

ANDERS VERANTWOORDEN VANUIT VERTROUWEN

Onderzoek Academische Werkplaats
Zorgpraktijk & Beleid



Zorginstituut Nederland



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam



Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen

Onderzoek Academische Werkplaats Zorgpraktijk & Beleid

Erasmus MC, NFU Consortium Kwaliteit van Zorg & Zorginstituut Nederland

oktober 2022 – oktober 2023

Uitvoerend onderzoeker:

Julia Jansen, MA – Erasmus MC

Projectbegeleider:

Marit Buijs, MSc – Erasmus MC

Intern onderzoeksteam:*

dr. Marieke Kruip MD, PhD – Erasmus MC

dr. Linetta Koppert MD, PhD – Erasmus MC

Max van Spronsen – Erasmus MC

Niels van Vliet, MSc – Erasmus MC

Projectteam:**

Saskia Papenhuijzen-de Wit, MBA – voormalig UMC Utrecht

dr. Jan-Willem Weenink – ESHPM

prof. dr. Gert Westert – Radboudumc

Begeleidingscommissie:***

prof. dr. Diana Delnoij – Zorginstituut

Anne-Margot Pot, MSc – Zorginstituut

Kayleigh Alberg – Zorginstituut

Met betrokkenheid van:

College Medisch Directeuren (CMD) van de NFU

* Een gedeelte van het interne onderzoeksteam (Julia Jansen, Marit Buijs, Marieke Kruip en Linetta Koppert) stemde gedurende de looptijd van dit onderzoek tweewekelijks af over de inhoud en uitvoering van het onderzoek. Overige leden van het interne onderzoeksteam werden tevens nauw betrokken bij de uitvoering middels regelmatig afstemmen en het geven van feedback.

** Het projectteam vervulde een adviserende rol met betrekking tot dit onderzoek. Gedurende de looptijd van dit onderzoek vond elke zes weken een overleg plaats met het projectteam en het interne onderzoeksteam. Projectteamleden kregen hierbij de mogelijkheid om input en feedback te geven op het onderzoek.

*** De begeleidingscommissie vervulde een vergelijkbare rol met betrekking tot dit onderzoek als het projectteam. Leden van de begeleidingscommissie sloten tevens aan bij de zes-wekelijkse onderzoeksoverleggen.

SAMENVATTING

Binnen de medisch-specialistische zorg leggen ziekenhuizen aan verschillende instanties externe verantwoording af over de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Deze informatie is van belang voor het waarborgen van kwaliteit van zorg, voor het verder verbeteren van kwaliteit van zorg, voor het ontwikkelen van keuze-informatie voor patiënten en voor zorginkoop door verzekeraars. De wijze waarop die externe verantwoording wordt afgelegd komt op dit moment echter onvoldoende tegemoet aan de behoeften en belangen van verschillende partijen die hierbij betrokken zijn, en draagt bovendien onvoldoende bij aan de doelstellingen die hierboven worden geformuleerd.

In 'Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen' wordt, samen met relevante partijen, gezocht naar een meer passende manier van het afleggen van externe verantwoording over de kwaliteit van zorg, die wel tegemoetkomt aan deze behoeften en belangen. Dit onderzoek heeft als doelstelling om in co-creatie met betrokken stakeholders een visie op te stellen ten aanzien van Anders Verantwoorden, die gedragen wordt door de maatschappij en waarbij vertrouwen het uitgangspunt is. De gevolgde onderzoeksmethode bestaat op hoofdlijnen uit een stakeholderanalyse, literatuurstudie, interviews, een Delphi studie en focusgroepen met betrokken stakeholders.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt onder meer dat verantwoord en een complex concept is, en dat stakeholders hier op verschillende manieren invullingen aan geven. Ook blijkt dat vooral een zeer hoge ervaren registratielast een grote uitdaging is binnen de huidige verantwoordingspraktijk en dat er een onvrede heerst over de manier waarop momenteel vooral kwantitatieve data wordt gebruikt voor verantwoordingsdoeleinden. Stakeholders blijken veel waarde te hechten aan meer context en duiding van deze data. Daarnaast vinden zij het belangrijk dat zorgprofessionals goed inzicht hebben in waarom zij bepaalde informatie moeten registreren. Tot slot achten stakeholders het van groot belang om op een proactieve manier met elkaar over dit soort zaken in gesprek te gaan.

Het onderzoeksteam is van mening dat het cruciaal is om tot consensus te komen over wat verantwoord nu precies betekent, en in de toekomst moet betekenen. Uit het onderzoek is gebleken dat georganiseerde gesprekken over verantwoord hieraan kunnen bijdragen. Het is van belang om dit in de toekomst voort te zetten, om een nog concretere invulling te geven aan de visie op Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen. Een van de aanbevelingen van het onderzoeksteam is dat de overheid in de toekomst een faciliterende rol kan oppakken in het organiseren van periodieke gesprekken met stakeholders. Ook stelt het onderzoeksteam voor dat problemen omtrent de hoge ervaren registratielast ten behoeve van het afleggen van externe verantwoording zo snel mogelijk worden opgepakt, bijvoorbeeld door te zorgen voor een betere informatievoorziening en frequentere terugkoppeling vanuit toezichthouders aan zorgprofessionals. Tot slot staat het onderzoeksteam positief tegenover een meer kwalitatieve vorm van verantwoording, die door stakeholders die deelnamen aan dit onderzoek wordt omarmd. Meer ruimte voor context, duiding en dialoog is van groot belang om op een meer passende manier extern te gaan verantwoorden.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	3
1 Introductie	5
1.1 Doelstelling, onderzoeksvraag en uitgangspunten	6
1.2 Scope	7
1.3 Conceptuele toelichting	7
<i>I. Externe verantwoording</i>	8
<i>II. Verantwoorden</i>	9
<i>III. Medisch-specialistische zorg</i>	11
2 Onderzoeksmethode	12
3 Onderzoeksresultaten	16
3.1 Procesresultaten	16
3.2 Probleemanalyse	18
<i>I. Geen consensus over conceptuele basis</i>	18
<i>II. Hoge registratielast onder zorgprofessionals</i>	20
<i>III. Verantwoording is (te) kwantitatief</i>	24
<i>IV. De tendens om reactief te handelen</i>	25
<i>V. Gebrek aan vertrouwen</i>	26
3.3 Oplossingsrichtingen	28
<i>I. Inzicht in het doel van registraties</i>	28
<i>II. Denk proactief mee over de meerwaarde van registraties</i>	30
<i>III. Standaardisatie en eenduidig registreren</i>	31
<i>IV. Ruimte voor kwalitatieve informatie over kwaliteit</i>	32
4 Conclusies en aanbevelingen	36
4.1 Conclusies	36
4.2 Aanbevelingen en mogelijke vervolgstappen	37
Bijlage 1: Gebruikte afkortingen	39
Bijlage 2: Stakeholderanalyse	40
Bijlage 3: Literatuurstudie	42
Bijlage 4: Stakeholderinterviews	44
Bijlage 5: Analyses Delphi studie	46
Bijlage 6: Focusgroepen	51
Bijlage 7: Geconsulteerde personen	53
Bibliografie	54

1 INTRODUCTIE

Waar het afleggen van externe verantwoording over kwaliteit binnen de medisch-specialistische zorg ooit bedoeld was om kwaliteitsverbeteringen binnen ziekenhuizen te stimuleren en te bevorderen, draagt de wijze waarop vandaag de dag rekenschap over kwaliteit wordt afgelegd onvoldoende bij aan die doelstelling. Gevolglijk heerst over de huidige verantwoordingspraktijk, die gekenmerkt wordt door een toenemende mate van bureaucrativering, een hoge regeldruk en een gebrek aan onderling vertrouwen, een ontevredenheid onder partijen die in dit verhaal een cruciale rol vervullen. En dat moet anders.

De urgentie om op een andere manier verantwoording over kwaliteit af te leggen wordt al langer gevoeld; binnen de medisch-specialistische zorg, maar ook binnen andere (zorg)sectoren.¹ Reeds in 2019 stelde de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in haar rapport ‘Blijk van vertrouwen – Anders verantwoorden voor goede zorg’ dat de huidige manier van verantwoorden niet langer voldoet en bovendien onvoldoende recht doet aan de complexiteit inherent aan de zorgpraktijk.² De RVS beschrijft in dit rapport dat het initiatief voor het afleggen van rekenschap bij de zorgverlener zelf moet liggen, in samenspraak met de patiënt en als onderdeel van een continu leerproces. Dit sluit aan bij de transitie die ziekenhuizen de afgelopen jaren hebben doorgemaakt, waarbij interne kwaliteitsorganisaties zijn versterkt en getracht wordt om leren en verbeteren en de dialoog over kwaliteit in de praktijk centraal te stellen. Ziekenhuizen trachten nu om volgens de geest van de norm, vanuit de bedoeling, te voldoen aan de normen omtrent kwaliteit van zorg, in plaats van volgens de letter van de norm. Binnen deze brede beweging richting Anders Verantwoorden passen ook verschillende initiatieven en onderzoeken die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden, waaronder een voorstudie naar de kansrijke agenda van Anders Verantwoorden (2019)³ en het Experiment Zinvolle Registratie (2017-2020), dat werd uitgevoerd in drie verschillende Nederlandse ziekenhuizen en waar momenteel (in 2023) een regionaal vervoltraject op loopt.

Hoewel dergelijke initiatieven reeds een waardevolle bijdrage hebben geleverd aan (de dialoog over) een herinrichting van de externe verantwoordingspraktijk en het verminderen van ervaren registratielast onder zorgprofessionals, hebben deze op nationale schaal nog niet geleid tot de gewenste resultaten. Dit werd, drie jaar na het verschijnen

¹ Zo heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het programma ‘(Ont)regel de zorg’ opgestart, werkt ActiZ al enkele jaren aan verschillende initiatieven in het kader van Anders Verantwoorden binnen de ouderenzorg en hebben verscheidene experimenten met andere manieren van verantwoorden plaatsgevonden binnen de gehandicaptenzorg. Maar ook buiten de zorgsector wordt de druk om op een andere manier verantwoording af te leggen gevoeld. Binnen de onderwijssector en de Nederlandse politie hebben bijvoorbeeld vergelijkbare onderzoeken plaatsgevonden.

² Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, ‘Blijk van vertrouwen – Anders verantwoorden voor goede zorg’ (2019): 17.

³ Deze studie werd in opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in 2019 uitgevoerd door het UMC Utrecht in samenwerking met het Nivel.

van 'Blijk van vertrouwen' geconstateerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).⁴ Ook de RVS stelt in een door het ministerie geïnitieerd vervolgadvis dat een grootschalige verschuiving nog altijd uitblijft.⁵

Het onderzoek 'Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen' wil bijdragen aan de doelstelling om die grootschalige verschuiving in de nabije toekomst wél te realiseren. Voortbordurend op de adviezen die reeds zijn verschenen en de onderzoeken die reeds zijn uitgevoerd vindt binnen dit onderzoek een zoektocht plaats naar een meer passende manier van het afleggen van externe verantwoording over kwaliteit van medisch-specialistische zorg. Een manier van verantwoorden die gedragen wordt door de maatschappij en waarbij vertrouwen het uitgangspunt vormt; een manier van verantwoorden die recht doet aan de complexiteit inherent aan de zorgpraktijk.

1.1 Doelstelling, onderzoeksvraag en uitgangspunten

Bij het afleggen van externe verantwoording over kwaliteit van medisch-specialistische zorg zijn op landelijk niveau veel verschillende organisaties betrokken, die allen een eigen rol vervullen. Dit betreft onder meer ziekenhuizen, toezichthouders, overheidsinstanties, patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen en accrediterende- en certificeringsinstanties.⁶ Ondanks eerdere initiatieven is tot op heden niet onderzocht welke behoeften en belangen deze diverse partijen hebben ten aanzien van externe verantwoording en of en hoe deze behoeften kunnen worden verenigd in één integrale visie ten aanzien van Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen. De doelstelling van dit onderzoek luidt daarom als volgt:

- In co-creatie met betrokken stakeholders een integrale visie opstellen ten aanzien van Anders Verantwoorden over kwaliteit in de medisch-specialistische zorg, die gedragen wordt door de maatschappij en waarbij vertrouwen het uitgangspunt is.

Om deze doelstelling te realiseren wordt in dit onderzoek uitgegaan van de volgende onderzoeksvraag:

- Wat is er nodig om te komen tot een passende vorm van externe verantwoording over de kwaliteit van medisch-specialistische zorg, die tegemoetkomt aan de behoeften van betrokken stakeholders?

Voorafgaand aan de uitvoering van dit onderzoek heeft de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) bovendien in samenspraak met verschillende betrokken partijen een richtinggevend kader voor Anders Verantwoorden vastgesteld. Dit richtinggevend kader bestaat uit vier domeinen die binnen dit onderzoek worden gerespecteerd:

⁴ Dit werd benoemd tijdens één van de gesprekken die in het kader van dit onderzoek hebben plaatsgevonden met een vertegenwoordiger van het Ministerie van VWS.

⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, 'Is dit wel verantwoord?' (2023): 10.

⁶ Zie voor een volledig overzicht van partijen die een rol spelen in de huidige externe verantwoordingspraktijk de stakeholderanalyse in Bijlage 2.

1. Bied plaats aan (inter)subjectieve, niet-kwantificeerbare, op het individu toegesneden aspecten van kwaliteit van zorg
2. Blijf randvoorwaarden voor goede en veilige zorg borgen.
3. Gebruik externe toetsing om integraliteit en samenhang te toetsen.
4. Benoem en gebruik horizontaal leren tussen UMC's en groepen zorgprofessionals als kwaliteitsinstrument.

Deze vier domeinen worden gebruikt als uitgangspunten binnen dit onderzoek en blijven gedurende de uitvoering daarvan onderhevig aan toetsing, met ruimte om deze in samenspraak met betrokken partijen te wijzigen en aan te scherpen zodat het maatschappelijk gedragen uitgangspunten worden. Het vertegenwoordigen van een breed, maatschappelijk perspectief door middel van het verenigen van verschillende belangen van betrokken stakeholders, is immers een fundamenteel element binnen dit onderzoek.

1.2 Scope

In dit onderzoek staat de verantwoording die ziekenhuizen in de medisch-specialistische zorg afleggen aan externe partijen centraal. Ook focust dit onderzoek zich specifiek op verantwoording die wordt afgelegd over kwaliteit van geleverde zorg. De manier waarop binnen andere zorgsectoren verantwoording wordt afgelegd, alsook interne verantwoording en financiële verantwoording vallen daarmee buiten de scope van dit onderzoek.

De primaire focus van dit onderzoek ligt verder op de wijze waarop externe verantwoording wordt afgelegd binnen ziekenhuizen. Er is wel een verkennend gesprek (stakeholderinterview) gevoerd met een vertegenwoordiger van Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Ook heeft ZKN deelgenomen aan de eerste ronde van de Delphi studie. Uit gesprekken met ZKN bleek echter dat zij zich onvoldoende konden vinden in de uitdagingen waar ziekenhuizen tegenaanlopen met betrekking tot de externe verantwoordingspraktijk. Op basis daarvan is in overleg besloten om particuliere klinieken buiten scope te laten.

Tot slot richt dit onderzoek zich specifiek op het verantwoordingsproces in Nederland, waardoor internationale ontwikkelingen op dit gebied tevens buiten de scope van dit onderzoek vallen.

1.3 Conceptuele toelichting

'Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen' focust zich primair op het afleggen van (I) *externe* (II) *verantwoording* binnen de (III) *medisch-specialistische zorg*. Deze concepten worden binnen de kaders van dit onderzoek gehanteerd zoals als volgt beschreven:

I. Externe verantwoording

Externe verantwoording verwijst binnen dit onderzoek naar verantwoording over kwaliteit van verleende medisch-specialistische zorg die door ziekenhuizen wordt afgelegd aan externe partijen. Dit gaat in eerste instantie over kwaliteitsinformatie met een wettelijke, jaarlijkse aanleverplicht. Dit zijn de Basisset Medisch-Specialistische Zorg (MSZ) en de indicatoren Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), die worden uitgevraagd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), en de kwaliteitsindicatoren die zijn opgenomen op de Transparantiekalender van Zorginstituut Nederland (ZIN).

De Basisset MSZ bestaat vanaf 2023 nog uitsluitend uit negen verbeterdoelen.⁷ Het staat ziekenhuizen vrij om zelf zes (of indien gewenst meer) verbeterdoelen aan te leveren. De inhoud van deze verbeterdoelen wordt vastgesteld op basis van gesignaleerde risico's in de Nederlandse gezondheidszorg, met als doel om verbeteringen van kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg te stimuleren. De IGJ stelt deze verbeterdoelen op in samenwerking met betrokken partijen.⁸ Gezamenlijk worden de verbeterdoelen jaarlijks geëvalueerd. Verder worden zorginstellingen zelf verantwoordelijk gesteld voor het openbaar maken van de eigen resultaten met betrekking tot de verbeterdoelen en voor het voorzien van deze gegevens van adequate context en duiding. Dit is mogelijk in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg en/of via de website van de desbetreffende zorginstelling.

Naast deze verbeterdoelen vraagt de IGJ jaarlijks LBZ-indicatoren uit. Dit betreft de indicatoren Hospital Standardised Mortality Ratios (HSMR), Onverwacht Lange Opnameduur (OLO) en Heropnameratio, die berekend worden op basis van de medische LBZ-data die ziekenhuizen aanleveren. Deze worden ieder jaar gepubliceerd in de Rapportage LBZ-indicatoren.

Zorgaanbieders zijn volgens de Zorgverzekeringswet tevens wettelijk verplicht om informatie over kwaliteit van geleverde zorg via de Transparantiekalender aan te leveren bij ZIN. Externe verantwoording wordt via ZIN afgelegd middels kwaliteitsindicatoren die worden opgesteld door zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. De kwaliteitsgegevens die jaarlijks worden verzameld door ZIN worden vervolgens ten behoeve van transparantie gepubliceerd in de Openbare Database.⁹ Deze gegevens zijn vrij toegankelijk en worden door derden onder meer ingezet ter ontwikkeling van keuze-informatie voor patiënten op websites als Zorgkaart Nederland en Ziekenhuischeck, gebruikt door zorgverzekeraars voor zorginkoop en voor handhaving door de IGJ.

