichtingen bekeken.

Als eerste is gekeken naar de vrije tekst records waarin een diagnose staat vermeld. In totaal ging het om 393 records, waarvan 40% ook gecodeerd was door middel van een ICPC-code. Dit varieerde tussen de 14 inrichtingen met minimaal 10 records, van 6% tot 65%. Het ging om een breed scala aan diagnoses, maar de meest voorkomende problemen die niet werden gecodeerd waren hoofdpijn en slaapproblemen.

Als tweede is gekeken naar vrije tekst records waarin medicatie stond vermeld. Van alle 326 vrije tekst records waarin medicatie genoemd werd, was 36% gecodeerd via een ATC-code in de medicatietabel (een overzicht van voorgeschreven medicatie). Het percentage dat ook met een ATC-code in de medicatietabel gecodeerd was varieerde tussen de 10 inrichtingen met minimaal 10 records, van 6% tot 57%. Opvallend was dat in sommige dossiers de medicatietabel geheel ontbrak. Bij medicatie die niet was gecodeerd, ging het vaak om vrij verkrijgbare medicatie zoals pijnstillers, crèmes of neusspray, maar ook om medicatie waarvoor wel degelijk een recept nodig is. Zo werden bijvoorbeeld methadon of tramadol niet altijd gecodeerd.

Deze exploratieve analyses van de vrije teksten bij de eerste meting lieten zien dat veel informatie werd genoteerd in de vrije teksten en er minder gebruik werd gemaakt van de gecodeerde velden.

Bij de tweede meting zijn deze exploratieve analyses niet gedaan omdat de kwaliteit van de gecodeerde velden aanzienlijke verbeteringen lieten zien en verdere duiding vanuit vrije teksten dus niet nodig werden geacht.

4 Beschouwing en conclusies

Er is binnen DJI de afgelopen jaren veel aandacht geweest en ingezet op het verbeteren van de registratiekwaliteit van gegevens in medische dossiers. Het resultaat is duidelijk zichtbaar. De kwaliteit van dossiervorming tussen de eerste meting in 2015 en de tweede meting in 2022 is aanzienlijk verbeterd en de variatie tussen inrichtingen is afgenomen. Zo worden persoonsgegevens nu standaard vastgelegd in alle inrichtingen, worden vaker diagnosecodes toegekend aan ziekte-episodes en worden er in alle inrichtingen verrichtingen geregistreerd. Deze verbeteringen in de kwaliteit van medische verslaglegging zorgen ervoor dat er meer mogelijkheden zijn voor gebruik en inzet van de routine zorgregistraties uit justitiële inrichtingen. Zowel tijdens het zorgproces als voor andere doeleinden zoals monitoring van kwaliteit van zorg of (wetenschappelijk) onderzoek. Toch blijven er wel een aantal aandachtspunten waarop verbetering nog wenselijk is. Zo valt het nu vaak niet af te leiden uit de registraties voor welke diagnose een bepaald geneesmiddel wordt voorgeschreven en worden er in vergelijking met andere huisartsregistraties relatief veel triviale diagnosecodes gebruikt. In onderstaande paragraaf (4.1) lichten we toe welke grote veranderingen er hebben plaatsgevonden die invloed kunnen hebben gehad op de kwaliteit van medische verslaglegging zodat hiervan geleerd kan worden voor toekomstige in- en externe situaties. Vervolgens worden in paragraaf 4.2 aandachtspunten voor nog verdere verbetering besproken en daarna sluiten we af met een conclusie (paragraaf 4.3).

4.1 Wat is er veranderd tussen 2015 en 2022 dat mogelijk invloed heeft gehad?

Door verschillende maatregelen is tussen 2015 en 2022 de registratiekwaliteit verbeterd. Zo is er in 2017 een doorlopend dossier ingevoerd. Dit wil zeggen dat als een justitiabele verplaatst naar een andere inrichting of na een periode van afwezigheid opnieuw in detentie verblijft, de gegevens in het dossier blijven staan en de persoon hetzelfde persoonsnummer behoudt. Daarnaast is er sinds 2021 sprake van één overkoepelende database voor alle justitiële inrichtingen. Hierdoor hoeven dossiers dus niet meer uitgewisseld te worden tussen inrichtingen en gaat er bij overplaatsing geen informatie verloren. Dit komt de continuïteit van zorg ten goede, maar ook de mogelijkheden om kwaliteit van zorg te monitoren.

Verder is in 2021 een handleiding voor de dossiervoering huisartsenzorg opgesteld voor DJI met de NHG-richtlijn 'Adequate dossiervorming het met EPD' (ADEPD) als uitgangspunt [11, 12]. De handleiding benadrukt onder andere het belang van het registreren van diagnosecodes en het koppelen van klachten en diagnoses aan een ziekte-episode. Dit is duidelijk terug te zien in de kwaliteit van registratie. Verder draagt een dergelijke handleiding bij aan een vermindering van variatie tussen inrichtingen omdat registratie op eenzelfde en eenduidige manier gebeurt. Ook dit is te zien aan de resultaten aangezien de variatie tussen inrichtingen aanzienlijk is verminderd.