Niet alle vormen van externe verantwoording zijn echter (wettelijk) verplicht. Zorgaanbieders verstrekken ook verantwoordingsinformatie aan accrediterende- en certificeringsinstanties. In het geval van het eerste gebeurt dit via

⁷ De negen verbeterdoelen binnen Basisset MSZ (2023) zijn: antistolling, cardiologische zorg, continuïteit van zorg, ketenzorg diabetische voetulcus, nuchterbeleid kinderen, ondervoeding, pijnbeleid, valpreventie bij ouderen en vrijheidsbeperkende interventie.

⁸ Dit zijn de Federatie Medisch Specialististen (FMS), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN).

⁹ Beschikbaar via de website van Zorginzicht: www.zorginzicht.nl.

(deel)audits; in het geval van de tweede via bijvoorbeeld een NEN- of ISO-certificering. Ziekenhuizen beslissen zelf door welke partij(en) zij zich laten accrediteren en/of certificeren. Nederlandse zorgverzekeraars hechten belang aan accreditaties en certificeringen met betrekking tot zorginkoop. Het doel van een accreditatie is om aan patiënten en overige stakeholders te laten zien dat zorgaanbieders alert zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg- en dienstverlening, waarbij maatregelen worden genomen om risico's te voorkomen of te verkleinen en prestaties te vergroten. Middels accreditaties willen zorginstellingen verbeteringen van het primaire zorgproces tot stand brengen via een geborgd kwaliteitssysteem en dit aantoonbaar maken.

Tot slot vragen ook wetenschappelijke verenigingen en dataverwerkingsinstanties, zoals het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), informatie uit over kwaliteit van verleende zorg. Veel DICA-registraties maken onderdeel uit van de Transparantiekalender van ZIN. Deze registraties zijn derhalve wettelijk verplicht om aan te leveren. De informatie die door wetenschappelijke verenigingen en DICA wordt uitgevraagd wordt gebruikt voor kwaliteitsregistraties. Het primaire doel van deze kwaliteitsregistraties is op basis van diens uitkomsten verder te leren en te verbeteren, zodat professionals geleverde zorg kunnen optimaliseren. Instanties die lid zijn van de Samenwerkende Kwaliteitsregistraties (SKR) kunnen individuele gegevens samenvoegen en verwerken tot rapportages, wat onder andere informatie oplevert die kan worden ingezet voor verantwoordingsdoeleinden. Externe verantwoording kan, in het geval van kwaliteitsregistraties, daarom worden begrepen als (mogelijk) secundair doel.

In theorie staat externe verantwoording (verantwoorden ten behoeve van eisen van een externe partij) tegenover interne verantwoording (verantwoorden ten behoeve van een interne partij, zoals een andere afdeling binnen hetzelfde ziekenhuis of de Raad van Bestuur). Het is echter belangrijk om op te merken dat deze scheidslijn in de praktijk niet zo scherp is. Ten eerste heeft de externe verantwoording die wordt afgelegd aan of via partijen zoals de IGJ, ZIN of accrediterende- en certificeringsinstanties ook altijd als doeleinde om op basis van de uitgevraagde en verwerkte informatie interne kwaliteitsverbeteringen door te voeren. Zorginstellingen leggen met andere woorden ook verantwoording af aan externe partijen met de intentie om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Ten tweede wordt ook informatie die in eerste instantie voor interne verantwoordingsdoeleinden wordt geregistreerd soms – al dan niet op een later moment – gebruikt om verantwoording af te leggen aan externe partijen.

Op basis van deze conceptuele toelichting kan de term 'externe verantwoording' binnen de context van dit onderzoek dus vier praktische hoofddoelen vervullen: het waarborgen van kwaliteit van zorg; het informeren van patiënten door middel van openbare keuze-informatie; voorzien van gegevens die van belang zijn bij zorginkoop door zorgverzekeraars; en het stimuleren van leren en verbeteren onder zorgprofessionals.

II Verantwoorden

De term *verantwoorden* kent, zowel in de praktijk als in de literatuur, vele verschillende invullingen. Om betekenis toe te kennen aan het werkwoord 'verantwoorden' wordt de term vaak, en bijna automatisch, geassocieerd met andere

werkwoorden, zoals ‘rechtvaardigen’, ‘verdedigen’ of ‘uitleggen’.¹⁰ Het is een breed concept waarvan de invulling vaak afhankelijk is van de context waarin het concept wordt gebruikt. Voor de specifieke doelstelling van dit onderzoek is het vooral van belang om nader te bekijken *waarom* verantwoording wordt afgelegd, en *hoe* deze verantwoording wordt, of kan worden afgelegd.

Zoals hierboven reeds werd toegelicht kent extern verantwoorden binnen de medisch-specialistische zorg in de praktijk vier hoofddoelen: waarborgen van kwaliteit, keuze-informatie, zorginkoop en leren en verbeteren. Wanneer we echter kijken naar publieke verantwoording in de algemenere zin van het woord, dan zien we dat hier tevens sprake is van een belang dat deze vier doelen overstijgt, namelijk het afleggen van verantwoording over het eigen doen en laten richting de maatschappij. Publieke verantwoording wordt door instanties afgelegd vanuit een inherente professionaliteit en omdat er maatschappelijke belangen op het spel staan en deze instanties gefinancierd worden uit publieke middelen. Ook externe verantwoording binnen de medisch-specialistische zorg, waarbij het gaat om kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, is vanzelfsprekend van groot maatschappelijk belang. Zoals in ‘Blijk van vertrouwen’ wordt opgemerkt, gaat verantwoording dus om méér dan het louter verstrekken van informatie ten behoeve van controle of toezicht.¹¹ Het gaat dus ook om meer dan slechts rechtvaardigen, verdedigen of uitleggen. Het gaat er veeleer om dat anderen actief inzicht verkrijgen in het doen en laten van de organisatie, dat de organisatie openstaat voor feedback en verbetert op basis van de verkregen inzichten.¹² Het feit dat er externe verantwoording over kwaliteit van geleverde zorg wordt afgelegd is bovendien van belang voor het borgen van publiek vertrouwen in de Nederlandse zorgverlening.

Binnen de verantwoordingspraktijk in de medisch-specialistische zorg is voor een lange tijd primair gebruik gemaakt van een wijze van verantwoording die we als kwantitatief kunnen omschrijven, waarbij vooral harde data en cijfers centraal stonden. Kwantitatieve verantwoording wordt afgelegd middels een reeks aan indicatoren die in veel gevallen worden opgesteld vanuit de focus op aspecten van verleende zorg die fout gaan, zoals het aantal complicaties of calamiteiten.¹³ Een meer kwalitatieve (of narratieve) vorm van verantwoording focust zich daarentegen veeleer op verhalen, context en duiding. In deze vorm wordt verantwoording niet afgelegd op basis van vooraf opgestelde categorieën, zoals regels of protocollen, maar op basis van uitleg, discussie en dialoog.¹⁴

Kwantitatieve en kwalitatieve vormen van verantwoording worden in de literatuur vaak tegenover elkaar geplaatst. Dit geldt ook voor verticale en horizontale vormen van verantwoording. Bij verticale verantwoording is in veel gevallen sprake van dwang en een formele verplichting van degene die zich verantwoordt richting degene waaraan hij of zij

¹⁰ In de Dikke Van Dale wordt ‘ver-ant-woor-den’ bijvoorbeeld gedefinieerd als ‘rekenschap geven van, rechtvaardigen’.

¹¹ ‘Blijk van vertrouwen’ (2019): 15.

¹² Ibid. 15.

¹³ Weenink, J.W. en Bal, R. ‘Hoe anders verantwoorden kwaliteit van zorg ten goede komt’ (2023), via Qruux.

¹⁴ Vriens, D. et al. ‘Public Professional Accountability: A Conditional Approach’. *Journal of Business Ethics*, 153 (2016): 1180.

zich moet verantwoorden. Deze verplichting kan bijvoorbeeld gegrond zijn in een hiërarchische relatie.¹⁵ Dit is niet het geval bij horizontale verantwoording. Deze vorm van verantwoording is veeleer gebaseerd op wederkerigheid en partnerschap, waardoor in samenwerking gestuurd kan worden op gestelde doelen.¹⁶

Deze verschillende vormen van verantwoorden zijn van belang voor dit onderzoek, omdat deze in samenspraak met relevante stakeholders worden verkend. Gezamenlijk wordt bekeken welke wijze van het afleggen van verantwoording geschikt is om invulling te geven aan het concept van Anders Verantwoorden.

III. Medisch-specialistische zorg

Dit onderzoek focust zich primair op de wijze waarop verantwoording wordt afgelegd, en in de toekomst afgelegd dient te worden, binnen de medisch-specialistische zorgsector. Dit betekent echter niet dat interessante en inspirerende initiatieven en onderzoeken uit andere (zorg)sectoren, waaronder de gehandicapten- en ouderenzorg, volledig buiten beschouwing worden gelaten. Over deze initiatieven werd gesproken met stakeholders om te bekijken welke lessen wij hieruit kunnen halen ten behoeve van Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen binnen de medisch-specialistische zorg.

¹⁵ Bovens, M. 'Publieke verantwoording: Een analysekader'. *Publieke verantwoording: Regimes van inzicht en rekenschap bij de uitvoering van publieke taken* (Amsterdam: Boom, 2005).

¹⁶ Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Horizontaal verantwoorden in het Sociaal Domein: Wat is er nodig?' (2023): 8.

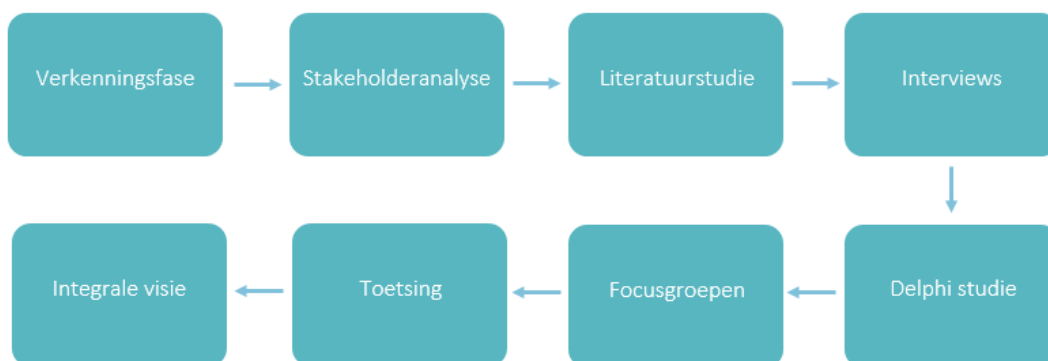
2 ONDERZOEKSMETHODE

'Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen' combineert een kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethode, die op hoofdlijnen bestond uit een stakeholderanalyse, een literatuuronderzoek, een Delphi studie en focusgroepen. Het onderzoek had een looptijd van 12 maanden, plus 1 maand voor het opstellen van het eindrapport. In deze sectie wordt de methode van dit onderzoek nader toegelicht.

Verkenningse fase. In de beginfase van het onderzoek vond allereerst een verkenning van het onderwerp plaats. Deze verkenning bestond hoofdzakelijk uit het bestuderen van rapporten en adviezen omtrent het onderwerp, maar ook uit het voeren van verkennende gesprekken met collega's (zowel binnen ziekenhuizen als met externe partijen) over de huidige verantwoordingspraktijk en Anders Verantwoorden.

Stakeholderanalyse. Om te bepalen welke stakeholders van belang waren om te betrekken bij de uitvoering van dit onderzoek werd vervolgens een stakeholderanalyse opgesteld. Hiervoor werd allereerst in overleg met het interne onderzoeksteam een inventarisering gemaakt van alle partijen die mogelijk belang bij en/of invloed hebben op het onderwerp van dit onderzoek. Op basis hiervan werd een eerste concept stakeholderanalyse opgesteld waarbij partijen werden ingedeeld op basis van mate van belang en mate van invloed. Deze concept stakeholderanalyse werd vervolgens geverifieerd aan de hand van een vragenlijst (stakeholdersurvey) die bezorgd werd aan alle mogelijke stakeholders uit de eerste inventarisering. De reacties op deze vragenlijst zijn vervolgens vergeleken met de concept stakeholderanalyse en op basis hiervan werd een definitieve stakeholderanalyse opgesteld. Met behulp hiervan werden stakeholders tot slot ingedeeld op basis van mate van betrokkenheid. Tot slot werd op basis van deze indeling bepaald welke stakeholders werden uitgenodigd voor deelname aan de verschillende fasen binnen dit onderzoek (interviews, Delphi studie en focusgroepen).

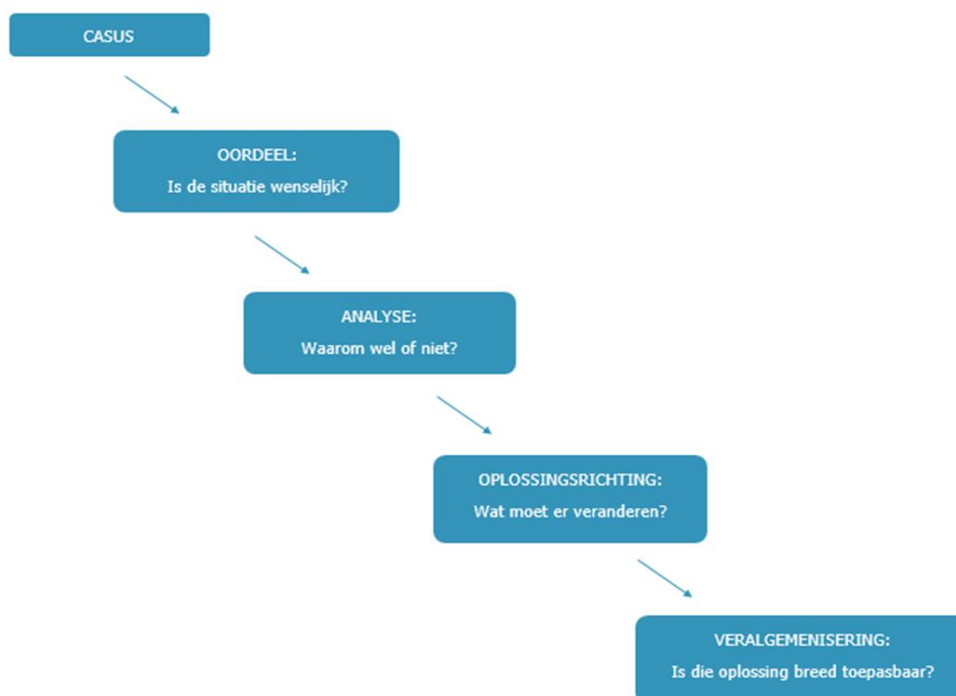
Figuur 2.1 Fasering van het onderzoek



Literatuurstudie. Parallel aan en volgend op de stakeholderanalyse werd een literatuurstudie uitgevoerd. Deze literatuurstudie focuste zich gedeeltelijk op eerdere advies- en onderzoeksrapporten met betrekking tot Anders Verantwoord. Als aanvulling hierop werd in samenwerking met de Medische Bibliotheek van het Erasmus MC een zoekopdracht opgesteld ten behoeve van uitgebreidere (achtergrond)literatuur over verantwoord en thema's die hiermee gepaard gaan, zoals ervaren registratielast onder zorgprofessionals, vertrouwen en toezicht. Deze zoekopdracht is opgenomen in Bijlage 3. De bevindingen uit deze literatuurstudie werden ingezet om casussen op te stellen ter voorbereiding van de stakeholderinterviews en om een theoretisch kader op te stellen. Ook waren deze bevindingen van belang voor het voorzien van dit rapport van een conceptuele toelichting en (deels) voor een adequate probleemanalyse.

Stakeholderinterviews. Op basis van de eerder uitgevoerde stakeholderanalyse werd bepaald welke stakeholders uitgenodigd werden om deel te nemen aan een interview. Ter voorbereiding van deze interviews werden drie casussen opgesteld die representatief zijn voor de thematiek en problematiek binnen dit onderzoek. De casussen zijn opgenomen in Bijlage 4. Deze casussen werden voorafgaand aan de interviews met alle deelnemende stakeholders gedeeld. Tijdens de interviews werden stakeholders op basis van deze casussen enerzijds bevraagd over de problemen die zij ervaren binnen de huidige verantwoordingspraktijk. Deze informatie werd verzameld en gebruikt ten behoeve van het opstellen van een adequate probleemanalyse. Anderzijds werden stakeholders bevraagd over mogelijke oplossingsrichtingen met betrekking tot Anders Verantwoord vanuit vertrouwen.

Figuur 2.2 Gevolgde interviewmethode



In totaal vonden 14 stakeholderinterviews plaats, waarvan 13 digitaal en één (op verzoek) op locatie. De gemiddelde duur van de interviews bedroeg 52 minuten. Alle geïnterviewde personen gaven toestemming om het interview op te nemen. Alle audio-opnames zijn vervolgens woordelijk getranscribeerd en semigestructureerd gecodeerd.

Delphi studie. De verschillende oplossingsrichtingen die tijdens de interviews door stakeholders werden geopperd werden vervolgens gebruikt voor het opstellen van een Delphi studie. Het doel van deze Delphi studie was om een eerste analyse te maken van in hoeverre stakeholders het met elkaar eens zijn met betrekking tot de verschillende oplossingsrichtingen. De Delphi studie werd bezorgd aan alle stakeholders die hebben deelgenomen aan de interviews. Voor de eerste ronde werden de volgende categoriseringscriteria gehanteerd:

- Een stelling kan door stakeholders worden gewaardeerd op een schaal van 1 (volledig mee oneens) tot en met 10 (volledig mee eens).
- Een stelling wordt als voldoende gecategoriseerd indien minstens 8 van 12 stakeholders (67%) de stelling waardeert met gemiddeld een 6,0 of hoger.
- Een stelling wordt als onvoldoende gecategoriseerd indien minstens 6 van 12 stakeholders (50%) de stelling waardeert met gemiddeld een 4,0 of lager.
- Er bestaat geen consensus over een stelling indien de stelling niet in één van bovenstaande categorieën valt.

Omdat er niet over alle stellingen consensus bestond onder stakeholders, is op basis van de resultaten van de eerste ronde een vervolgronde opgesteld waarin een aantal herformuleringen van stellingen uit de eerste ronde en een aantal nieuwe stellingen werden opgenomen. Voor de tweede ronde werden de volgende categoriseringscriteria gehanteerd, die op basis van het aantal deelnemende stakeholders afwijken van de categoriseringscriteria voor de eerste ronde:

- Een stelling kan door stakeholders worden gewaardeerd op een schaal van 1 (volledig mee oneens) tot en met 10 (volledig mee eens).
- Een stelling wordt als voldoende gecategoriseerd indien minstens 8 van 11 stakeholders (73%) de stelling waardeert met gemiddeld een 6,0 of hoger.
- Een stelling wordt als onvoldoende gecategoriseerd indien minstens 6 van 11 stakeholders (55%) de stelling waardeert met gemiddeld een 4,0 of lager.
- Er bestaat geen consensus over een stelling indien de stelling niet in één van bovenstaande categorieën valt.

Focusgroepen. De uitkomsten van de Delphi studie werden met stakeholders besproken tijdens twee focusgroepen (consensusbijeenkomsten), die plaatsvonden op dinsdag 25 juli 2023 en donderdag 17 augustus 2023. Ter voorbereiding van de focusgroepen werden, op basis van de eerste twee rondes van de Delphi studie, een aantal concrete bespreekpunten geformuleerd om voor te leggen aan stakeholders. Dit waren bespreekpunten die op basis van de eerdere onderzoeksresultaten nog enige concretisering behoeften of waar nog geen (volledige) consensus over bestond.

De focusgroepen vonden plaats op locatie en duurden ca. 3 uur. Tijdens de bijeenkomsten werden de resultaten van de Delphi studie middels een presentatie met aanwezige stakeholders gedeeld. Ook zijn de gesprekken met toestemming van stakeholders opgenomen. Deze opnames zijn vervolgens woordelijk getranscribeerd. Ook werden er samenvattingen van de besproken punten gemaakt die zijn gedeeld met stakeholders, waardoor zij de mogelijkheid hadden om hierop te reageren en indien nodig correcties door te geven.

Toetsing. Om te toetsen of er consensus was tussen stakeholders die ofwel aanwezig waren bij verschillende focusgroepen, ofwel niet aanwezig konden zijn, werd een derde ronde van de Delphi studie opgesteld. Deze Delphi studie werd opgesteld op basis van de uitkomsten van de focusgroepen. Deze vragenlijst werd aan alle partijen bezorgd die hebben deelgenomen aan eerdere rondes. Voor de derde ronde van de Delphi studie werden de volgende categoriseringscriteria gehanteerd:

- Een stelling kan door stakeholders worden gewaardeerd op een schaal van 1 (volledig mee oneens) tot en met 10 (volledig mee eens).
- Een stelling wordt als voldoende gecategoriseerd indien minstens 7 van 10 stakeholders (70%) de stelling waardeert met gemiddeld een 6,0 of hoger.
- Een stelling wordt als onvoldoende gecategoriseerd indien minstens 5 van 10 stakeholders (50%) de stelling waardeert met gemiddeld een 4,0 of lager.
- Er bestaat geen consensus over een stelling indien de stelling niet in één van bovenstaande categorieën valt.

Omdat er tijdens de focusgroepen geen vertegenwoordigers van verschillende groepen zorgprofessionals aanwezig konden zijn, zijn er tevens toetsingsgesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de FMS en V&VN. Tijdens deze toetsingsgesprekken werden de uitkomsten van de focusgroepen getoetst en besproken. Hierbij werd uitgegaan van dezelfde bespreekpunten die tijdens de focusgroepen werden besproken met de andere stakeholders.

De toetsingsgesprekken vonden beiden digitaal plaats en hadden een gemiddelde duur van 41 minuten. Na afloop is van deze gesprekken een verslag opgesteld.

3 ONDERZOEKSRÉSULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek naar Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen uiteengezet. Deze onderzoeksresultaten kunnen worden ingedeeld in drie delen: de procesresultaten van het onderzoek (3.1), een probleemanalyse die gebaseerd is op de uitgevoerde literatuurstudie en de stakeholderinterviews (3.2), en concrete oplossingsrichtingen waar in de verschillende rondes van de Delphi studie en de focusgroepen consensus over werd bereikt onder stakeholders (3.3).

3.1 Procesresultaten

Stakeholderonderzoek. Om de concept stakeholderanalyse die werd opgesteld door het interne onderzoeksteam te verifiëren werd aan 25 mogelijke stakeholders (32 individuen) een vragenlijst bezorgd (zie Bijlage 2). De vragenlijst werd ingevuld door 13 afzonderlijke stakeholders (responspercentage 52%) en 16 individuen (responspercentage 50%).

Stakeholderinterviews. Op basis van de stakeholderanalyse werden in totaal 14 stakeholders uitgenodigd voor deelname aan een interview. Alle 14 stakeholders (100%) namen hieraan deel.

Delphi studie (1). Van de 14 stakeholders die deelnamen aan de interviews werden 13 stakeholders (35 individuen) uitgenodigd voor deelname aan de eerste ronde van de Delphi studie. Certificeringsinstantie DNV werd op, eigen verzoek wegens het niet beschikbaar zijn van personeel om deel te nemen, niet uitgenodigd voor deelname. In totaal namen 12 stakeholders (23 individuen) deel aan de eerste ronde. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) liet aan het interne onderzoeksteam weten niet te willen deelnemen aan de Delphi studie. Hiermee bedraagt het responspercentage van de eerste ronde 66%.

De eerste ronde bevatte in totaal 23 stellingen waarvan 17 stellingen (74%) voldoende werden gewaardeerd; 0 stellingen (0%) onvoldoende werden gewaardeerd; en over 6 stellingen (26%) geen consensus was. Een volledig overzicht van analyses, categoriseringscriteria en stellingen van de verschillende rondes van de Delphi studie is opgenomen in Bijlage 5.

Delphi studie (2). Voor de tweede ronde van de Delphi studie werden 12 stakeholders (28 individuen) uitgenodigd voor deelname. Omdat ZN het onderzoeksteam eerder had laten weten niet te willen deelnemen aan de Delphi studie, werden zij voor deze ronde niet uitgenodigd voor deelname. De vragenlijst werd ingevuld door 11 stakeholders (20 individuen). Hiermee bedraagt het responspercentage van de tweede ronde 71%.

Figuur 3.1 Deelnemende stakeholders

Stakeholder	Interviews	Delphi studie (1)	Delphi studie (2)	Focusgroepen	Delphi studie (3)	Toetsingsgesprek
DNV	X					
DICA	X	X	X	X	X	
FMS	X	X	X		X	X
IGJ	X	X	X	X	X	
NFU	X	X	X	X	X	
NVTZ	X	X	X	X		
NVZ	X	X	X		X	
PFN	X	X	X	X	X	
QUALICOR	X	X	X	X	X	
V&VN	X	X	X		X	X
VWS	X	X	X	X	X	
ZIN	X	X	X	X	X	
ZKN	X	X				
ZN	X					

De tweede ronde van de Delphi studie bevatte in totaal 10 stellingen, waarvan 5 herformuleringen van stellingen waar in de eerste ronde geen consensus over was en 5 nieuwe stellingen. Van deze stellingen werden 6 stellingen (60%) voldoende gewaardeerd; 0 stellingen (0%) onvoldoende gewaardeerd; en was er over 4 stellingen (40%) geen consensus.

Focusgroepen. 12 stakeholders werden uitgenodigd voor deelname aan de focusgroepen. Van deze 12 stakeholders namen 4 stakeholders deel aan de eerste bijeenkomst (25 juli 2023) en 4 stakeholders aan de tweede bijeenkomst (17 augustus 2023).

Delphi studie (3). Voor de derde ronde van de Delphi studie (toetsingsronde) werden 11 stakeholders (23 individuen) uitgenodigd voor deelname. Ten opzichte van de tweede ronde werd ZKN na intern overleg niet uitgenodigd voor deelname. Van de 11 uitgenodigde stakeholders namen 10 stakeholders (15 individuen) deel. De Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) nam niet deel. Het responspercentage voor de derde ronde bedraagt daarmee 65%.

Deze ronde bevatte in totaal 11 stellingen, waarvan 7 stellingen (64%) voldoende werden gewaardeerd; 0 stellingen (0%) onvoldoende werden gewaardeerd; en over 4 stellingen (36%) geen consensus was.

Figuur 3.2 Responspercentages Delphi studie

	Ronde 1	Ronde 2	Ronde 3
Aantal stellingen	23	10	11
Bezorgd aan (aantal stakeholders)	13 stakeholders	12 stakeholders	11 stakeholders
Bezorgd aan (aantal personen)	35 personen	28 personen	23 personen
Ingevuld door (aantal stakeholders)	12 stakeholders	11 stakeholders	10 stakeholders
Ingevuld door (aantal personen)	23 personen	20 personen	15 personen
Responspercentage (stakeholders)	92%	92%	91%
Responspercentage (personen)	66%	71%	65%
Voldoende stellingen	17 (74%)	6 (60%)	7 (64%)
Onvoldoende stellingen	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Geen consensus	6 (26%)	4 (40%)	4 (36%)

3.2 Probleemanalyse

De onvrede over de huidige wijze van externe verantwoording over de kwaliteit van zorg is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Dit hoofdstuk gaat dieper in op de onderliggende redenen voor die onvrede en de uitdagingen die verschillende betrokken partijen ervaren binnen de huidige verantwoordingspraktijk. De gesprekken en interviews die in het kader van dit onderzoek met stakeholders hebben plaatsgevonden, alsook de bevindingen uit het literatuuronderzoek, dienen als de basis voor deze probleemanalyse.

I. Geen consensus over conceptuele basis

Dat ‘verantwoorden’ geen eenduidig concept is bleek reeds uit de conceptuele toelichting in dit onderzoeksrapport. Wat verantwoordend precies betekent wordt door verschillende organisaties die acteren in de verantwoordingspraktijk van de medisch specialistische zorg op verschillende wijzen ingevuld. Dit heeft consequenties voor de manier waarop deze organisaties in de praktijk met verantwoordend omgaan. Dit geldt ook voor organisaties die betrokken zijn bij de externe verantwoordingspraktijk in de medisch-specialistische zorg. Uit de interviews die in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd blijkt dat er op dit moment geen consensus bestaat over de betekenis van verantwoordend. Wie legt nu precies verantwoording af aan wie, en waarover? Wat op het eerste gezicht een simpele vraag lijkt, blijkt in de praktijk een vraag te zijn waar niet zonder meer een eenduidig antwoord op kan worden gegeven.

Hier liggen, aldus stakeholders, verschillende redenen aan ten grondslag. Ten eerste geven een aantal geïnterviewde personen aan niet te beschikken over of toegang te hebben tot een volledig en duidelijk overzicht van welke partijen uitvragen doen van data over kwaliteit van verleende zorg. Hierdoor vinden zij het lastig om inzicht te verkrijgen in wat er al dan niet onder ‘het afleggen van externe verantwoording’ valt. Voor een overzicht van openbare

verantwoordingsinformatie wordt al snel verwezen naar de tool Spiegelinformatie Kwaliteitsindicatoren (SKI), waarin dataverwerkingsinstantie DHD jaarlijks ten behoeve van benchmarking en onderzoek de verzamelde data van de IGJ en de Transparantiekalender van ZIN publiceert. Waar echter andere partijen die data over kwaliteit van zorg uitvragen, zoals wetenschappelijke verenigingen, accrediterende- en certificeringsinstanties passen in het externe verantwoordingsverhaal, daar zijn de meningen onder stakeholders over verdeeld.

‘Ik heb niet het idee dat hier consensus over bestaat onder de koepelorganisaties. Iedereen heeft het altijd over indicatoren, maar externe verantwoording omvat volgens mij echt meer dan dat.’

- Beleidsadviseur bij een koepelorganisatie

Dit heeft bovendien te maken met het feit dat ‘verantwoorden’ niet de enige term is waar door verschillende instanties verschillende betekenissen aan worden toegekend. Uit gesprekken met stakeholders blijkt dat ook over andere termen die vaak ter sprake komen wanneer we het hebben over verantwoorden, zoals ‘kwaliteitsregistraties’, soms verwarring bestaat. Binnen sommige organisaties, alsook binnen verschillende wetenschappelijke onderzoeken, wordt een vrij brede definitie gehanteerd wanneer het gaat om kwaliteitsregistraties. De term ‘kwaliteitsregistratie’ verwijst in deze gevallen letterlijk naar registraties van informatie over kwaliteit. Dit kunnen registraties zijn ten behoeve van verschillende partijen, zoals de IGJ of een accrediterende instantie, met verschillende doeleinden, waaronder verantwoording en benchmarking.¹⁷ Andere partijen kunnen zich daar niet in vinden. Wetenschappelijke verenigingen en dataverwerkingsinstanties hanteren bijvoorbeeld een veel smallere definitie van het begrip kwaliteitsregistraties: registraties die door beroepsgroepen zelf zijn opgesteld met als primair doel om op basis van de uitkomsten van deze registraties verder te leren en te verbeteren. Het feit dat hier verwarring over bestaat leidt in de praktijk tot vervelende misconcepties, vinden sommige stakeholders.

‘Soms lees ik een onderzoek waarin het gaat over kwaliteitsregistraties die door zorgprofessionals als niet nuttig worden ervaren en bijdragen aan administratieve lasten, maar die vallen dan niet onder [de definitie van] kwaliteitsregistraties zoals ik ze ken. En daardoor ontstaan wel heel veel beelden en negatieve gevoelens over al die lasten van kwaliteitsregistraties, waar wij binnen de organisatie dan weer echt last van hebben.’

- Medewerker bij een dataverwerkingsinstantie

Het gebrek aan consensus onder stakeholders met betrekking tot de conceptuele basis van verantwoording heeft belangrijke gevolgen voor een mogelijke herinrichting van het externe verantwoordingsstelsel. Het risico bestaat dat partijen langs elkaar heen praten wanneer het gaat over verantwoorden, wat zorgt voor verwarring en ruis en het lastiger maakt om elkaar tegemoet te komen in mogelijke belangen. Dit vormt een drempel in het voeren van betekenisvolle gesprekken over Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen.

¹⁷ Zegers M. et al. ‘Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study’. *International Journal of Health Policy Management*, (2022): 183.

II. Hoge registratielast onder zorgprofessionals

Wanneer met betrokken partijen wordt gesproken over de uitdagingen binnen de huidige verantwoordingspraktijk, is de hoge administratieve last die zorgprofessionals ervaren veelal het eerste waar stakeholders op wijzen. De hoge regeldruk in de zorg en de daaruit voortkomende administratieve last is een landelijk bekend probleem waar de afgelopen jaren in toenemende mate aandacht voor is en zorgen over zijn. Verschillende instanties zijn hier reeds actief mee aan de slag gegaan middels wetenschappelijke onderzoeken en actieplannen. Het programma (Ont)Regel de Zorg (2017) en het experiment Zinnvolle Registratie (2017-2020) zijn hier mooie voorbeelden van.

Ondanks deze initiatieven zijn zowel zorgprofessionals als andere betrokken organisaties het er nog altijd over eens dat de hoeveelheid uitvragen van kwaliteitsinformatie door externen problematisch hoog is. Recent onderzoek toont aan dat zorgprofessionals in Nederlandse ziekenhuizen gemiddeld 52 minuten per dag kwijt zijn aan het registreren van kwaliteitsindicatoren.¹⁸ Meer dan de helft (57%) van deze registraties wordt ingevuld in functie van het afleggen van verantwoording aan externen, waaronder de inspectie en accrediterende- en certificeringsinstanties.¹⁹ Daarnaast neemt het aantal kwaliteitsregistraties door wetenschappelijke verenigingen, beroeps- en patiëntenorganisaties nog steeds fors toe.

Partijen die verantwoording vragen zijn zich er echter terdege van bewust dat het hoge aantal uitvragen van kwaliteitsinformatie bijdraagt aan de ervaren registratielast onder zorgprofessionals en een aantal organisaties heeft zich de afgelopen jaren actief ingezet om dit te verminderen. Zo heeft er in de periode van 2018 tot en met 2021 een drastische afname van kwaliteitsindicatoren in de medisch-specialistische zorg plaatsgevonden op de Transparantiekalender van ZIN. Uit een monitoringsonderzoek dat in opdracht van ZIN werd uitgevoerd zien we over het verslagjaar 2021 een daling van maar liefst 49% ten opzichte van vier jaar eerder: van 1292 indicatoren in 2018, naar 659 indicatoren in 2021.²⁰

(Ont)Regel de Zorg

Het programma (Ont)Regel de Zorg heeft zich de afgelopen jaren door middel van een aantal concrete actiepunten zorgbreed gericht op het merkbaar verminderen van de ervaren registratielast onder zorgprofessionals en het plezier dat zij hebben in hun werk te laten toenemen. Het Ministerie van VWS beoogde dit te realiseren door bijvoorbeeld schrap- en verbetersessies te organiseren en zorginstellingen te stimuleren en benodigde tools aan te reiken om onnodige regels aan te pakken.

¹⁸ 'Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study' (2022): 184.

¹⁹ Ibid., 186.

²⁰ Sira Consulting, 'Regeldruk transparantie medisch specialistische zorg. Een monitoringsonderzoek van de ervaren opbrengsten en lasten van kwaliteitsindicatoren msz.' (2022): 13.

Ditzelfde monitoringsonderzoek toont echter aan dat de ervaren registratielast onder zorgprofessionals sinds 2017 niet significant is gedaald; met een score van 38.7 (op een schaal van 100) geven zorgprofessionals de beleefde lasten in 2021 nog altijd een dikke onvoldoende.²¹ De zorgen die zorgprofessionals en andere betrokken organisaties hebben ten aanzien van de hoge registratielast ten behoeve van verantwoording lijken dus allesbehalve onterecht, maar niet *altijd* in verband te staan met de hoeveelheid tijd die zorgprofessionals kwijt zijn aan het registreren. Regeldruk ontstaat door een veelheid aan zowel formele als informele regels, maar deze regels ontwikkelen zich pas tot een last wanneer deze regels niet langer de functionele doelstellingen van een organisatie bereiken.²² Het registreren wordt op die manier een doel op zich, zonder dat dit bijdraagt aan het daadwerkelijk verbeteren van processen of de kwaliteit van zorg.²³ Dit strookt met de toelichting die stakeholders in het kader van dit onderzoek bij dit onderwerp geven. Tijdens de interviews met betrokken partijen werd gesproken over het feit dat er op dit moment (te) veel uitvragen van kwaliteitsinformatie bestaan, maar er kwamen tevens een aantal andere oorzaken aan bod die volgens hen bijdragen aan het probleem van ervaren registratielast in de medisch-specialistische zorg.