Een derde verandering is dat er in het huisartsinformatiesysteem, in dit geval MicroHIS, alerts zijn ingebouwd zodat het moeilijker is om velden leeg te laten in het elektronisch patiëntendossier. Dit is bijvoorbeeld het geval bij demografische gegevens als leeftijd en geslacht, waardoor hier een duidelijke verbetering zichtbaar is qua registratiekwaliteit. In dit geval was het inbouwen van een alert van positieve invloed op de registratiekwaliteit, maar het blijft van belang om de balans tussen 'registratielast' en registratiekwaliteit in de gaten te houden [13].

Door de komst van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) precies tussen de twee metingen van dit onderzoek in, is het gebruik van persoonsgegevens, zoals routine zorgdata, onder een vergrootglas komen te liggen. Daardoor is in april 2022 binnen DJI een bezwaarsysteem doorgevoerd, ook wel opt-out mogelijkheid genoemd. Hierbij kan er bezwaar worden gemaakt tegen gebruik van praktisch niet tot de persoon herleidbare gegevens. Bij gebruik van herleidbare gegevens is nog altijd toestemming nodig. De nieuwe werkwijze is nu dat iedereen die binnenkomt bij DJI toegang heeft tot informatie over het elektronisch patiëntendossier (EPD), de patiëntenrechten en de op-out via een informatiefolder. In deze informatiefolder staat ook vermeld dat medische gegevens gebruikt kunnen worden door onderzoekers om de zorg in inrichtingen te verbeteren. Daarnaast is het in het huisartsinformatiesysteem nu ook technisch mogelijk om het bezwaar te registreren, zodat gegevens nooit gebruikt worden als een persoon dit niet wil. De DJI heeft gekozen voor een bezwaarsysteem, in plaats van het vragen van toestemming, wat het uitgangspunt is volgens de AVG en de Wet inzake de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). De verwachting was namelijk dat dit zou resulteren in te veel missende gegevens. Dit heeft te maken met de populatie waarmee we te maken hebben waarbij onvrijwillige insluiting, het strafrechtelijke proces en (onduidelijkheid over) hun procesbelang leiden tot algeheel wantrouwen en daarmee tot het niet geven van toestemming. De komst van dit landelijke bezwaarsysteem binnen alle justitiële inrichtingen zorgt ervoor dat er minder sprake is van selectiebias en dus een completere set aan zorggegevens die gebruikt kan worden voor verschillende doeleinden [14].

4.2 Aandachtspunten voor verdere verbeteringen

Ondanks dat er grote verbeteringen zijn gemaakt in de kwaliteit van de registratie, zijn er nog wel een aantal punten waarop verdere verbetering mogelijk is. Het eerste punt is het registreren van diagnosecodes bij voorgeschreven medicatie. Dit zorgt er namelijk voor dat er een ‘reden van voorschrijven’ bekend is wat controle mogelijk bij het verstrekken van medicatie mogelijk maakt. Bij een dergelijke controle kan worden gekeken of inderdaad de combinatie medicatie en diagnose passend zou kunnen zijn en dit verkleint de kans op medische fouten. Daarnaast is ook voor monitoring van zorg en onderzoek van belang om te weten wat de reden van voorschrijven van een bepaald medicijn is. Er zijn twee manieren om de kwaliteit van de registratie op dit punt te verbeteren. Ten eerste kan dit via duidelijke instructies en voorlichting aan zorgprofessionals over het belang van registreren en ten tweede zouden er technische oplossingen mogelijk zijn via het HIS waardoor invullen van een diagnosecode bij medicatie wordt afgedwongen [14]. Het is belangrijk om de meest passende oplossing te zoeken voor de zorg binnen justitiële inrichtingen omdat die zorg nu eenmaal anders is dan in de vrije wereld. Binnen inrichtingen werken veel zorgprofessionals samen in één dossier en is vaak sprake van herhaalmedicatie waarbij de diagnose is gesteld door een zorgprofessional buiten de inrichting. Hierdoor is het niet altijd haalbaar voor de zorgprofessional in de inrichting om de diagnose te achterhalen.