Ten eerste valt die last, aldus stakeholders, voor een deel te wijten aan de huidige werking van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). De ICT-systemen waar zorginstellingen gebruik van maken om patiëntgegevens in te voeren zijn volgens verscheidene zorgprofessionals niet gebruiksvriendelijk en bemoeilijken standaardisatie, terwijl eenduidige en gestandaardiseerde registratie van kwaliteitsinformatie juist een belangrijke basis is voor bijvoorbeeld kwaliteitsregistraties en hergebruik van data voor verschillende doeleinden mogelijk maakt.²⁴ De verwezenlijking hiervan verloopt echter traag en lijkt in de nabije toekomst niet gerealiseerd te worden.

Hergebruik van reeds verzamelde informatie door partijen die verantwoording vragen is op dit moment ook niet wettelijk verplicht.²⁵ En hoewel uitvragers van kwaliteitsinformatie, waaronder ZIN, aangeven dat zij dubbele uitvragen van gelijksoortige informatie zo veel mogelijk tot een minimum proberen te beperken, geven stakeholders aan dat zij in de praktijk met regelmaat te maken krijgen met dubbelingen in uitvragen en registraties. Dit draagt bij aan (onnodig) hoge administratieve lasten.

Verscheidene stakeholders geven aan dat die overlap tevens te maken heeft met het feit dat uitvragers van kwaliteitsinformatie soms de tendens hebben om op basis van eigen, interne onderzoeken nieuwe indicatoren en/of registraties op te stellen, terwijl binnen een andere organisatie reeds een vergelijkbaar onderzoek heeft plaatsgevonden waar gelijkaardige conclusies uit volgden. Dit vergroot volgens een aantal geïnterviewde personen juist het risico dat uitvragers met onvolledige registraties achterblijven, omdat zorgprofessionals niet altijd bereid zijn om meermaals dezelfde informatie bij verschillende instanties aan te leveren.

²¹ Ibid., 7.

²² Van de Bovenkamp H. et al. 'Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: The need for recoupling to establish functional rules' *Health Policy*, 124. (2020): 275.

²³ Ibid., 276

²⁴ Website van het programma 'Registratie aan de bron': www.registratieaandebron.nl.

²⁵ 'Is dit wel verantwoord?' (2023): 34.

‘Dit noemen we ook wel het ‘Not Invented Here’-syndroom. Op een moment dat een andere organisatie hetzelfde onderzoek uitvoert en uitkomt op dezelfde resultaten, bijvoorbeeld qua indicatoren, dan is het ineens positief. Terwijl het daarvoor een ‘moetje’ was.’

- Adviseur kwaliteit bij een overheidsinstantie

Het is echter maar de vraag of deze door externen opgestelde registraties ook daadwerkelijk door de zorgprofessional op de werkvloer als zinvol worden ervaren. Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat zorgprofessionals maar liefst 64% van de uitgevraagde kwaliteitsindicatoren niet vinden bijdragen aan daadwerkelijke kwaliteitsverbeteringen.²⁶ Hier kunnen verschillende oorzaken aan ten grondslag liggen. Zorgprofessionals zien soms het nut van een registratie niet in wanneer zij bijvoorbeeld meerdere keren per dag hetzelfde moeten registreren; wanneer de registratie een onvoldoende adequaat beeld van de werkelijkheid schetst of een doel op zich lijkt; of wanneer een registratie praktisch niet haalbaar is.²⁷ Het gevoel dat de uitvragen van kwaliteitsinformatie onvoldoende aansluiten bij wat de professionals zélf belangrijk vinden in de praktijk voedt de ervaring van een hoge registratielast.

Verschillende zorgprofessionals geven ook aan het idee te hebben niet altijd even goed op de hoogte te zijn van het *waarom?* achter een bepaalde registratie. Vooral verpleegkundigen geven aan dat zij niet altijd weten welke organisaties welke informatie uitvragen en met welk doel zij dit uitvragen. Ook over de terugkoppeling vanuit uitvragers van verantwoordingsinformatie heerst ontevredenheid. Informatie en uitleg over hoe en waarvoor bepaalde data wordt ingezet bereikt verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten slecht, vertelt een verpleegkundig specialist, en sijpelt onvoldoende door tot op de werkvloer. Dit is schadelijk voor de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals om kwaliteitsinformatie te registreren en vormt bovendien een obstakel in het bereiken van één van de hoofdoelen van het afleggen van verantwoording: leren en verbeteren. Wel moet de oorzaak voor dit probleem, in ieder geval voor een gedeelte, ook worden gezocht in de interne organisatie en informatievoorziening binnen ziekenhuizen.

Ervaren registratielast onder verpleegkundigen

Van februari 2023 tot en met juni 2023 heeft in het Erasmus MC een onderzoek plaatsgevonden naar de ervaren registratielast onder verpleegkundigen. Uit dit onderzoek is gebleken dat het ziekenhuisbrede beleid onvoldoende aansluit bij de praktijk van de verpleegkundigen en dat de kloof die dus bestaat tussen (intern) beleid en praktijk tevens kan bijdragen aan de ervaring van een hoge registratielast.

²⁶ ‘Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study’ (2022): 184.

²⁷ Ibid., 188.

‘Dit soort informatie bereikt de verpleegkundige groep heel slecht – als het ze al bereikt. En soms dan zie je daardoor gewoonweg de meerwaarde niet in [van bepaalde registraties], waardoor je denkt: ‘Dan roepen ze me maar op het matje, maar ik doe het niet.’ Een beetje recalcitrant gedrag. Maar dat komt gewoon voort uit een gebrek aan informatie.’

- Verpleegkundig specialist bij een UMC

Ook een gebrek aan inzicht in welke registraties al dan niet (wettelijk) verplicht zijn vormt hier een knelpunt. Verwarring over wat wel of niet verplicht is kan zorgen voor onnodige registraties. Soms worden deze, zoals bovenstaand citaat weergeeft, niet ingevuld. Maar het komt ook voor dat dergelijke registraties voor de zekerheid toch worden ingevuld en gevolgtijd leiden tot ervaren administratieve lasten en tijdverspilling. De oorsprong van bepaalde regels en registraties is voor zorgprofessionals vaak onduidelijk. Ook wordt vaak (onterecht) gedacht dat bepaalde registraties door externen worden verplicht, terwijl regels in veel gevallen ook van binnenuit wordt opgelegd.²⁸ Hierdoor ontstaan onder zorgprofessionals soms misconcepties over een intern ziekenhuisbeleid waarvan de oorsprong en noodzaak onduidelijk is. Dit heeft ook te maken met de vertaal- of implementatieslag die wordt gemaakt van externe regelgeving naar intern beleid, waarbij er intern soms om meer registraties wordt gevraagd dan door externe partijen uitgevraagd wordt.

Een vertegenwoordiger van ZIN geeft verder aan dat er nog altijd verwarring bestaat over de oorsprong van de indicatoren op de Transparantiekalender. Deze worden opgesteld door veldpartijen, benadrukt ZIN, maar veel zorgprofessionals hebben de indruk dat deze indicatoren worden opgesteld (en dus verplicht worden gesteld) door de overheid. Zorgprofessionals zijn ook niet altijd op de hoogte van het feit dat zij zelf invloed kunnen uitoefenen op de inhoud van de Transparantiekalender via beroepsverenigingen.

Tegelijkertijd wijst eerder onderzoek uit – waaronder het experiment ZIRE – dat het belang van routinematig registreren van informatie over geleverde zorg onder zorgprofessionals zodanig geïnternaliseerd en verankerd is, dat het in de praktijk soms lastig blijkt om bepaalde registraties los te laten.²⁹ Hiermee gepaard gaat tevens een bepaalde mate van ‘controledrang’ en de behoefte aan houvast onder groepen zorgprofessionals, wat mede ten grondslag ligt aan het eerder genoemde toenemende aantal kwaliteitsregistraties binnen de medisch-specialistische zorg.³⁰ De ervaren registratielast onder zorgprofessionals is al met al een complex probleem met verschillende dimensies, oorzaken en onderliggende mechanismen.

²⁸ ‘Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: The need for recoupling to establish functional rules. Health Policy’ (2020): 278

²⁹ Zegers M. et. al., ‘Eindrapport ‘Experiment Zinvolle Registratie’’ (2020): 46.

³⁰ ‘Is dit wel verantwoord?’ (2023): 27.

III. Verantwoording is (te) kwantitatief

Hoewel de huidige externe verantwoordingspraktijk vaak direct wordt geassocieerd met het probleem van een te hoge ervaren registratielast, omvat Anders Verantwoorden méér dan alleen de regeldruk die hiermee gepaard gaat. Zoals de RVS het verwoordt in haar recente adviesrapport: we moeten niet alleen *minder* gaan verantwoorden, maar het moet ook écht *anders*.³¹

Sinds enkele tientallen jaren wordt er binnen zorginstellingen in toenemende mate nagedacht over wat kwaliteit van zorg nu precies betekent. Dit ging, aan het begin van deze eeuw, in eerste instantie gepaard met een snelle toename van allerlei prestatie-indicatoren, keurmerken en certificaten. In de jaren die daarop volgden vond een grote toename plaats op het gebied van kwaliteitsindicatoren en kwaliteitsregistraties ten behoeve het verbeteren van kwaliteit van zorg, het inkopen van zorg door zorgverzekeraars en het tegemoetkomen aan de nieuwe eisen van transparantie.³² Wat kwaliteit van zorg nu precies betekent werd niet langer bepaald door de dokter aan het bed, maar werd objectief en extern gemeten en inzichtelijk gemaakt op basis van cijfers.

Sneller Beter

De eerste landelijke prestatie-indicatoren binnen de medisch-specialistische zorg dateren uit 2001, waar de IGJ (destijds de IGZ) de aanzet voor gaf. Deze indicatoren werden later onderdeel van het eerste landelijk georganiseerde actieprogramma 'Sneller Beter' (2003-2008), dat als doelstelling had om prestatieverbeteringen op het gebied van patiëntveiligheid te realiseren.

Deze kwantitatieve manier van het afleggen van verantwoording, die in de afgelopen 20 jaar de boventoon heeft gevoerd, is volgens betrokken partijen echter niet langer toereikend. In toenemende mate is er de afgelopen jaren kritiek geformuleerd op de wat ervaren wordt als 'afvinklijstjes' van bijvoorbeeld accrediterende instanties en nietszeggende getallen die onvoldoende worden voorzien van context en duiding. Stakeholders zijn het er vandaag de dag unaniem over eens: het is een illusie dat goede kwaliteit van zorg altijd en alleen objectief en extern gemeten kan worden.

'Registraties van indicatoren zijn een vereenvoudiging van de werkelijkheid. En het is echt van groot belang dat daar context bij gegeven wordt. Hoe we dat precies moeten doen, daar heb ik nog geen antwoord op – maar dit is wel precies het gesprek dat je wilt hebben met elkaar.'

- Medewerker bij een patiëntenorganisatie

³¹ 'Is dit wel verantwoord?' (2023): 38.

³² Voorstudie Anders Verantwoorden (2020): 16.

Dat kwaliteitsindicatoren de werkelijkheid proberen te vatten in data die niet bepaald tot de verbeelding spreekt, is ook het geval wanneer we kijken naar de transparante keuze-informatie die op dit moment beschikbaar is voor patiënten. Deze keuze-informatie wordt gepubliceerd op websites als Ziekenhuischeck. De NVZ publiceert en vertaalt op deze website de openbare data vanuit de SKI-tool van DHD naar informatie voor patiënten, met als doel om zorginstellingen en behandelingen in de regio met elkaar te vergelijken. De informatie op dergelijke websites is echter, volgens stakeholders, op dit moment veel te gering. Ook worden de gepubliceerde cijfers op dergelijke websites niet altijd voorzien van adequate duiding.

Hand in hand met de kritiek op de kwantitatieve wijze van het afleggen van verantwoording gaat een grote behoefte vanuit zorgprofessionals om cijfers te voorzien van een narratief. Wanneer we het hebben over kwaliteitsinformatie spreekt een verhaal immers meer tot de verbeelding dan slechts een getal.³³ Ook het voeren van de dialoog over kwaliteit van zorg wordt steeds belangrijker geacht. Want juist in de dialoog is ruimte voor verschillende perspectieven en verhalen, en dit vormt een kans voor praktische verandering.³⁴ Dergelijke kwalitatieve data, die voor leer- en verbeterprocessen van enorm belang zijn, gaan in het huidige externe verantwoordingsproces echter grotendeels verloren.³⁵

IV. De tendens om reactief te handelen

Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen vraagt van alle betrokken partijen om een proactieve, collectieve verantwoordelijkheid en intrinsieke motivatie ten aanzien van het anders vormgeven van de verantwoordingspraktijk. De Rijksoverheid heeft echter de afgelopen jaren afstand genomen van haar centrale sturing op het externe verantwoordingsproces binnen de medisch specialistische zorg, of heeft bepaalde verantwoordelijkheden naar zelfstandige bestuursorganen, zoals de IGJ en ZIN gedelegeerd.³⁶ Hiermee zijn in de praktijk niet alleen de taken op het gebied van het monitoren van kwaliteit en verantwoorden versplinterd, maar ook de verantwoordelijkheid voor het aanpakken van problemen binnen de huidige verantwoordingspraktijk.

In interviews die in het kader van dit onderzoek hebben plaatsgevonden blijkt een grote bereidheid onder stakeholders om een bijdrage te leveren aan de herinrichting van het verantwoordingsproces. Tegelijkertijd wijzen systeempartijen al snel op beperkte beleidsmatige bevoegdheden om daadwerkelijk interne veranderingen door te voeren. Dergelijke partijen zijn moeilijk te bewegen wanneer het gaat om Anders Verantwoorden, constateert ook de RVS.³⁷ Betrokken organisaties geven blijk van een reactieve houding: de bereidheid om op vraag van een ander deel

³³ Reinders, H., Nazarowa L.H., *Tellen en vertellen. Narratieve verantwoording in de langdurige zorg.* (Oud-Turnhout: Gompel&Svacina: 2020), 11.

³⁴ 'In gesprek over kwaliteit van zorg.' (2022): 8.

³⁵ Ibid., 51

³⁶ 'Is dit wel verantwoord?' (2023): 31.

³⁷ Ibid., 37.

te nemen aan verschillende pilots en proeftuinen is er, maar van een proactieve gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en intrinsieke motivatie ten aanzien van Anders Verantwoorden is (nog) niet altijd sprake.

Dit geldt niet louter voor partijen die betrokken zijn bij het opstellen van het beleid ten aanzien van externe verantwoording, maar ook voor zorgprofessionals op de werkvloer. Zoals reeds uit de toelichting bij het probleem van ervaren registratielast bleek, ervaren zorgprofessionals vaak dat registraties van externe oorsprong zijn en aan hen als verplichting worden opgelegd – ook wanneer dit in feite niet het geval is. Dit kan in de praktijk leiden tot frustraties en angsten om afgerekend te worden op fouten of ontbrekende informatie. Hierdoor is het besef om door middel van registraties een waardevolle bijdrage te leveren aan het verder verbeteren van kwaliteit van zorg en op een proactieve manier mee te denken over wat zinvol is om te registreren momenteel beperkt. Daarnaast vinden zorgverleners en zorgorganisaties het in veel gevallen ook zelf belangrijk om zaken meetbaar te maken en dus kwantitatieve data uit te vragen.

Verschillende (commerciële, financiële, politieke) belangen spelen een belangrijke rol in de versplintering van de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Maar ook de communicatie tussen cruciale stakeholders verloopt niet altijd zoals gewenst. Gesprekken gaan bijvoorbeeld niet over de juiste zaken, of partijen spreken langs elkaar heen omdat zij niet dezelfde definities hanteren. Binnen de huidige verantwoordingspraktijk passen partijen zich (te) weinig aan elkaar aan en lijken zij beperkte mogelijkheden te zien om onderling af te stemmen.³⁸ Dit belemmert de dialoog over kwaliteit van zorg en vormt een obstakel in het oppakken van de eigen én de collectieve verantwoordelijkheid ten aanzien van Anders Verantwoorden.

V. Gebrek aan vertrouwen

Om gezamenlijk te kunnen bouwen aan een meer passende externe verantwoordingspraktijk is het tot slot van cruciaal belang dat er sprake is van voldoende vertrouwen tussen de verschillende partijen die zullen moeten samenwerken om dit te bewerkstelligen. Zoals meerdere rapporten de afgelopen jaren reeds hebben laten zien,³⁹ is dat vertrouwen tussen verschillende partijen op dit moment echter onvoldoende aanwezig.

Dit gebrek aan vertrouwen binnen de verantwoordingspraktijk wordt in eerste instantie vaak geassocieerd met een toenemende mate van behoefte aan controle door toezichthouders.⁴⁰ Een vertrouwensrelatie is immers gebaseerd op vertrouwen in de competenties, kennis en ervaring van een ander.⁴¹ Een te hoge mate van controle door een toezichthouder, zoals de IGJ, kan onder zorgprofessionals de indruk wekken dat van dit vertrouwen onvoldoende

³⁸ 'Is dit wel verantwoord?' (2023): 33.

³⁹ Zie o.a. 'Blijk van vertrouwen' (RVS, 2019), 'Ruimte voor vertrouwen' (ESHPM & Nivel, 2018) en 'Is dit wel verantwoord?' (RVS, 2023).

⁴⁰ Stoopendaal, A. en Bouwman, R., 'Ruimte voor vertrouwen. De dynamiek van vertrouwen in toezicht op de zorg' (2018): 5.

⁴¹ 'Blijk van vertrouwen' (2019): 54.

sprake is. Dit heeft grote consequenties; in de praktijk is een bureaucratisch systeem dat gebaseerd is op wantrouwen zelfs een belangrijke reden waarom zorgverleners hun baan opzeggen.⁴²

Een vertrouwensrelatie is echter altijd relationeel en wederkerig.⁴³ Ook is deze vertrouwensrelatie altijd afhankelijk van de rol die een bepaalde actor of organisatie speelt in het bredere geheel.⁴⁴ Wanneer we het dus hebben over een gebrek aan vertrouwen binnen de huidige verantwoordingspraktijk, gaat dit zeker niet alleen om het vertrouwen van toezichthouder in zorgverlener. Verschillende stakeholders, waaronder zorgprofessionals, geven in het kader van dit onderzoek aan dat er ook van vertrouwen van zorgprofessionals in toezichthouders niet altijd evenveel sprake is. Dit heeft onder meer te maken met een probleem dat reeds aan bod kwam: het gebrek aan inzicht dat zij ervaren met betrekking tot het nut van uitvragen van kwaliteitsinformatie en in wat er vervolgens met deze informatie wordt gedaan. Anderzijds, zo geeft een toezichthouder aan, heeft dit ook te maken met de misverstanden die bestaan omtrent deze uitvragen.

‘Het [gebrek aan] vertrouwen van zorgprofessionals in toezichthouders is ook deels een probleem, maar laat ik ermee beginnen dat ik dat ook wel begrijp. Dit heeft onder andere te maken met het rondpompen van mythes en misverstanden, bijvoorbeeld dat de bulk van registraties er is voor de toezichthouders. Maar volgens mij, als je daar écht goed naar gaat kijken, is dat helemaal niet zo.’

- Medewerker bij een toezichthouder

Het probleem van een gebrek aan vertrouwen tussen toezichthouders en zorgprofessionals raakt met andere woorden verschillende andere moeilijkheden aan die in deze probleemanalyse worden uiteengezet. Het heeft te maken met het hoge aantal registraties die zorgprofessionals ervaren, maar ook met het gebrek aan een eenduidig beeld van wat verantwoording nu precies inhoudt en wat daar allemaal onder kan worden geschaard.

Zorgprofessionals en toezichthouders zijn echter niet de enige stakeholders waartussen een moeizame vertrouwensrelatie bestaat. Verschillende stakeholders hebben in interviews aangegeven ook tussen andere partijen die betrokken zijn bij externe verantwoording een gebrek aan vertrouwen te ervaren. Het ontbreken van consensus over de betekenis van verantwoorden, het wantrouwen van onderzoeksresultaten en bevindingen van een andere partij (wat een respondent hierboven beschreef als het ‘Not Invented Here’ syndroom) en het niet voeren van de juiste gesprekken over verantwoording zijn allemaal zaken die bijdragen aan een gebrek aan vertrouwen tussen alle partijen die hierbij betrokken zijn. Daarnaast, zo benadrukken voornamelijk patiëntenorganisaties, werkt het ontbreken van volledige en adequate keuze-informatie voor patiënten tevens niet bevorderend voor het vertrouwen van de burger in de medisch-specialistische zorg. Dit gebrek aan vertrouwen tussen allerlei verschillende organisaties

⁴² Programma (Ont)Regel de Zorg (2022-2025).

⁴³ ‘Ruimte voor vertrouwen’ (2018): 7.

⁴⁴ Groenewegen, P., Hansen, J. en De Jong, J., ‘Trust in times of health reform’. *Health Policy*, 123. (2019): 282.

werkt vervreemding tussen partijen in de hand. Hierdoor worden betekenisvolle gesprekken over Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen bemoeilijkt.

3.3 Oplossingsrichtingen

Zowel tijdens de stakeholderinterviews als in de Delphi studie en de focusgroepen is met partijen die een rol spelen bij het afleggen van externe verantwoording gesproken over verschillende oplossingsrichtingen met betrekking tot de huidige uitdagingen binnen de verantwoordingspraktijk. Deze sectie is bedoeld om, per deelthema, een overzicht te geven van die oplossingsrichtingen. Deze zijn gebaseerd op onder andere de concrete resultaten van de Delphi studie, die zijn opgenomen in Bijlage 5.

I. Inzicht in het doel van registraties

Zoals reeds werd toegelicht in de probleemanalyse, wordt de hoge ervaren registratielast die verband houdt met het afleggen van externe verantwoording niet louter veroorzaakt door de veelheid aan uitvragen van kwaliteitsinformatie. Deze staat tevens sterk in verband met een gebrek aan inzicht dat zorgprofessionals soms ervaren in het doel en de noodzaak van deze uitvragen. Uit de resultaten van de Delphi studie en de focusgroepen blijkt dat betrokken stakeholders het daarmee eens zijn. Zij zijn zelfs van mening dat de ervaren registratielast onder zorgprofessionals méér zal afnemen door het nut en de noodzaak van uitvragen van kwaliteitsinformatie inzichtelijker te maken voor zorgprofessionals, dan wanneer er ook daadwerkelijk een vermindering plaatsvindt in deze uitvragen (Delphi studie, r1.16). Stakeholders vermoeden bovendien dat het vertrouwen van zorgprofessionals in toezichthouders zal groeien wanneer zij beter op de hoogte zijn van het nut en de noodzaak van kwaliteitsindicatoren, en weten waarvoor deze informatie wordt ingezet (Delphi studie, r2.5).

Er zijn een aantal verschillende partijen die daar volgens stakeholders een verantwoordelijkheid in dragen. Dit zijn, ten eerste, beroepsgroepen zoals de FMS en V&VN. Zij dienen volgens stakeholders hun achterban actief en actueel te informeren over het doel, het nut en de noodzaak van uitvragen van kwaliteitsinformatie en de richtlijnen hieromtrent (Delphi studie, r1.4). Daarnaast kunnen zij hier een bijdrage aan leveren door aan dit soort onderwerpen vaker aandacht te besteden op door hen georganiseerde congressen en bijeenkomsten (Delphi studie, r3.3).

'Ik denk dat het heel waardevol is om op bestaande congressen aandacht te besteden aan dit soort zaken. De oncologiedagen, bijvoorbeeld. Hoe mooi zou het zijn als je iedereen daar even bijpraat over dit onderwerp? Dan bereik je enorm veel mensen die dit ook weer meenemen naar hun werk, om over door te praten met collega's.'

- Verpleegkundig specialist bij een UMC

Omdat de hoge regeldruk momenteel mede ten grondslag ligt aan de heersende personeelstekorten binnen de medisch-specialistische zorg, vinden stakeholders het in het kader van verwachtingsmanagement ook belangrijk dat kwaliteit van zorg en de wetgeving, regels en richtlijnen omtrent registraties en verantwoording een prominentere plaats krijgen binnen het curriculum van de opleidingen Geneeskunde en Verpleegkunde (Delphi studie, r1.5). Op die manier zijn toekomstige zorgprofessionals beter op de hoogte van welke instanties kwaliteitsinformatie uitvragen en met welk doel, wat tevens verwarring en ruis over de verschillende rollen van betrokken organisaties kan voorkomen.

Naast beroepsverenigingen en -opleidingen dragen zorginstellingen zelf ook een verantwoordelijkheid in het adequaat voorlichten van hun personeel met betrekking tot registraties en externe verantwoording (Delphi studie, r1.15). Tijdens de focusgroepen lichtten stakeholders toe van mening te zijn dat het gebrek aan inzicht in waarom iets moet worden geregistreerd op dit moment nog te veel bij de zorgprofessional zelf wordt neergelegd, terwijl in sommige gevallen ook bijvoorbeeld een Raad van Bestuur (RvB) niet adequaat op de hoogte is van de verplichtingen met betrekking tot externe verantwoording. Hierdoor kunnen interne miscommunicaties en verkeerde vertaalslagen van de geldende wet- en regelgeving naar intern beleid, waar beleids- en kwaliteitsadviseurs voor verantwoordelijk zijn, zich voordoen. Dit leidt er in sommige gevallen toe dat er onder zorgprofessionals op de werkvloer verwarring ontstaat over welke registraties wel of niet verplicht zijn. Binnen zorginstelling dragen derhalve verschillende organisatieonderdelen de verantwoordelijkheid om op de hoogte te zijn van de geldende verplichtingen ten aanzien van externe verantwoording.

‘Weten wat er met die data gebeurt en ook wat je er zelf mee kan doen, als je er zelf iets mee wilt, dat is heel belangrijk. Dat je er in ieder geval iets over terug hoort. Anders verdwijnt het ergens in een tool en daar worden een hele hoop mensen behoorlijk cynisch van.’

- Beleidsmedewerker bij een toezichthouder

Stakeholders vinden het verder belangrijk dat zorgprofessionals niet alleen (meer) inzicht hebben in wie waarom iets uitvraagt, maar ook in wat er vervolgens met die informatie wordt gedaan. Dit kan volgens hen bijdragen aan het verminderen van de ervaren registratielast (Delphi studie, r2.3). In een frequentere, periodieke terugkoppeling door toezichthouders/partijen die verantwoording vragen kunnen volgens stakeholders nog stappen worden gezet. De informatie die momenteel wordt teruggekoppeld vanuit toezichthouders is in veel gevallen verouderd of wordt enkel gepubliceerd in openbare databases die niet voor iedereen begrijpelijk zijn, stellen stakeholders.

De IGJ geeft aan zo veel mogelijk op een kwalitatieve wijze zorgprofessionals te voorzien van terugkoppeling, bijvoorbeeld door middel van inspectiebezoeken. Wel geeft de IGJ ook aan hier in de toekomst nog stappen in te kunnen maken. Voor ZIN is periodieke proces terugkoppeling echter een lastiger verhaal. Aangezien de informatie die zij verzamelen vrij toegankelijk is, kunnen allerlei derde partijen deze data voor eigen gebruik en eigen doeleinden inzetten. De primaire verantwoordelijkheid voor terugkoppeling ligt bij deze partijen, volgens ZIN. Wel is een groot deel van de stakeholders het erover eens dat overheidsinstanties, waaronder ZIN en het Ministerie van VWS,

periodieke terugkoppeling meer kunnen stimuleren, zo blijkt uit de focusgroepen. Een procesterugkoppeling moet hierbij echt de basis zijn.

De hoge ervaren registratielast onder zorgprofessionals wordt echter niet alleen veroorzaakt door uitvragen die afkomstig zijn van toezichthouders in de medisch-specialistische zorg. Stakeholders zijn het erover eens dat wetenschappelijke verenigingen medeverantwoordelijk zijn voor het verminderen van de regeldruk (Delphi studie, r2.2). Ook vinden zij dat overheidsinstanties, zoals het Ministerie van VWS, strenger moeten controleren of wetenschappelijke verenigingen uitgevraagde data daadwerkelijk inzetten om te leren en te verbeteren, om te voorkomen dat er met deze data niets nuttigs wordt gedaan (Delphi studie, r1.14), en dat kwaliteitsregistraties door wetenschappelijke verenigingen moeten worden gestopt wanneer zij het doel waarvoor zij bedoeld zijn hebben bereikt (Delphi studie, r1.17). Bij het opstellen van nieuwe kwaliteitsregistraties vinden stakeholders het vooral belangrijk dat hier altijd patiëntenorganisaties bij worden betrokken, zodat deze registraties gebaseerd zijn op patiëntgerichte uitkomstinformatie (Delphi studie, r1.2).

Om zorgprofessionals goed te kunnen informeren over het doel van uitvragen van kwaliteitsinformatie en over hoe de uitgevraagde data wordt ingezet, is het echter van groot belang dat partijen die deze uitvragen doen zélf scherp hebben met welk primair doel zij deze informatie verzamelen. Uit de focusgroepen blijkt dat stakeholders het vooral belangrijk vinden om het gesprek te voeren over *waarom* zij iets uitvragen. Intern, maar ook met elkaar. Dergelijke gesprekken kunnen tevens bijdragen aan het verminderen van het aantal dubbele uitvragen van kwaliteitsinformatie. Dit zal er volgens stakeholders bovendien toe leiden dat de ervaren registratielast onder zorgprofessionals zal afnemen (Delphi studie, r2.4). Zij zijn echter wel van mening dat, om dubbele registraties te voorkomen, er ook kritisch moet worden gekeken naar de interne verantwoordingsprocessen binnen zorginstellingen en de overlap tussen informatie die voor interne én externe doeleinden wordt geregistreerd. Idealiter wordt volgens stakeholders externe verantwoording afgelegd met behulp van kwaliteitsinformatie die reeds intern is verzameld, en die intern al wordt ingezet om te leren en te verbeteren (Delphi studie, r3.2).

II. Denk proactief mee over de toegevoegde waarde van registraties

Wat er verder ten grondslag ligt aan overlap in verschillende uitvragen van kwaliteitsinformatie, die zich ondanks inspanningen van verschillende organisaties (zoals ZIN en het Ministerie van VWS) nog altijd voordoen, is volgens stakeholders het feit dat uitvragers vaak *ongeveer* hetzelfde uitvragen, maar net voor een ander gebruik of doel. Zij zijn het er daarom over eens dat instanties die deze informatie uitvragen in de toekomst meer gebruik moeten maken van informatie die reeds is uitgevraagd door een andere partij – óók als dit betekent dat de benodigde data dan minder volledig of specifiek is (Delphi studie, r3.4). Ook delen stakeholders de visie dat partijen die initiatief nemen om nieuwe kwaliteitsindicatoren op te stellen moeten proberen om meer aansluiting te vinden bij de kwaliteitsindicatoren die reeds zijn opgenomen in de Transparantiekalender van ZIN, om zo dubbele uitvragen te voorkomen (Delphi studie, r1.3). Tot slot moeten toezichthouders/partijen die verantwoording vragen vaker

gebruikmaken van openbare kwaliteitsinformatie die reeds beschikbaar is via websites als Zorgkaart Nederland, vinden stakeholders (Delphi studie, r3.7). De IGJ maakt reeds gebruik van deze bronnen. Tijdens de focusgroepen werd gesuggereerd dat overige uitvragers van kwaliteitsinformatie hun data hier eveneens meer op kunnen baseren.

Dit alles vereist wel een meer proactieve houding van uitvragers van kwaliteitsinformatie, stelden stakeholders tijdens de focusgroepen. Betrokkenen zijn het er echter wel over eens dat, om echt verschil te maken, het van belang is dat zorginstellingen en zorgprofessionals zich ook proactiever opstellen. Tijdens de focusgroepen werd bijvoorbeeld gesuggereerd dat zorginstellingen het initiatief kunnen nemen om vaker aan te sluiten bij bepaalde vakgroepen om ideeën uit te wisselen over welke verantwoordingsinformatie zij belangrijk vinden. Ook kunnen, aldus stakeholders, individuele zorgprofessionals zelf nog meer initiatief nemen om de ervaren registratielast te verminderen door op een proactieve manier mee te denken met uitvragers van kwaliteitsinformatie over de waarde van registraties en indicatoren, en hoe deze kunnen worden ingezet om kwaliteitsverbeteringen teweeg te brengen (Delphi studie, r3.5).

‘Als zorgprofessionals moeten we onszelf soms ook even een spiegel voorhouden. Als je die registratielast echt te hoog vindt, ga dan actief het gesprek aan binnen je wetenschappelijke vereniging om te bekijken of er wat vanaf kan.’

- Medisch specialist bij een UMC

Stakeholders vermoeden bovendien dat het vertrouwen van zorgprofessionals (specifiek de verpleegkundige groep) in toezichthouders zal groeien wanneer zij actiever in gesprek gaan met verpleegkundige adviesraden over wat zij relevante kwaliteitsinformatie vinden (Delphi studie, r1.11). Betrokken partijen vinden het vooral belangrijk dat zorgprofessionals actief meedenken over de meerwaarde van registraties en indicatoren, en hoe deze kunnen bijdragen om de kwaliteit binnen de eigen zorginstelling te verbeteren. Om dit in de praktijk te kunnen realiseren is het echter wel van belang dat dit ook door bijvoorbeeld zorginstellingen en/of beroepsgroepen wordt gestimuleerd.

III. Standaardisatie en eenduidig registreren

Zoals reeds werd benoemd in de probleemanalyse is de ervaren registratielast onder zorgprofessionals een complex probleem met meerdere dimensies. Een van de grootste uitdagingen van dit moment ligt volgens stakeholders in de huidige inrichting van het EPD. Tijdens de focusgroepen kwam dit ook uitvoerig aan bod: de ICT-systemen waar zorginstellingen momenteel gebruik van maken zijn volgens betrokken partijen onvoldoende faciliterend. Goede alternatieven zijn er op dit moment echter niet.

Dit vormt een groot obstakel binnen de huidige verantwoordingspraktijk, aangezien stakeholders het er volledig over eens zijn dat binnen een ideale externe verantwoordingspraktijk het registreren van zorg- en kwaliteitsinformatie plaatsvindt aan de bron (Delphi studie, r1.1). Zij zijn het er tevens over eens dat de registratielast die zorgprofessionals momenteel ervaren ten behoeve van het afleggen van externe verantwoording drastisch zal afnemen wanneer zogenoemde zorginformatiebouwstenen (zib's) standaard zijn ingebouwd in alle EPD's (Delphi studie, r1.18). In de nabije toekomst lijkt deze standaardisatie echter nog niet gerealiseerd te worden. Stakeholders staan wel positief tegenover de suggestie dat zorginstellingen in de tussentijd meer tijd en geld moeten investeren in trainingen voor hun zorgpersoneel in het efficiënter gebruikmaken van het huidige EPD (Delphi studie, r1.10).

IV. Ruimte voor kwalitatieve informatie over kwaliteit

Hoewel binnen de wijze waarop de afgelopen jaren externe verantwoording is afgelegd cijfermatige data en harde kwaliteitsindicatoren hoofdzakelijk centraal hebben gestaan, geeft het overgrote deel van de stakeholders die deelnamen aan dit onderzoek aan een meer kwalitatieve vorm van verantwoording te omarmen. In deze vorm van verantwoording staan juist de dialoog over kwaliteit van zorg en het verhaal van de zorgprofessional centraal, waardoor minder cijfermatige indicatoren benodigd zijn om een beeld te krijgen van hoe het met de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis gesteld is. En juist op dit kwalitatieve gedeelte (hoe werkt een team samen? En is er voldoende ruimte om te leren en te verbeteren?) zit vaak het verbeterpotentieel, zo werd geconcludeerd tijdens één van de focusgroepen.

Het is derhalve wenselijk om de mogelijkheden te verkennen om intersubjectieve aspecten van kwaliteit van zorg – zoals patiëntervaringen, samen beslissen en waardedialogen – onderdeel te maken van de externe verantwoordingspraktijk, vinden betrokken partijen (Delphi studie, r1.7). Hiermee wordt echter niet bedoeld dat verantwoording over dergelijke zaken moet worden afgelegd in de vorm van kwaliteitsindicatoren. Verschillende stakeholders gaven tijdens de focusgroepen aan te vrezen dat de waarde van aspecten van kwaliteit van zorg die plaatsvinden in de spreekkamer, zoals samen beslissen, dan verdwijnt in een zogenoemd 'afvinklijstje'.