Bij de eerste meting werden bij gemiddeld 78% van de episodes specifieke diagnosecodes gebruikt en in 2022 was dit percentage gestegen naar 80%. Daarnaast werd duidelijk uit het huidige onderzoek dat er nu bij bijna alle episodes een diagnosecode werd geregistreerd, nog maar 2% had geen code terwijl dit nog 18,5% was in 2015. Ter vergelijking, een EPD-scan op huisartsgegevens uit de vrije wereld liet gemiddelde scores tussen de 88,3 – 93,4% zien wat betreft gebruik van specifieke (of ‘betekenisvolle’) diagnosecodes [15]. Ondanks dat het positief is dat er nu bij nagenoeg alle episodes een diagnosecode wordt geregistreerd is het aan te raden om het gebruik van zogenaamde triviale codes zo veel mogelijk te beperken en te zorgen voor eenduidigheid in gebruik van deze

codes. Het gebruik van veel triviale codes lijkt wel iets specifiek voor de situatie in justitiële inrichtingen aangezien in ongeveer de helft van de gevallen waarbij er triviale codes wordt gebruikt gaat het om registratie bij intake en preventief medische onderzoek (PMO). Hierop zou een eventuele volgende meting wat betreft registratiekwaliteit van medische verslaglegging kunnen worden aangepast door deze codes als specifiek aan te duiden, mits er eenduidig geregistreerd wordt voor intakes en PMO. Uit het huidige onderzoek werd namelijk duidelijk dat er verschillende triviale diagnosecodes door elkaar werden gebruikt voor bijvoorbeeld een intake of PMO. Hierdoor kan een vertekend beeld ontstaan van zorggebruik en de kwaliteit van registratie. Doordat deze procedures erg specifiek zijn voor de huisartsenzorg binnen justitiële inrichtingen zal hier waarschijnlijk een aanpassing of aanvulling op de ADEPD nodig zijn om af te stemmen welke code het best passend is voor de registratie van deze handelingen [11]. Vervolgens zal moeten worden gecommuniceerd en uitgelegd aan de zorgverleners hoe dit eenduidig geregistreerd kan worden.

Twee andere algemene aandachtspunten hebben met name betrekking op hergebruik van deze gegevens voor andere doeleinden (secundair gebruik) zoals monitoring van kwaliteit van zorg of wetenschappelijk onderzoek. Door de opzet en methode van het huidige onderzoek beschikten wij nu niet over gegevens over de totale populatie in detentie en over de periode waarin een justitiabele zich in detentie bevond. Het is wel mogelijk om deze cijfers te genereren en het is wat ons betreft aan te bevelen om dat te doen omdat hiermee cijfers over diagnoses, medicatiegebruik en zorggebruik perspectief kunnen worden gezet. Een voorbeeld hiervan is het beantwoorden van de vraag of zorggebruik binnen inrichtingen is toegenomen in 2022 ten opzichte van een jaar eerder. Hiervoor is het van belang om te weten hoeveel justitiabelen er waren die zorg zouden *kunnen* vragen (de totale populatie) en over welke periode (detentieduur). Immers, als de totale populatie sterk is toegenomen dan stijgt het zorggebruik mee en als een persoon maar 3 maanden in detentie zat in plaats van een jaar dan zal diegene minder zorg hebben gebruikt. Om een eerlijke vergelijking te maken tussen de jaren is het daarom belangrijk om het relatieve zorggebruik te berekenen.

4.3 Tot slot

De kwaliteit van medische verslaglegging in justitiële inrichtingen is aanzienlijk verbeterd in de afgelopen jaren. Hoogstwaarschijnlijk hebben de inspanningen binnen DJI, zoals een handleiding dossiervoering met bijbehorende voorlichting hierover en technische verbeteringen als een doorlopend dossier en het inbouwen van alerts op registratie, hieraan bijgedragen. Door deze verbeteringen zijn de gegevens beter te gebruiken tijdens het zorgproces en voor andere doeleinden zoals monitoring van kwaliteit van zorg of wetenschappelijk onderzoek. Toch zijn er nog wel een aantal aandachtspunten waar verder aan gewerkt kan worden zoals het systematisch registreren van diagnosecodes bij voorgeschreven medicatie en het eenduidig registreren van handelingen als intakes en preventief medisch onderzoek. Daarnaast is het aan te raden om bij secundair gebruik van deze routine zorggegevens ook kerngetallen over de totale populatie en duur van detentie te gebruiken om de bevindingen in perspectief te zetten.