'Indicatoren zijn in dit geval echt niet wenselijk. Dan wordt het een invuloefeningetje. Dan heeft de arts drie keer een vraag gesteld en een antwoord gekregen en dan is het: 'Samen beslissen, check.' Dat zou echt heel jammer zijn.'

- Medewerker bij een patiëntenorganisatie

Zorginformatiebouwstenen

Zib's vormen de basis voor de standaardisatie van zorginformatie. Een zib definieert een klinisch relevant concept zodanig dat het bruikbaar is in verschillende zorgsituaties en verschillende zorginformatie-systemen, waardoor de opgehaalde data dus door verschillende instanties gebruikt kan worden. Zib's zijn ontwikkeld door het programma Registratie aan de bron.

Stakeholders vinden het voornamelijk van groot belang dat er over dit soort zaken waardevolle gesprekken worden gevoerd tussen externe partijen en zorgprofessionals. Maar ook structurele gesprekken tussen zorgprofessionals en patiëntorganisaties over wat goede kwaliteit van zorg is moeten volgens stakeholders vaker worden ingezet als instrument ter verbetering van kwaliteit van zorg (Delphi studie, r2.1). Dit is van belang om de kwaliteit in het ziekenhuis continu te blijven verbeteren (Delphi studie, r3.1). Ook structureel contact, in de vorm van dialoog, tussen wetenschappelijke verenigingen en patiëntorganisaties is volgens stakeholders cruciaal, bleek uit de focusgroepen. Op die manier kunnen kwaliteitsregistraties worden opgesteld die relevant zijn vanuit het perspectief van de patiënt en dit is bovendien belangrijk om kwaliteitsdata correct te kunnen duiden.

Naast structurele gesprekken met patiënten wordt ook horizontaal leren tussen zorgprofessionals door stakeholders omarmd als waardevol kwaliteitsinstrument. Betrokken partijen zijn het erover eens dat toezichthouders meer op de inzet van horizontaal leren zouden moeten sturen (Delphi studie, r1.6) en dat overheidsinstanties, zoals het Ministerie van VWS en ZIN hierin een meer faciliterende en ondersteunende rol kunnen oppakken. Er bestaan momenteel reeds verschillende subsidieregelingen en projecten met betrekking tot samen beslissen. Dit kan in de toekomst wellicht opgeschaald worden met betrekking tot initiatieven rondom horizontaal leren, geeft VWS aan. Ook voor zorginstellingen zien stakeholders een faciliterende rol weggelegd. Zo werd tijdens de focusgroepen besproken dat de Raad van Bestuur binnen het ziekenhuis in de toekomst meer zou kunnen sturen op het stimuleren van horizontaal leren. Eventueel kunnen de mogelijkheden worden verkend om hier in de toekomst ook richtlijnen voor op te stellen, werd gesuggereerd tijdens de focusgroepen.

Het stimuleren van horizontaal leren als waardevol instrument ter kwaliteitsverbetering betekent voor stakeholders echter niet dat hier ook daadwerkelijk op moet worden getoetst door externe instanties. Dit is praktisch ook niet haalbaar, vermoeden sommige partijen. Tijdens de focusgroepen bleek daarentegen dat toetsing op de leer- en verbetercyclus van zorgprofessionals in bredere zin wel een optie is. Hier kunnen toezichthouders en accrediterende instanties met zorgprofessionals de dialoog over aangaan. Een rol die toezichthouders op zich kunnen nemen is, volgens stakeholders, het bevragen van zorginstellingen over het lerend vermogen van hun zorgpersoneel en/of het proces waarin dit wordt toegepast. Stakeholders vinden het echter wel belangrijk dat horizontaal leren wordt ingezet als een middel ter verbetering van kwaliteit van zorg; het mag geen doel op zich worden.

Wanneer met stakeholders wordt gesproken over (de waarde van) kwalitatieve informatie over kwaliteit, context en duiding, komt ook het onderwerp van keuze-informatie vaak ter sprake. Openbare keuze-informatie voor patiënten is één van de hoofddoelen waarvoor de uitgevraagde kwaliteitsinformatie in

Horizontaal leren

Horizontaal leren is een vorm van leren van elkaar door middel van dialoog en op basis van feedback. Binnen de (medisch-specialistische) zorg vindt dit plaats tussen zorgprofessionals en zorginstellingen. Er worden bijvoorbeeld gesprekken gevoerd over wat goede kwaliteit van zorg is en hoe professionals en instellingen zich inzetten om deze kwaliteit nog verder te verbeteren.

de praktijk wordt gebruikt. Zoals in de probleemanalyse echter reeds werd aangekaart, is die informatie op dit moment erg gering en wordt deze ook niet (altijd) voorzien van adequate context en duiding. Stakeholders zijn het er in het algemeen over eens dat er meer openbare keuze-informatie beschikbaar moet worden gesteld op keuzehulpsites als Ziekenhuischeck (Delphi studie, r1.9) en dat zorginstellingen de maatschappelijke verantwoordelijkheid dragen om deze informatie te voorzien van de relevante context en patiënten naar deze websites te verwijzen (Delphi studie, r1.13). Tijdens de focusgroepen werd tevens benoemd dat ook patiëntorganisaties, zoals de borstkankervereniging, kunnen worden ingezet om deze informatie te voorzien van duiding. Hierdoor zal volgens stakeholders het vertrouwen van de patiënt in de Nederlandse zorgverlening groeien (Delphi studie, r2.6).

Over de prioritering van het uitbreiden van beschikbare keuze-informatie bleek in dit onderzoek echter geen consensus te bestaan onder stakeholders (Delphi studie, r3.11). Waar sommige partijen de urgentie hiervan zeer hoog achten, zijn andere partijen van mening dat overige uitdagingen binnen de huidige verantwoordingspraktijk noodzakelijker zijn om op korte termijn op te pakken. Wel zijn (de meeste) stakeholders het erover eens dat keuze-informatie in de toekomst minder gericht moet zijn op het vergelijken van verschillende zorgaanbieders in de regio, maar meer moet worden opgesteld vanuit de gedachte om patiënten te informeren over samen beslissen (Delphi studie, 3.6). Dit is bijvoorbeeld informatie over in welke ziekenhuizen samen beslissen structureel plaatsvindt.

Hoewel stakeholders in het algemeen zeer positief staan tegenover een meer kwalitatieve vorm van verantwoording, is het van belang dat hier enkele kanttekeningen bij worden gemaakt. Ten eerste zijn de eerste stappen in de richting van kwalitatieve verantwoording reeds gezet. Het loslaten van indicatoren en het introduceren van verbeterdoelen van de IGJ is hier een gepast voorbeeld van, maar ook binnen enkele accrediterende instanties hebben afvinklijstjes plaatsgemaakt voor een vorm van waarderend auditen.

‘Achter de schermen hebben wij nog altijd te maken met normencriteria: zaken die afgetoetst moeten worden. Maar die informatie halen wij voor de schermen op, en dat blijkt heel erg goed te gaan in een waarderend gesprek. En het blijkt dat de mensen binnen onze organisatie, de peer auditors, dat ook nog eens heel erg leuk vinden.’

- Medewerker bij een accrediterende instantie

Ten tweede wijzen meerdere stakeholders er op dat we ook de waarde van kwantitatieve data over kwaliteit van geleverde zorg moeten blijven inzien en waarderen. Concrete voorbeelden hiervan werden onder andere besproken tijdens de focusgroepen. Zo benoemden partijen dat het verzamelen van data over samen beslissen met behulp van indicatoren weldegelijk van belang is, om op die manier aanknopingspunten te identificeren met het oog op verbeteringen in het proces. Ook stelden zij dat, op basis van beschikbare data, horizontaal leren continu kan worden verbeterd. Stakeholders zijn het erover eens dat het structureel landelijk verzamelen van deze informatie noodzakelijk is om horizontaal leren tussen zorgprofessionals te stimuleren en in stand te houden (Delphi studie, r1.18).

Een meer kwalitatieve vorm van verantwoording heeft vooral te maken met vertrouwen, concluderen stakeholders in de focusgroepen. En vertrouwen moet de basis vormen voor Anders Verantwoorden.

4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De doelstelling van 'Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen' was om in co-creatie met stakeholders een integrale visie op te stellen ten aanzien van een meer passende manier van het afleggen van externe verantwoording in de medisch-specialistische zorg; een wijze van extern verantwoorden die gedragen wordt door de maatschappij en waarbij vertrouwen het uitgangspunt is. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de belangrijkste conclusies uit het onderzoek. Daarnaast formuleert het interne onderzoeksteam (Erasmus MC) in dit hoofdstuk een aantal concrete aanbevelingen voor Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen.

4.1 Conclusies

Verantwoorden is geen eenduidig, maar een complex en breed begrip dat door verschillende partijen die betrokken zijn bij de externe verantwoordingspraktijk op een eigen manier wordt ingevuld. Enerzijds is dat een logisch gevolg van de verschillende functies en rollen van betrokken partijen. Waar een toezichthouder als de IGJ vraagt om een meer hiërarchische, verticale vorm van verantwoording, is horizontaal verantwoorden naar alle waarschijnlijkheid meer van toepassing op partijen als ZIN en accrediterende instanties. Anderzijds bemoeilijkt het ontbreken van een sterke conceptuele basis over wat extern verantwoorden over kwaliteit van zorg precies betekent en zou moeten betekenen de dialoog over Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen.

Proactief meedenken over externe verantwoording en over de meerwaarde en het *waarom?* van het registreren van kwaliteitsinformatie zal bovendien vermoedelijk bijdragen aan het verminderen van de huidige ervaren registratielast onder zorgprofessionals, stellen stakeholders. Dit onderzoek toont aan dat stakeholders van mening zijn dat die ervaren registratielast niet louter wordt veroorzaakt door een veelheid aan registraties en de huidige werking van ICT-systemen, maar dat hier ook een gebrekkige informatievoorziening over het nut en de noodzaak van deze registraties aan ten grondslag ligt. Een betere informatievoorziening vanuit beroepsverenigingen en intern binnen ziekenhuizen alsook frequentere (proces)terugkoppeling door toezichthouders en partijen die verantwoording vragen zullen volgens betrokkenen bijdragen aan een vermindering van de ervaren registratielast. Ook datahergebruik wordt door stakeholders aangedragen als oplossingsrichting. Hiervoor is een versteviging van het vertrouwen tussen verschillende partijen echter noodzakelijk. Betere informatievoorziening vanuit beroepsgroepen, ziekenhuizen en toezichthouders over het doel en het nut van registraties en het proactief voeren van gesprekken hierover (onderling en met zorgprofessionals) zijn volgens stakeholders zaken die bij zullen dragen aan het vergroten van dit vertrouwen.

Ook het voorzien van data van adequate context en duiding is volgens stakeholders van belang om het vertrouwen tussen verschillende partijen te bevorderen. Uit dit onderzoek blijkt dat een meer kwalitatieve vorm van extern verantwoorden, waarin aandacht is voor het verhaal van de zorgprofessional, door stakeholders wordt omarmd.

Kwalitatieve data over kwaliteit van zorg kan ook reeds verzamelde kwantitatieve data voorzien van adequate context en duiding. Uit dit onderzoek blijkt dat het merendeel van de stakeholders daar behoefte aan heeft. Tegelijkertijd is en blijft het van belang om ook de waarde van kwantitatieve data voor verschillende doeleinden (leren en verbeteren, keuze-informatie, zorginkoop) te blijven erkennen.

Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen concludeert dat vooral de dialoog over kwaliteit, verantwoorden en de meerwaarde hiervan de basis moet zijn voor het realiseren van een meer passende wijze van extern verantwoorden.

4.2 Aanbevelingen en mogelijke vervolgstappen

Consensus over conceptuele basis van verantwoorden. Het interne onderzoeksteam heeft opgemerkt dat gesprekken over externe verantwoording, zoals plaatsvonden tijdens de georganiseerde focusgroepen, door deelnemende stakeholders als positief werden ervaren. Gesprekken over uitdagingen en oplossingsrichtingen met betrekking tot extern verantwoorden leidden tot nieuwe inzichten en begrip voor de moeilijkheden waar verschillende organisaties tegenaanlopen. Het voortzetten van deze gesprekken is naar de mening van het interne onderzoeksteam van groot belang om een nog concretere invulling te geven aan de gezamenlijk opgestelde visie ten aanzien van Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen. Concrete aanbevelingen met betrekking tot dit punt zijn de volgende:

- Het is belangrijk dat gesprekken over verantwoorden blijven plaatsvinden met betrokken partijen, waaronder ziekenhuizen, de IGJ, ZIN, accrediterende instanties en wetenschappelijke verenigingen. Het is ook van belang dat patiënten en zorgprofessionals uit de praktijk hierbij betrokken worden met het oog op het dichterbij elkaar brengen van beleid en praktijk. De overheid kan een meer faciliterende rol innemen in het organiseren en ondersteunen van deze periodieke gesprekken.
- Het doel van het voeren van onderlinge gesprekken moet zijn om gezamenlijk tot consensus te komen over wat verantwoorden nu precies inhoudt en in de toekomst moet gaan betekenen. Het voorstel van het interne onderzoeksteam is dat de overheid op basis van de input uit deze gezamenlijke gesprekken het voortouw neemt in het opstellen van kaders omtrent externe verantwoording en het formuleren van maatschappelijke opgaven waarover verantwoording dienen af te leggen, die getoetst worden bij andere betrokken partijen. Ook is het van belang dat de wijze waarop deze verantwoording moet worden afgelegd een gezamenlijke invulling krijgt.
- De dialoog over verantwoorden is tevens van belang om betrokken organisaties bewust te maken van de uitdagingen waar andere organisaties voor staan en hen aan te spreken op hun verantwoordelijkheidsgevoel, om zo de collectieve verantwoordelijkheid ten aanzien van extern verantwoorden te stimuleren. Eigenaarschap is van cruciaal belang voor Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen.

Verminderen van ervaren registratielast. Het interne onderzoeksteam erkent de huidige uitdagingen omtrent de werking van het EPD en de manier waarop dit van invloed is op de ervaren registratielast van zorgprofessionals. Tegelijkertijd toont dit onderzoek aan dat er aan die ervaren registratielast meer zaken ten grondslag liggen. Het advies van het interne onderzoeksteam is als volgt:

- Wacht niet totdat problemen met de ICT-systemen worden verholpen om stappen te zetten in het verminderen van de ervaren registratielast onder zorgprofessionals, maar kijk naar wat er nu kan worden verbeterd. Enkele suggesties die volgden uit de bevindingen van het onderzoek, zoals het realiseren van een betere informatievoorziening, een frequentere terugkoppeling naar zorgprofessionals over de meerwaarde en het doel van het registreren en hergebruik van bestaande data zijn hier goede voorbeelden van.
- Een belangrijke bevinding van het onderzoek is dat de ervaren registratielast in functie van extern verantwoordenden mede wordt veroorzaakt door een gebrek aan inzicht van zorgprofessionals in waarom zij bepaalde informatie dienen te registreren. Zorgprofessionals hebben tevens aangegeven dat de bestaande kwaliteitsindicatoren niet altijd even goed aansluiten bij wat zij zelf belangrijk vinden in de praktijk, wat blijkt geeft van een kloof die bestaat tussen het beleid omtrent verantwoordenden en de zorgpraktijk. Een logische vervolgstap zou daarom zijn om te onderzoeken hoe bestaande kwaliteitsindicatoren kunnen worden aangepast zodat deze betere weergave vormen van de praktijk, met als doelstelling om de ervaren registratielast onder zorgprofessionals te verlagen en de intrinsieke motivatie te vergroten.
- Uit dit onderzoek is tevens gebleken dat externe verantwoordingsprocessen nauw verbonden zijn met de manier waarop intern verantwoording wordt gevraagd en wordt afgelegd. Deze processen beïnvloeden elkaar. Op basis van dit onderzoek kan echter niet worden geconcludeerd of dezelfde uitdagingen en moeilijkheden die werden beschreven met betrekking tot externe verantwoording en de ervaren registratielast die hiermee gepaard gaat ook van toepassing zijn op de interne verantwoordingspraktijk. Het is waardevol om dit in de toekomst te onderzoeken.

Kwalitatieve verantwoording. De positieve houding van stakeholders met betrekking tot een (meer) kwalitatieve vorm van verantwoordenden sluit aan op de toekomstvisie van het interne onderzoeksteam. Het is belangrijk dat informatie over kwaliteit van zorg niet slechts een versimpeling van de werkelijkheid is, maar dat deze wordt voorzien van context. Ook is het van belang om de waarde van het verhaal van de zorgprofessional in acht te nemen. Met betrekking tot (meer) kwalitatieve verantwoording doet het interne onderzoeksteam de volgende aanbeveling:

- Om de juiste balans te vinden tussen kwalitatieve en kwantitatieve data over kwaliteit van verleende zorg, is het vooral van belang dat partijen die data over kwaliteit van zorg uitvragen met elkaar én andere stakeholders in gesprek gaan over welk soort data gepast is voor welk doel. Het is waardevol om hier verder onderzoek naar te verrichten en dit sluit bovendien aan bij een van de kernvragen binnen Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen: wie verantwoordt precies aan wie, waarover, en *waarom*?

BIJLAGE 1

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

Gebruikte afkorting	
ACC	Accrediterende instanties
ACM	Autoriteit Consument & Markt
CI	Certificeringsinstanties
CMD	College Medisch Directeuren
DHD	Dutch Hospital Data
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
FMS	Federatie Medisch Specialisten
HSMR	Hospital Standardized Mortality Ratios
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd
IZV	Individuele zorgverzekeraars
LBZ	Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg
MSZ	Medisch-specialistische zorg
NFU	Nederlandse Federatie voor Universitair Medische Centra
NVTZ	Nederlandse Vereniging voor Toezichhouders in de Zorg
NVZ	Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
OLO	Onverwacht Lange Opnameduur
P	Patiënten
PFN	Patiëntenfederatie
RvB	Raad van Bestuur
RVS	Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving
SKI	Spiegelinformatie Kwaliteitsindicatoren
SKR	Samenwerkende Kwaliteitsregistraties
STU	Studenten
UMC	Universitair Medisch Centra
UNI	Universiteiten
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZIRE	Zinvolle Registratie
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZP	Zorgprofessionals

BIJLAGE 2

STAKEHOLDERANALYSE

2.1 Toelichting bij stakeholderanalyse

Het doel van deze stakeholderanalyse was om te bepalen welke stakeholders van belang zijn om te betrekken bij de uitvoering van het onderzoek, bestaande uit een reeks aan stakeholderinterviews, deelname aan een Delphi studie en focusgroepen. Om tot deze bepaling te komen werden de volgende stappen doorlopen:

- Een inventarisering werd gemaakt van alle partijen die mogelijk belang kunnen hebben bij de uitvoering en uitkomsten van dit onderzoek. Deze lijst van mogelijke stakeholders is opgesteld in overleg met het interne onderzoeksteam.
- Op basis hiervan is een eerste conceptanalyse opgesteld waarin partijen naar hypothese worden ingedeeld op mogelijk belang en mogelijke invloed met betrekking tot dit onderzoek.
- Deze conceptanalyse is vervolgens geverifieerd aan de hand van een vragenlijst die bezorgd werd aan alle mogelijke stakeholders uit de eerste inventarisering. In deze vragenlijst werd aan vertegenwoordigers van partijen gevraagd om zichzelf te plaatsen met betrekking tot invloed op en belang bij dit onderzoek. De antwoorden op deze vragenlijst zijn vervolgens vergeleken met de conceptanalyse.
- Op basis van de antwoorden op de vragenlijst werd een definitieve stakeholderanalyse opgesteld (zie 1.4), waarin stakeholders werden gecategoriseerd op basis van mate van invloed en mate van belang.
- Met behulp van de herziene stakeholderanalyse werden stakeholders tot slot ingedeeld op basis van mate van betrokkenheid (zie 1.5). Op basis van deze indeling is definitief bepaald welke stakeholder betrokken werden bij de verschillende fasen binnen de uitvoering van dit onderzoek.

2.2 Vragen stakeholdersurvey

Vraag 1: Namens welke organisatie beantwoordt u deze vragenlijst?

Vraag 2: Bent u op de hoogte van het onderzoek 'Anders Verantwoorden vanuit vertrouwen'?

Vraag 3: In hoeverre wordt er binnen uw organisatie al gewerkt aan een andere wijze van verantwoording over de kwaliteit van zorg?

Vraag 4: Hoe zou u uw organisatie plaatsen ten opzichte van dit onderzoek met betrekking tot invloed en belang? Gelieve te antwoorden vanuit het perspectief van uw organisatie.

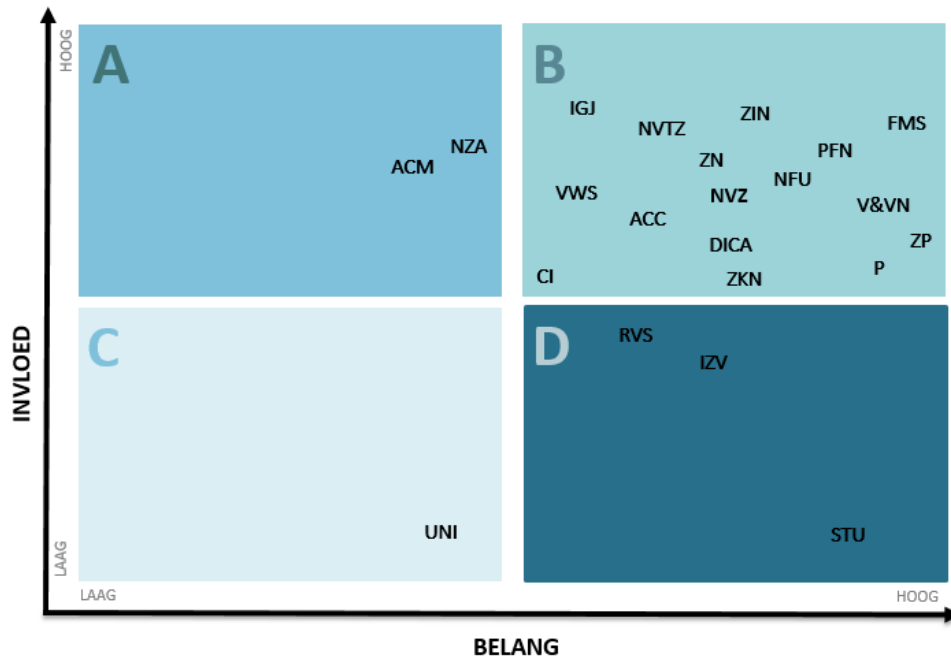
Vraag 5: Kunt u deze keuze toelichten?

Vraag 6: Heeft u nog andere zaken die u wilt meegeven?

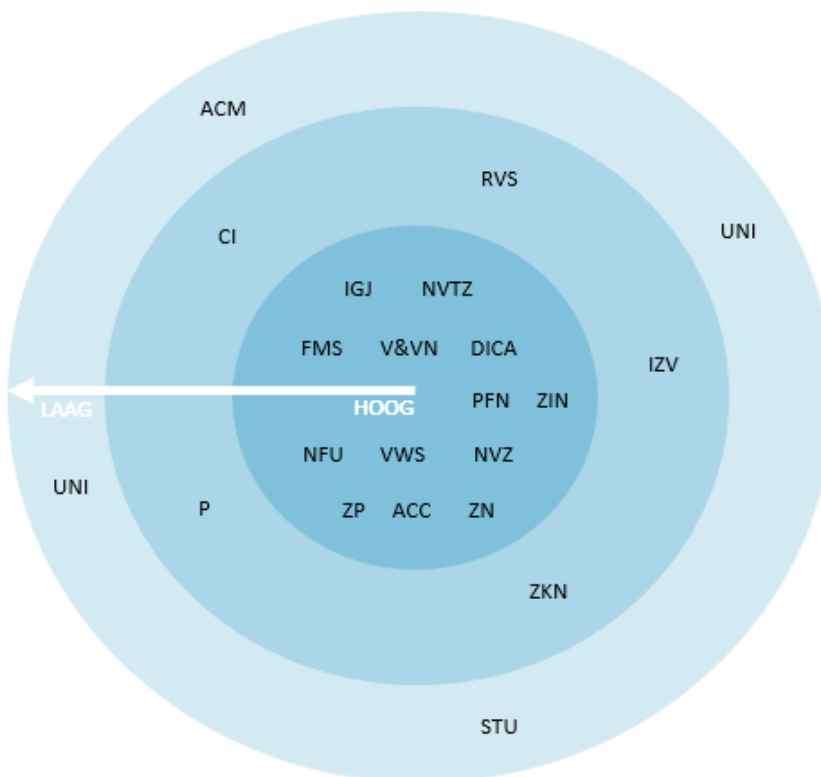
2.3 Responspercentages stakeholdersurvey

Responspercentage vragenlijst stakeholderonderzoek	
Bezorgd aan (aantal stakeholders)	25
Bezorgd aan (aantal personen)	32
Ingevuld door (aantal stakeholders)	13 (responspercentage 52%)
Ingevuld door (aantal personen)	16 (responspercentage 50%)

2.4 Stakeholdercategorisering



2.5 Mate van betrokkenheid



BIJLAGE 3

LITERATUURSTUDIE

3.1 Zoekopdracht Medische Bibliotheek (Erasmus MC)

Database	Platform	Jaargetallen	Records	Records na verwijderen duplicaten
Medline ALL	Ovid	1946 – heden	156	156
Embase	Embase.com	1971 – heden	241	126
Web of Science Core Collection *	Web of Knowledge	1975 – heden	141	38
Totaal			538	319

* Science Citation Index Expanded (1975-present) ; Social Sciences Citation Index (1975-present) ; Arts & Humanities Citation Index (1975-present) ; Conference Proceedings Citation Index- Science (1990-present) ; Conference Proceedings Citation Index- Social Science & Humanities (1990-present) ; Emerging Sources Citation Index (2005-present).

Zoekelementen: 1) Quality of healthcare, 2) Accountability, 3)Nederland

Embase (241)

('health care quality'/de OR (((health) NEAR/6 (care) NEAR/6 (quality OR qualities OR evaluat* OR assess*)) OR ((healthcare* OR care) NEAR/3 (quality OR qualities OR evaluat* OR assess*)):ab,ti,kw) AND (accountability/de OR trust/de OR 'social responsibility'/de OR (accountabilit* OR accountable OR trust* OR ((regulat* OR administrativ*) NEAR/3 (pressure* OR burden)) OR ((qualitativ*) NEAR/3 (aspect*)) OR ((non OR "not") NEXT/1 (measur* OR quant*)) OR ((horizontal*) NEAR/3 (learn*)) OR ((hospital OR medical-cent*) NEAR/3 (dialog* OR approach*)) OR ((social) NEAR/3 (responsib* OR obligat*)):ab,ti,kw) AND (Netherlands/de OR (netherland* OR dutch):ab,ti,kw,ff,de)

Medline (156)

(Quality of Health Care/ OR Quality Assurance, Health Care/ OR (((health) ADJ6 (care) ADJ6 (quality OR qualities OR evaluat* OR assess*)) OR ((healthcare* OR care) ADJ3 (quality OR qualities OR evaluat* OR assess*)):ab,ti,kf.) AND (Social Responsibility/ OR Trust/ OR (accountabilit* OR accountable OR trust* OR ((regulat* OR administrativ*) ADJ3 (pressure* OR burden)) OR ((qualitativ*) ADJ3 (aspect*)) OR ((non OR "not") ADJ (measur* OR quant*)) OR ((horizontal*) ADJ3 (learn*)) OR ((hospital OR medical-cent*) ADJ3 (dialog* OR approach*)) OR ((social) ADJ3 (responsib* OR obligat*)):ab,ti,kf.) AND (Netherlands/ OR (netherland* OR dutch).ab,ti,kf)

Web of Science (141)

TS=((((health) NEAR/5 (care) NEAR/5 (quality OR qualities OR evaluat* OR assess*)) OR ((healthcare* OR care) NEAR/2 (quality OR qualities OR evaluat* OR assess*)))) AND ((accountabilit* OR accountable OR trust* OR ((regulat* OR administrativ*) NEAR/2 (pressure* OR burden)) OR ((qualitativ*) NEAR/2 (aspect*)) OR ((non OR "not") NEAR/1 (measur* OR quant*)) OR ((horizontal*) NEAR/2 (learn*)) OR ((hospital OR medical-cent*) NEAR/2 (dialog* OR approach*)) OR ((social) NEAR/2 (responsib* OR obligat*)))) AND ((netherland* OR dutch)))

BIJLAGE 4

STAKEHOLDERINTERVIEWS

4.1 Casussen ter voorbereiding van de stakeholderinterviews

Casus 1. Recent onderzoek toont aan dat zorgprofessionals gemiddeld 52 minuten per dag kwijt zijn aan het invullen van kwaliteitsregistraties. Meer dan de helft (57%) van deze registraties wordt ingevuld in functie van het afleggen van verantwoording aan externen, waaronder de inspectie en accrediterende- en certificeringsinstanties. Verpleegkundigen spenderen over het algemeen meer tijd aan deze kwaliteitsregistraties dan medisch-specialisten. Ditzelfde onderzoek wijst uit dat een deel van deze kwaliteitsregistraties door verpleegkundigen wordt ervaren als onnodig of onredelijk, bijvoorbeeld omdat het doel van de registratie onduidelijk is. Ook wordt slechts 36% van het totaal aantal kwaliteitsregistraties beschouwd als nuttig voor het daadwerkelijk verbeteren van kwaliteit van zorg.

Patiënt A heeft besloten een nier af te staan aan een dierbare. Voorafgaand aan de opname van deze nierdonor heeft een uitgebreide gezondheidsscreening plaatsgevonden, waaruit bleek dat patiënt A gezond genoeg is om haar nier af te mogen staan. De ligduur voor nierdonoren is gemiddeld drie dagen en zij dienen in een goede conditie te verkeren als zij worden opgenomen.

Bij opname in het ziekenhuis wordt bij iedere patiënt standaard het risico op ondervoeding bepaald aan de hand van de MUST-score. Ook bij de opname van patiënt A voert op de eerste dag van opname een verpleegkundige deze screening uit.

Casus 2. Het adviesrapport 'Blijk van vertrouwen – Anders verantwoord voor goede zorg' (2019) van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving beschrijft dat zorgprofessionals op dit moment ervaren dat verantwoordingsvragen van onder andere toezichthouders op dit moment onvoldoende aansluiten op de alledaagse praktijk en dat zij in deze vragen niet terugvinden wat zij belangrijk vinden. Kwaliteit van zorg wordt volgens hen beschouwd als iets dat objectief en extern te meten is. De betekenis die verantwoording voor zorgprofessionals heeft komt volgens de RVS daardoor minder tot zijn recht en creëert onvoldoende ruimte om hiervan te leren.

Patiënt B is gediagnostiseerd met borstkanker. Tijdens haar behandeling in het ziekenhuis moet zij de keuze maken of zij een borstsparende operatie wil laten uitvoeren of uit voorzorg toch wil kiezen voor een borstamputatie. Ze gaat hierover in gesprek met haar oncoloog, die haar informeert over de voor- en nadelen en de risico's van de verschillende opties. Ook worden de voorkeuren van zowel patiënt B als van de oncoloog besproken. Samen beslissen patiënt B en de oncoloog dat de keuze voor een borstamputatie het beste bij de patiënt past.

De oncoloog moet vervolgens een aantal verplichte NBBCA-registraties aanleveren bij de DICA. De DICA wil graag weten welk percentage van de behandelde patiënten met borstkanker een borstcontour heeft behouden na operatieve behandeling en welk percentage patiënten primair sparend is geopereerd en daarmee een borstcontour heeft behouden.

Casus 3. Uit het rapport 'In gesprek over kwaliteit van zorg' (2022), dat in opdracht van het Zorginstituut werd uitgevoerd door Sira Consulting, blijkt dat keuze-informatie voor patiënten niet altijd even toegankelijk en inzichtelijk is en dat daar op dit moment ook niet altijd genoeg aandacht voor is. Daarnaast blijkt uit dit rapport dat niet alle keuze-informatie die op dit moment beschikbaar is relevant is voor patiënten, of dat de informatie gekleurd is. De Patiëntenfederatie is tevens van mening dat kwaliteitsinformatie in de vorm van keuze-informatie inzichtelijker moet worden voor patiënten. Dit maakte zij op 14 maart 2023 kenbaar in een nieuwsbericht op haar website. De DICA verzamelt analyses van kwaliteit die geleverd wordt door ziekenhuizen en ziekenhuizen kunnen deze cijfers zelf inzien, maar volgens de Patiëntenfederatie blijft deze informatie voor patiënten vaak grotendeels onbekend.

Patiënt C is gediagnostiseerd met borstkanker. Zij hoopt dat het mogelijk is om een borstsparende operatieve behandeling te ondergaan. Via een online keuzehulp gaat zij op zoek naar kwaliteitsinformatie van ziekenhuizen. Zij leert dat het landelijk gemiddelde van borstkankerpatiënten die een borstsparende operatie zijn ondergaan ligt op 74%. In ziekenhuis D ligt dit percentage op 61.5%. De (medische) redenen achter dit percentage worden in de keuzehulp niet vermeld. Naast het percentage borstsparende operaties vermeldt deze keuzehulp het aantal nieuwe patiënten dat in 2021 in ziekenhuis D is behandeld (131), en dat er voor alle borstkankerpatiënten een casemanager aanwezig is. Patiënt C besluit om voor een ander ziekenhuis te kiezen.

BIJLAGE 5

ANALYSES DELPHI STUDIE

5.1 Responspercentages Delphi studie

	Ronde 1	Ronde 2	Ronde 3
Aantal stellingen	23	10	11
Bezorgd aan (aantal stakeholders)	13 stakeholders	12 stakeholders	11 stakeholders
Bezorgd aan (aantal personen)	35 personen	28 personen	23 personen
Ingevuld door (aantal stakeholders)	12 stakeholders	11 stakeholders	10 stakeholders
Ingevuld door (aantal personen)	23 personen	20 personen	15 personen
Responspercentage (stakeholders)	92%	92%	91%
Responspercentage (personen)	66%	71%	65%
Voldoende stellingen	17 (74%)	6 (60%)	7 (64%)
Onvoldoende stellingen	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Geen consensus	6 (26%)	4 (40%)	4 (36%)

5.2 Analyse eerste ronde

Gehanteerde categoriseringscriteria:

- Een stelling kan door stakeholders worden gewaardeerd op een schaal van 1 (volledig mee oneens) tot en met 10 (volledig mee eens).
- Een stelling wordt als **voldoende** gecategoriseerd indien minstens 8 van 12 stakeholders (67%) de stelling waardeert met gemiddeld een 6,0 of hoger.
- Een stelling wordt als **onvoldoende** gecategoriseerd indien minstens 6 van 12 stakeholders (50%) de stelling waardeert met gemiddeld een 4,0 of lager.
- Er bestaat **geen consensus** over een stelling indien de stelling niet in één van bovenstaande categorieën valt.