Referenties

1. Bentsen BG: International classification of primary care. *Scandinavian journal of primary health care* 1986, 4(1):43-50
2. Borschmann R, Janca E, Carter A, Willoughby M, Hughes N, Snow K, Stockings E, Hill NT, Hocking J, Love A: The health of adolescents in detention: a global scoping review. *The Lancet Public Health* 2020, 5(2):e114-e126
3. Dirkwager AJ, Verheij R, Nieuwbeerta P, Groenewegen P: Mental and physical health problems before and after detention: a matched cohort study. *The Lancet Regional Health–Europe* 2021, 8
4. Goomany A, Dickinson T: The influence of prison climate on the mental health of adult prisoners: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2015, 22(6):413-422
5. DJI: DJI in getal 2013-2017. 2018
6. IGZ: Medische diensten in penitentiaire inrichtingen: achter tralies nu veiliger zorg, maar verbeteringen nog nodig. 2009
7. DJI: Meerjarenplan DJI 2023 - 2027. In. Den Haag; 2023
8. Bij vdS, Biermans M, Khan N, Akkermans R, Peters H, Levelink H, Verheij R: De kwaliteit van de verslaglegging in medische dossiers: uitbreiding van de EPD-scan. Regio Nijmegen, eerste meting. In. Utrecht: Nivel; 2013
9. Bij vdS, Khan N, Veen tP, Roodzant E, Visscher S, Verheij RA: De kwaliteit van elektronische verslaglegging door huisartsen gemeten. EPD-scan regio Twente, eindrapport. In.; 2013
10. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn - databron ziekten en zorg in de eerste lijn
[<https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>]
11. NHG: NHG-Richtlijn Adequate dossiervorming met het elektronisch patientdossier (ADEPD). In.; 2019
12. Handleiding Dossiervoering Huisartsenzorg
[<https://www.nifp.nl/documenten/publicaties/2021/11/24/handleiding-dossiervoering-huisartsenzorg>]
13. Zegers M, Veenstra GL, Gerritsen G, Verhage R, Van Der Hoeven HJ, Welker GA: Perceived burdens due to registrations for quality monitoring and improvement in hospitals: a mixed methods study. *International Journal of Health Policy and Management* 2022, 11(2):183
14. Verheij RA, Curcin V, Delaney BC, McGilchrist MM: Possible sources of bias in primary care electronic health record data use and reuse. *Journal of medical Internet research* 2018, 20(5):e185
15. Bij vdS, Biermans M, Levelink H, Verheij R: De kwaliteit van de elektronische verslaglegging door huisartsenpraktijken in de regio Nijmegen. In. Edited by Nivel. Utrecht; 2015

Bijlage A Selectie verrichtingen voor definitie contact

Voor de definitie van een contact met huisarts of verpleegkundige is door de onderzoekers op basis van kennis en ervaring uit eerdere onderzoeken met routine zorgdata een selectie gemaakt van de codes voor verrichtingen, ook wel College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) codes genoemd.

De volgende CTG-codes zijn geselecteerd:

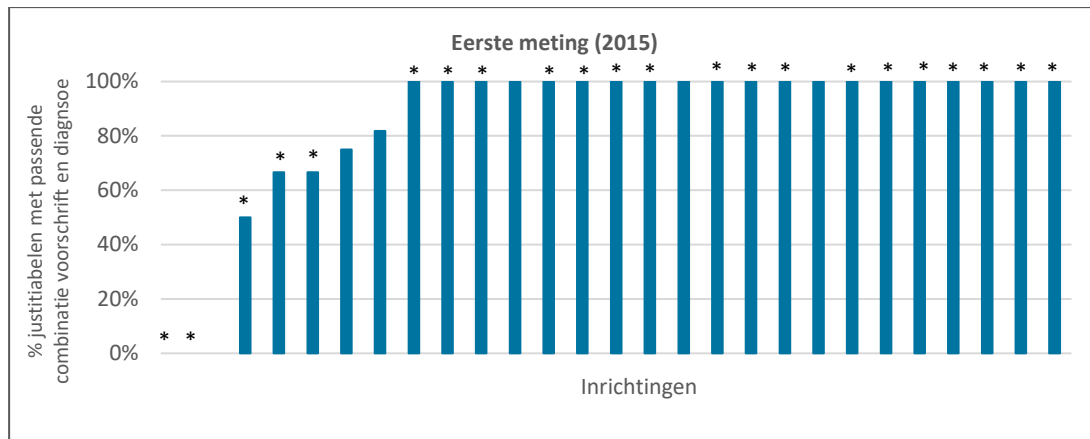
CTG-code	Omschrijving
12000	Consult 5 tot 20 minuten
12111	Consult POH-GGZ langer dan 20 minuten
12300	Consult ANW (komt in huis)
12301	Visite HAP / HDS
12302	Telefonisch consult ANW-arts
12511	Consult langer dan 20 minuten GB
12512	Visite GB
12513	Visite langer dan 20 minuten GB
13047	Chirurgie categorie A
31080	POH-Somatiek
31280	POH GGZ-intake
31283	Consultatie en Farmacotherapie 15 minuten
31284	Consultatie en Farmacotherapie 30 minuten
95009	10 minuten consult verpleegkundige
95010	Consult tot 5 minuten
95011	Consult regulier vanaf 5 minuten en korter dan 20 minuten
95012	Consult POH-GGZ korter dan 5 minuten
95015	Consult ANW vanaf 5 minuten tot 20 minuten
95016	Consult passant korter dan 5 minuten
95019	Consult militair vanaf 5 minuten tot 20 minuten
95021	Consult gemoedsbezwaarden vanaf 5 minuten tot 20 minuten
95023	Visite op cel
95024	Consult visite waarneming arts buiten kantooruren
95025	Visite waarneming arts buiten kantooruren

Bijlage B Scoringsformulier vrije teksten

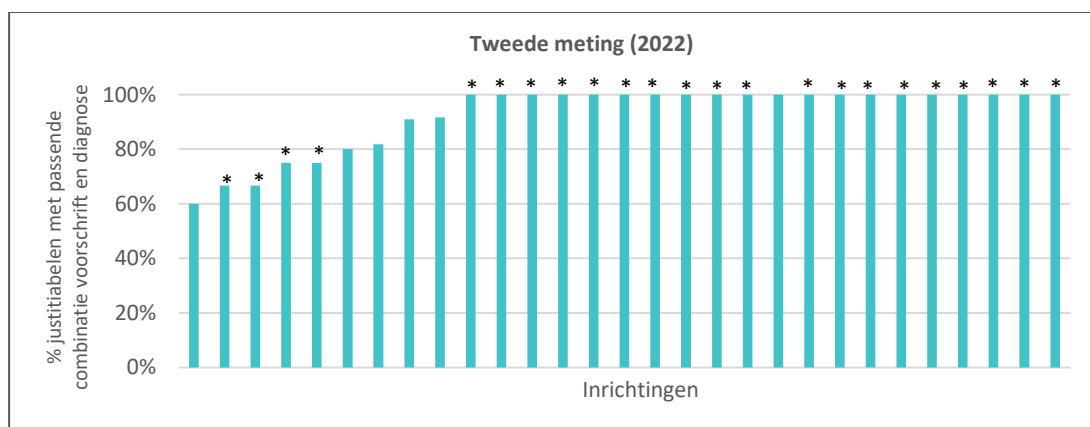
Categorieën	Antwoord / score
Inrichtingsnummer	
Dossiernummer	
Contactnummer	
Datum	
SOEP ingevuld? (vul in welke onderdelen zijn ingevuld)	
Patient contact? (0 = administratief, 1 = patiëntcontact)	
Diagnose genoemd in vrije tekst? (0 = nee, 1 = ja)	
ICPC bij deelcontact?	
Medicatie genoemd in vrije tekst?	
Medicatie terug te vinden in gecodeerde prescripties?	
Overige opmerkingen	

Bijlage C Grafieken ziekte specifieke indicatoren

Figuur C1 Ziekte specifieke indicator voor diabetes, eerste (boven) en tweede meting (onder)

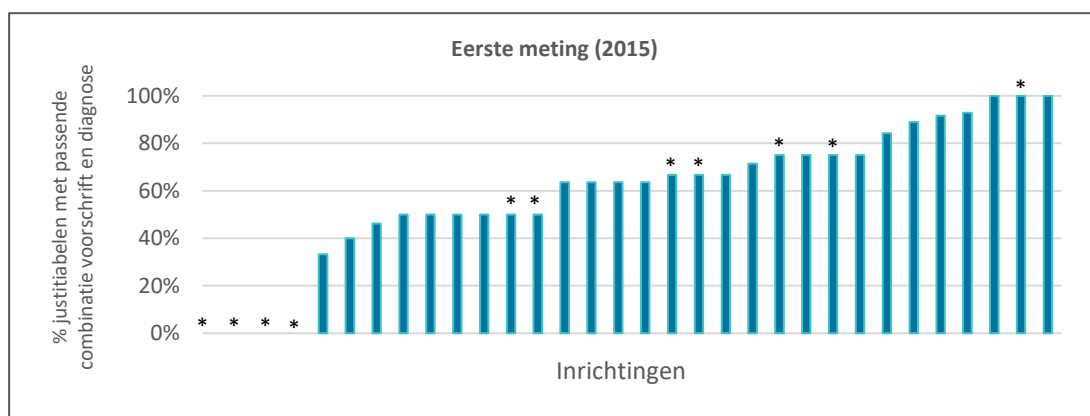


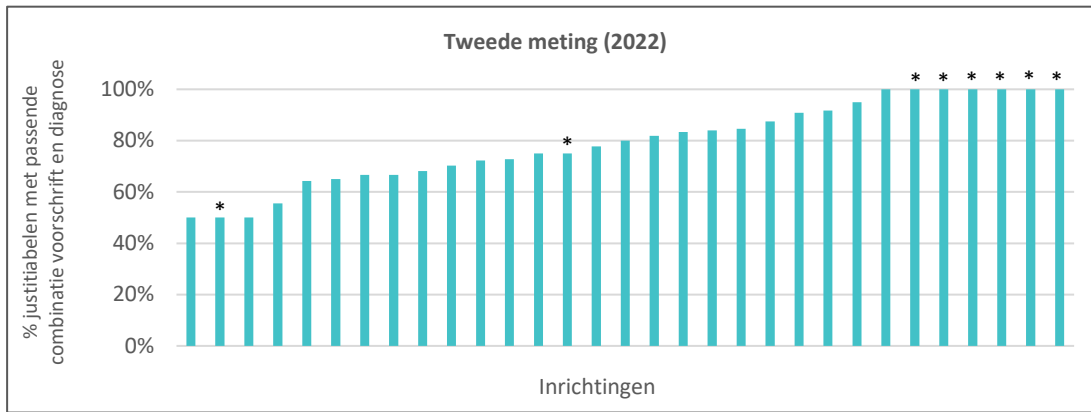
* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen



* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen

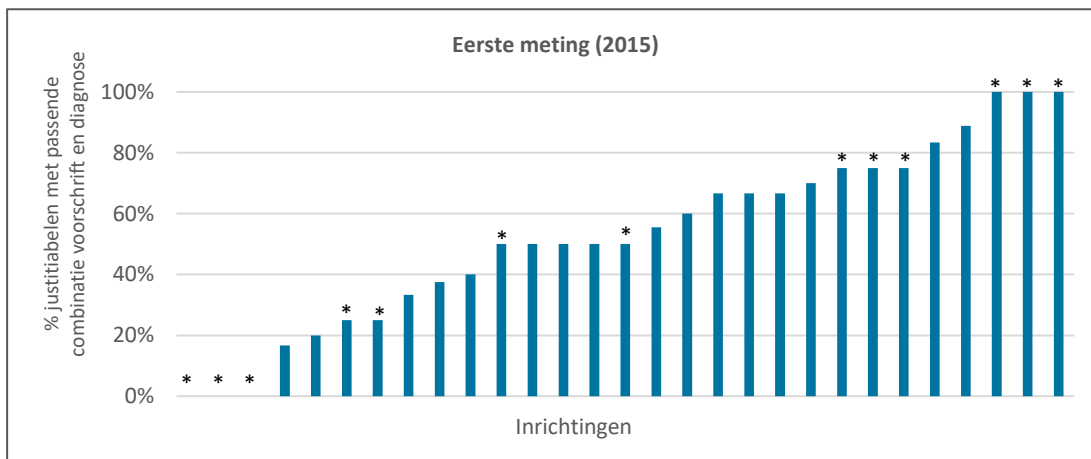
Figuur C2 Ziekte specifieke indicator astma / COPD, eerste (boven) en tweede meting (onder)



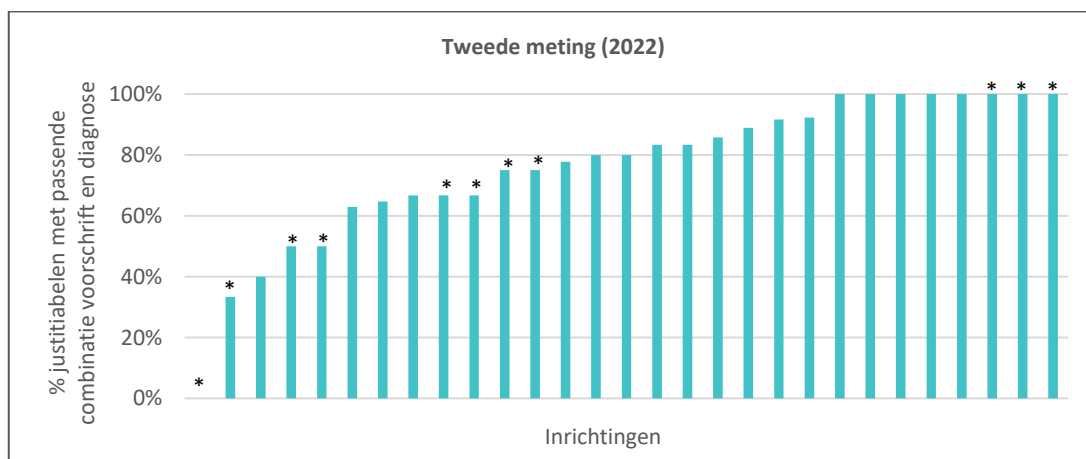


* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen.

Figuur C3. Ziekte specifieke indicator hoog cholesterol, eerste (boven) en tweede meting (onder)

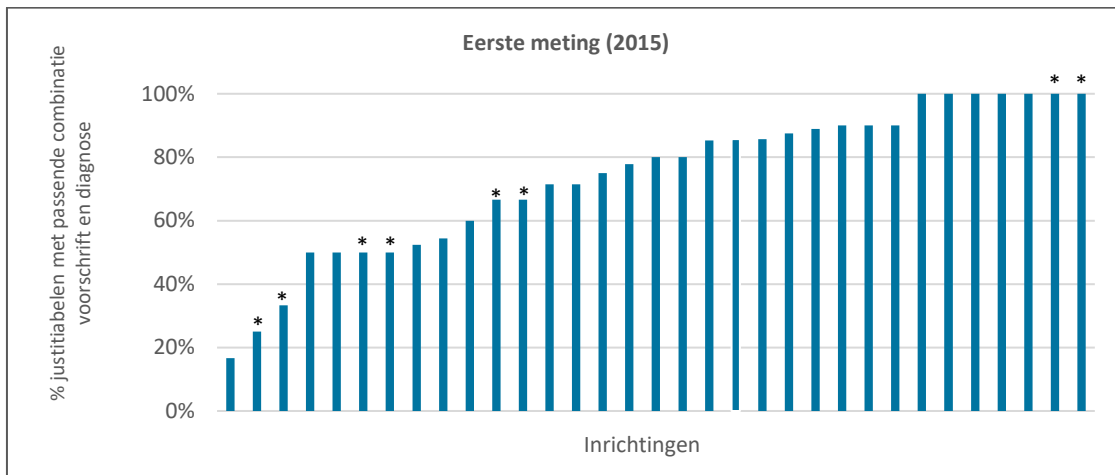


* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen

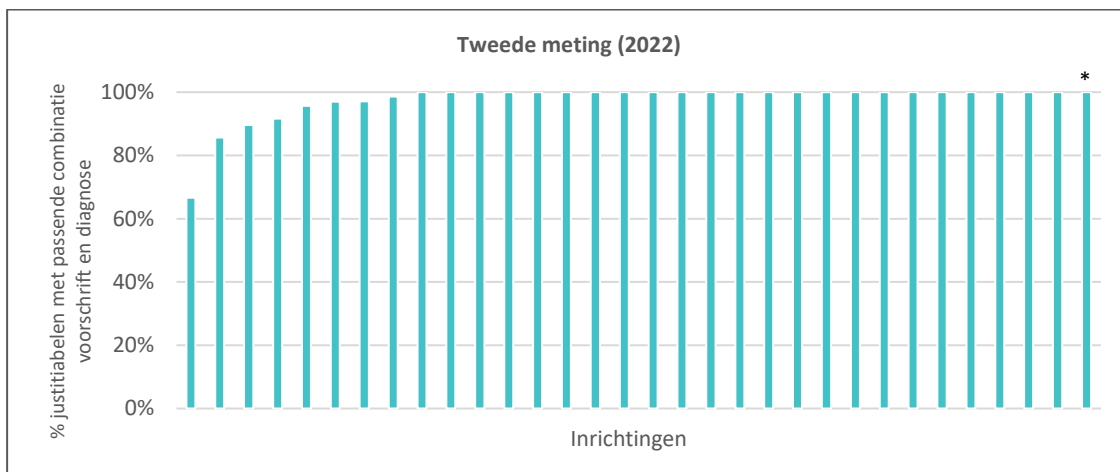


* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen

Figuur C4 Ziekte specifieke indicator antipsychotica, eerste (boven) en tweede meting (onder)

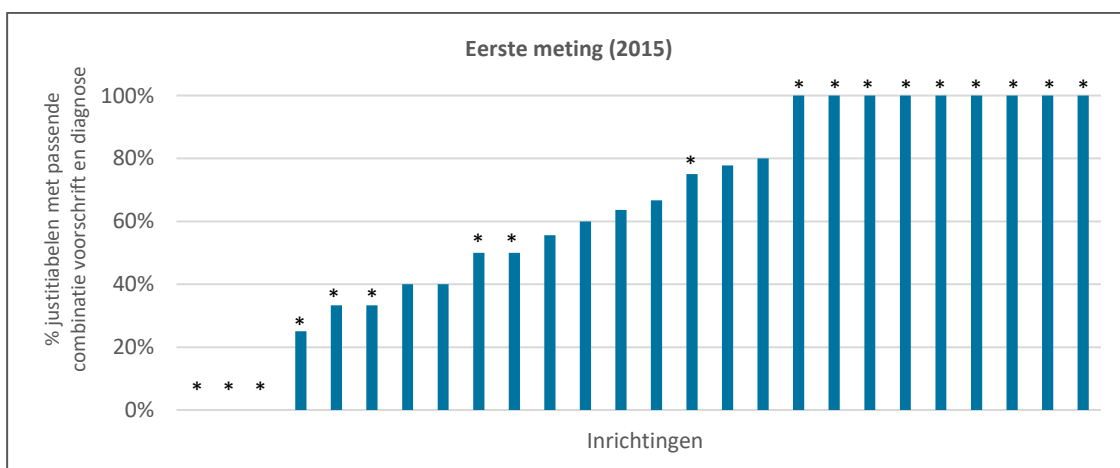


* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen.

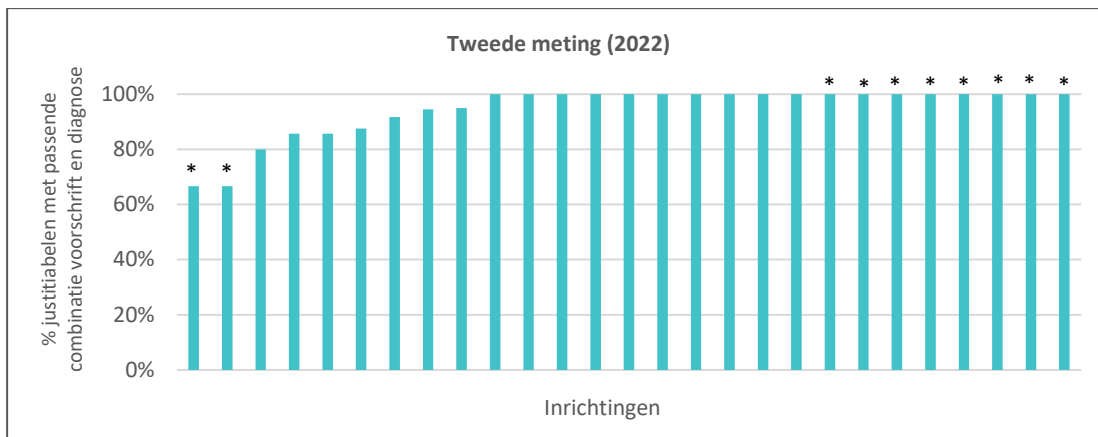


* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen

Figuur C5 Ziekte specifieke indicator drugsmisbruik, eerste (boven) en tweede meting (onder)

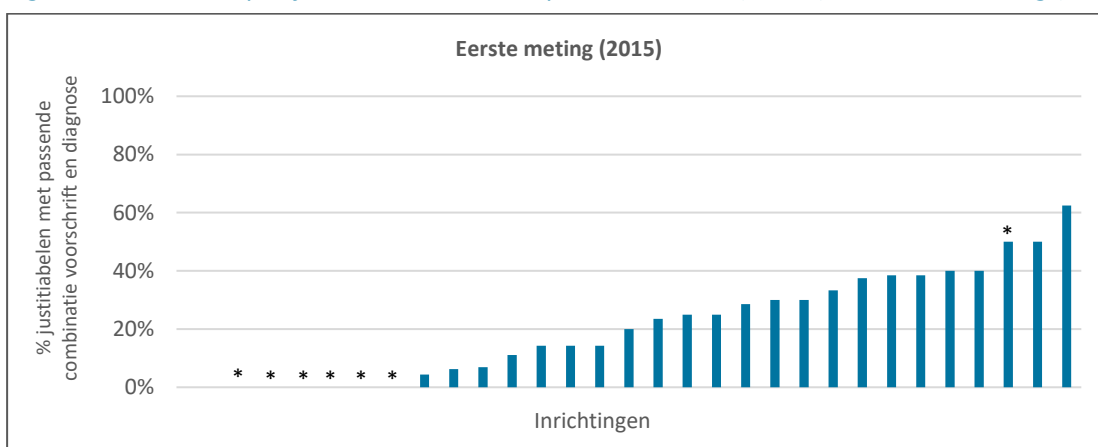


* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen

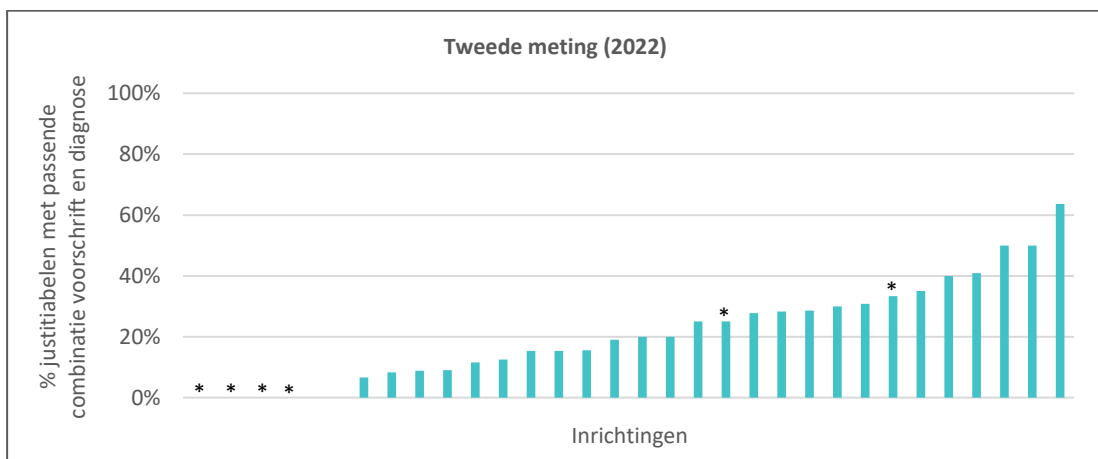


* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen

Figuur C6 Ziekte specifieke indicator antidepressiva, eerste (boven) en tweede meting (onder)



* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen



* Deze indicatorscore is berekend op een populatie van minder dan vijf personen