Nr.	Stelling	Gem. waardering *	Categorisering
r1.1	Binnen een ideale externe verantwoordingspraktijk vindt het registreren van zorg- en kwaliteitsinformatie plaats aan de bron.	8,50	Voldoende
r1.2	Patiëntvertegenwoordigers moeten altijd betrokken worden door wetenschappelijke verenigingen en andere initiatiefnemers bij het opstellen van nieuwe kwaliteitsindicatoren, zodat de indicatoren die worden opgesteld gebaseerd zijn op patiëntgerichte uitkomst informatie.	8,34	Voldoende
r1.3	Partijen die initiatief nemen om nieuwe kwaliteitsindicatoren op te stellen, zoals wetenschappelijke verenigingen en koepelorganisaties, moeten in het opstellen van deze indicatoren proberen om meer aansluiting te vinden bij de kwaliteitsindicatoren die reeds zijn opgenomen in de	8,30	Voldoende

	Transparantiekalender van het Zorginstituut, om dubbele uitvragen van kwaliteitsinformatie te voorkomen.		
r1.4	Beroepsverenigingen, zoals de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Beroepsvereniging Verzorgenden & Verpleegkundigen (V&VN) dragen de verantwoordelijkheid om hun achterban actief en actueel te informeren over het doel, het nut en de noodzaak van uitvragen en registraties van kwaliteitsinformatie en de richtlijnen hieromtrent.	8,14	Voldoende
r1.5	Kwaliteit van zorg en de wetgeving, regels en richtlijnen omtrent registraties en verantwoording moeten een prominere plaats krijgen binnen het curriculum van de opleidingen Geneeskunde en Verpleegkunde.	8,13	Voldoende
r1.6	Toezichthouders in de zorg moeten meer sturen op horizontaal leren als waardevol kwaliteitsinstrument.	7,63	Voldoende
r1.7	De mogelijkheden moeten worden verkend om intersubjectieve aspecten van kwaliteit van zorg, zoals patiëntervaringen, samen beslissen en waardedialogen op een meetbare manier onderdeel uit te laten maken van de externe verantwoordingspraktijk.	7,32	Voldoende
r1.8	Het structureel landelijk verzamelen van informatie over kwaliteit van zorg is noodzakelijk om horizontaal leren tussen zorgprofessionals te stimuleren en in stand te houden.	7,15	Voldoende
r1.9	Er zou meer openbare keuze-informatie beschikbaar moeten worden gesteld voor patiënten op keuzehulpsites als ziekenhuischeck.nl.	7,13	Voldoende
r1.10	Zorginstellingen moeten meer tijd en geld investeren in trainingen voor hun zorgpersoneel over het efficiënter gebruikmaken van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD).	7,06	Voldoende
r1.11	Door als toezichthouder (zoals de IGJ) actiever in gesprek te gaan met verpleegkundige adviesraden vanuit ziekenhuizen over wat zij relevante kwaliteitsinformatie vinden zal het vertrouwen van de verpleegkundige groep in de toezichthouder groeien.	6,88	Voldoende
r1.12	Om veiligheid en kwaliteit in ziekenhuizen te kunnen waarborgen is externe toetsing door middel van een accreditatie en/of certificering noodzakelijk.	6,80	Voldoende
r1.13	Zorginstellingen dragen de maatschappelijke verantwoordelijkheid om openbare keuze-informatie voor patiënten op keuzehulpsites als ziekenhuischeck.nl te voorzien van relevante context en duiding en patiënten te verwijzen naar deze websites.	6,66	Voldoende
r1.14	Overheidsinstanties, zoals het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, moeten strenger controleren of uitvragers van kwaliteitsdata, zoals wetenschappelijke verenigingen, deze data daadwerkelijk inzetten om te leren en te verbeteren, om te voorkomen dat er met deze data niets nuttigs wordt gedaan.	6,66	Voldoende
r1.15	Zorginstellingen dragen zelf de verantwoordelijkheid om hun zorgpersoneel actief en actueel te informeren over het doel, het nut en de noodzaak van uitvragen en registraties van kwaliteitsinformatie en de richtlijnen hieromtrent.	6,52	Voldoende
r1.16	Door het nut en de noodzaak van uitvragen van kwaliteitsinformatie en de wijze waarop deze informatie wordt verzameld inzichtelijker te maken voor zorgprofessionals zal de ervaren registratielast onder zorgprofessionals meer afnemen dan door een vermindering van deze uitvragen.	6,43	Geen consensus

r1.17	Wanneer een kwaliteitsregistratie die is opgezet door een wetenschappelijke vereniging het doel waarvoor deze is opgezet heeft bereikt moet deze kwaliteitsregistratie worden gestopt.	6,33	Voldoende
r1.18	De ervaren registratielast onder zorgprofessionals zal drastisch afnemen wanneer zorginformatiebouwblokken (zib's) standaard zijn ingebouwd in alle Elektronische Patiëntendossiers (EPD's).	6,29	Voldoende
r1.19	Om verantwoording af te kunnen leggen over kwaliteit van zorg in ziekenhuizen richting de maatschappij is externe toetsing door middel van een accreditatie en/of certificering noodzakelijk.	6,20	Geen consensus
r1.20	Het verhaal van de zorgprofessional moet niet afkomstig zijn vanuit kwaliteitsindicatoren, maar moet worden verteld tijdens een interpersoonlijk gesprek tussen verantwoordingsvrager en (een afvaardiging van) zorgprofessionals.	6,08	Geen consensus
r1.21	Het transparant maken van informatie over kwaliteit van zorg in ziekenhuizen, zonder deze informatie te voorzien van adequate context en duiding, is schadelijk voor het vertrouwen van patiënt in de Nederlandse zorgverlening.	5,68	Geen consensus
r1.22	Wetenschappelijke verenigingen moeten het eerste aanspreekpunt zijn voor zorgprofessionals die een (te) hoge registratielast ervaren.	5,53	Geen consensus
r1.23	Door de hoeveelheid kwaliteitsindicatoren die op dit moment is opgenomen in de Transparantiekalender van het Zorginstituut te verminderen zal de ervaren registratielast onder zorgprofessionals afnemen terwijl de kwaliteit van zorg gelijk blijft of omhoog gaat.	5,16	Geen consensus

* Op basis van de gemiddelde waarderingen per stakeholder.

5.3 Analyse tweede ronde

De tweede ronde van de Delphi studie bevat ten opzichte van de eerste ronde 5 herformuleringen van stellingen waar in de eerste ronde geen consensus over was (r2.2, r2.3, r2.6, r2.8, r2.10) en 5 nieuwe stellingen.

Gehanteerde categoriseringscriteria:

- Een stelling kan door stakeholders worden gewaardeerd op een schaal van 1 (volledig mee oneens) tot en met 10 (volledig mee eens).
- Een stelling wordt als **voldoende** gecategoriseerd indien minstens 8 van 11 stakeholders (73%) de stelling waardeert met gemiddeld een 6,0 of hoger.
- Een stelling wordt als **onvoldoende** gecategoriseerd indien minstens 6 van 11 stakeholders (55%) de stelling waardeert met gemiddeld een 4,0 of lager.
- Er bestaat **geen consensus** over een stelling indien de stelling niet in één van bovenstaande categorieën valt.

Nr.	Stelling	Gem. waardering *	Categorisering
r2.1	Structurele gesprekken tussen zorgprofessionals en patiëntorganisaties over wat goede kwaliteit van zorg is moeten worden ingezet als instrument ter verbetering van de kwaliteit van zorg.	8,35	Voldoende
r2.2	Wetenschappelijke verenigingen zijn, met betrekking tot kwaliteitsregistraties, (mede) verantwoordelijk voor het verminderen van de ervaren registratielast onder zorgprofessionals.	8,21	Voldoende

r2.3	Als zorgprofessionals beter inzicht hebben in wat er gebeurt met de kwaliteitsinformatie die zij in het kader van externe verantwoording registreren, dan zullen zij het registreren van die informatie minder snel als een last ervaren.	8,00	Voldoende
r2.4	De ervaren registratielast onder zorgprofessionals zal afnemen wanneer er minder dubbele uitvragen van kwaliteitsinformatie plaatsvinden.	7,38	Voldoende
r2.5	Het vertrouwen van zorgprofessionals in toezichthouder zal groeien wanneer zij beter op de hoogte zijn van het nut en de noodzaak van kwaliteitsindicatoren, en weten waarvoor deze informatie wordt ingezet.	7,36	Voldoende
r2.6	Het vertrouwen van de patiënt in de Nederlandse zorgverlening zal groeien wanneer openbare keuze-informatie meer wordt voorzien van context en duiding.	7,19	Voldoende
r2.7	De reeds bestaande uitvragen van kwaliteitsindicatoren in het kader van externe verantwoording moeten meer aansluiten op wat zorgprofessionals zelf belangrijk vinden in de praktijk.	6,39	Geen consensus
r2.8	Als de hoeveelheid uitvragen van kwaliteitsindicatoren in het kader van externe verantwoording wordt verminderd, dan zal de ervaren registratielast onder zorgprofessionals omlaag gaan.	6,36	Geen consensus
r2.9	Er moet een landelijk, toegankelijk overzicht komen waarop alle uitgevraagde kwaliteitsinformatie van alle partijen die acteren in de verantwoordingspraktijk in de medisch specialistische zorg inzichtelijk is.	6,25	Geen consensus
r2.10	Door een vermindering aan te brengen in het aantal uitvragen van kwaliteitsindicatoren (bijvoorbeeld via de Transparantiekalender van het Zorginstituut) zal de kwaliteit van zorg niet omlaag gaan.	6,02	Geen consensus

* Op basis van de gemiddelde waarderingscijfers per stakeholder.

5.4 Analyse derde ronde

Gehanteerde categoriseringscriteria:

- Een stelling kan door stakeholders worden gewaardeerd op een schaal van 1 (volledig mee oneens) tot en met 10 (volledig mee eens).
- Een stelling wordt als **voldoende** gecategoriseerd indien minstens 7 van 10 stakeholders (70%) de stelling waardeert met gemiddeld een 6,0 of hoger.
- Een stelling wordt als **onvoldoende** gecategoriseerd indien minstens 5 van 10 stakeholders (50%) de stelling waardeert met gemiddeld een 4,0 of lager.
- Er bestaat **geen consensus** over een stelling indien de stelling niet in één van bovenstaande categorieën valt.

Nr.	Stelling	Gem. waardering *	Categorisering
r3.1	Om de kwaliteit in het ziekenhuis continu te blijven verbeteren is het van belang dat zorginstellingen structureel in gesprek gaan met patiënten over kwaliteit van zorg.	8,87	Voldoende

r3.2	Idealiter wordt externe verantwoording afgelegd met behulp van kwaliteitsinformatie die reeds intern is verzameld en geregistreerd, en die intern wordt ingezet om te leren en te verbeteren.	8,57	Voldoende
r3.3	Beroepsorganisaties kunnen bijdragen aan het vergroten van het inzicht dat zorgprofessionals hebben in het doel en het nut van uitvragen van kwaliteitsinformatie door hier meer aandacht aan te besteden op door hen georganiseerde congressen en bijeenkomsten.	8,19	Voldoende
r3.4	Om dubbele en overbodige uitvragen van kwaliteitsinformatie te voorkomen is het van belang dat uitvragers van deze informatie meer gebruikmaken van informatie die reeds is uitgevraagd door een andere partij, ook als dit betekent dat de benodigde data dan minder volledig of specifiek is.	8,04	Voldoende
r3.5	Individuele zorgprofessionals kunnen zelf meer het initiatief nemen om de ervaren registratielast te verminderen door op een proactieve manier mee te denken met uitvragers van kwaliteitsinformatie over de waarde van registraties en indicatoren, en hoe deze kunnen worden ingezet om kwaliteitsverbeteringen teweeg te brengen.	7,27	Voldoende
r3.6	Openbare keuze-informatie voor patiënten moet minder gericht zijn op het vergelijken van verschillende zorgaanbieders, maar moet meer worden opgesteld vanuit de gedachte om patiënten te informeren over samen beslissen.	6,23	Voldoende
r3.7	Partijen die verantwoording vragen over geleverde zorg en toezichthouders moeten meer gebruikmaken van kwaliteitsinformatie die afkomstig is uit openbare bronnen, zoals de data die beschikbaar is via Zorgkaart Nederland.	6,06	Voldoende
r3.8	Om dubbele en overbodige uitvragen van kwaliteitsinformatie te voorkomen is centrale toetsing door overheidsinstanties, zoals het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op de zinvolheid van alle reeds bestaande en toekomstige uitvragen voor secundair datagebruik wenselijk.	6,02	Geen consensus
r3.9	Het is van belang dat horizontaal leren tussen zorgprofessionals en zorginstellingen in alle veiligheid kan plaatsvinden, waarbij de informatie over de leer- en verbeterprocessen niet openbaar wordt gemaakt.	5,87	Geen consensus
r3.10	Data over kwaliteit van zorg die met een bepaald doel wordt uitgevraagd (zoals leren en verbeteren), moet niet worden ingezet door een andere partij om een ander doel (zoals verantwoording) te vervullen.	5,35	Geen consensus
r3.11	Het uitbreiden van openbare keuze-informatie voor patiënten en het voorzien van deze keuze-informatie van adequate context, zodat patiënten zorgaanbieders kunnen vergelijken en op basis daarvan een keuze voor een zorginstelling kunnen maken, heeft op dit moment geen prioriteit in het kader van het anders inrichten van de externe verantwoordingspraktijk.	5,30	Geen consensus

* Op basis van de gemiddelde waarderingen per stakeholder.

BIJLAGE 6

FOCUSGROEPEN

6.1 Lijst van aanwezige stakeholders

Dinsdag 25 juli 2023	Donderdag 17 augustus 2023
Vertegenwoordiger Patiëntenfederatie	Vertegenwoordiger NFU
Vertegenwoordiger Ministerie van VWS	Vertegenwoordigers ZIN
Vertegenwoordiger NVTZ	Vertegenwoordiger Qualicor
Vertegenwoordiger DICA	Vertegenwoordiger IGJ

6.2 Bespreekpunten en vragen

Bespreekpunt 1. Tijdens verschillende stakeholderinterviews werd gesuggereerd dat niet louter de hoeveelheid tijd die zorgprofessionals op dit moment besteden aan het registreren van informatie over kwaliteit van zorg, maar ook vooral het gebrek aan inzicht in het doel van deze registraties een belangrijke oorzaak is van de ervaren registratielast onder zorgprofessionals. Stakeholders vermoeden dat het registreren van deze informatie minder snel als een last zal worden ervaren wanneer zorgprofessionals beter inzicht hebben in het doel van dergelijke uitvragen, en inzicht hebben in de doeleinden waarvoor deze informatie vervolgens door externe partijen wordt ingezet (Delphi, r2.3).

Wat is er volgens deelnemers nodig om het doel van uitvragen van kwaliteitsinformatie voor zorgprofessionals inzichtelijker te maken? Welke partijen dragen hierin een verantwoordelijkheid?

Bespreekpunt 2. Hoewel verschillende stakeholders, waaronder overheidsinstanties, reeds hebben aangegeven dubbele uitvragen van kwaliteitsinformatie zo veel mogelijk te beperken, gaven overige stakeholders tijdens de interviews aan nog steeds hinder te ondervinden van kwaliteitsinformatie die dubbel moet worden geregistreerd. Stakeholders vermoeden dat de ervaren registratielast onder zorgprofessionals zal afnemen wanneer deze dubbele uitvragen worden verminderd (Delphi, r2.4).

Wat is er nog meer nodig om dubbele en als overbodig ervaren uitvragen van kwaliteitsinformatie te stoppen? Welke partijen dragen hierin een verantwoordelijkheid?

Bespreekpunt 3. Stakeholders vinden het belangrijk dat patiënten en/of patiëntorganisaties worden betrokken bij het opstellen van nieuwe kwaliteitsindicatoren en –registraties (Delphi, r1.2). Ook vinden zij het belangrijk dat structurele gesprekken tussen zorgprofessionals en patiëntorganisaties over wat goede zorg is worden ingezet als instrument ter verbetering van kwaliteit van zorg (Delphi, r2.1). Tegelijkertijd gaven een aantal stakeholders blijk van ontevredenheid met betrekking tot de patiëntbetrokkenheid bij de verantwoordingspraktijk tijdens de stakeholderinterviews.

Zijn deelnemers van mening dat die patiëntbetrokkenheid nog verder moet worden vergroot? Zo ja, welke concrete suggesties hebben deelnemers om deze patiëntbetrokkenheid te vergroten?

Bespreekpunt 4. Stakeholders vinden het belangrijk dat intersubjectieve aspecten van kwaliteit van zorg, zoals patiëntervaringen en samen beslissen, onderdeel uitmaken van de externe verantwoordingspraktijk (Delphi, r1.7). Ook vinden zij het belangrijk dat toezichthouders in de zorg meer sturen op horizontaal leren als waardevol kwaliteitsinstrument (Delphi, r1.6).

Op welke manier moeten deze aspecten van kwaliteit van zorg worden geïntegreerd in de externe verantwoordingspraktijk?

Bespreekpunt 5. Stakeholders zijn het erover eens dat er meer openbare keuze-informatie beschikbaar moet worden gesteld voor patiënten op keuzehulpsites als Ziekenhuischeck (Delphi, r1.9), en dat het bevorderend zal zijn voor het vertrouwen van de patiënt in de Nederlandse zorg wanneer die informatie wordt voorzien van correcte duiding (Delphi, r2.5).

Welke concrete stappen moeten worden ondernomen om het aanbod aan openbare keuze-informatie te vergroten en deze informatie te voorzien van duiding? En welke partijen dragen hierin volgens deelnemers een verantwoordelijkheid?

Bespreekpunt 6. Tijdens de stakeholderinterviews gaven verschillende stakeholders aan behoefte te hebben aan meer vertrouwen binnen de externe verantwoordingspraktijk. Ook gaven zij aan dit vertrouwen op dit moment onvoldoende de boventoon voert.

Wat is er nodig om de externe verantwoordingspraktijk zo in te richten dat er meer blijkt is van vertrouwen? Wat vinden stakeholders de belangrijkste stappen om te zetten in de richting van een houding van meer vertrouwen?

BIJLAGE 7

GECONSULTEERDE PERSONEN

Naam	Organisatie
Marcel Albers	UMC Utrecht
Roland Bal	Erasmus Universiteit ESHPM
Annemarie van Dalen	Odion
Maarten Engel	Medische Bibliotheek Erasmus MC
Karin Faber	MUMC+
Joost Hopman	Radboudumc
Joey van den Hurk	Sira Consulting
Margriet de Jong	UMCG
Monique Kohlen	Amsterdam UMC
Antoinette Reerink	Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving
Ingeborg Steneker	LUMC
Piet ter Wee	Amsterdam UMC

BIBLIOGRAFIE

Bovens, Mark. 'Publieke verantwoording: Een analysekader' in *Publieke verantwoording: Regimes van inzicht en rekenschap bij de uitvoering van publieke taken*. Amsterdam: Boom, 2005.

Groenewegen, Peter., Hansen, Johan. en De Jong, Judith. 'Trust in times of health reform'. *Health Policy*, 123 (2019): 281-87.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 'Horizontaal verantwoorden in het Sociaal Domein: Wat is er nodig?' (2023).

Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. 'Blijk van vertrouwen – Anders verantwoorden voor goede zorg' (2019).

Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. 'Is dit wel verantwoord?' (2023).

Reinders, Hans en Nazarowa, Lydia Helwig. *Tellen en vertellen. Narratieve verantwoording in de langdurige zorg*. Oud-Turnhout: Gompel&Svacina: 2020.

Schiffelers, Marie-Jeanne en Wagner, Cordula. 'Anders Verantwoorden. Voorstudie ten behoeve van de kansrijke agenda met nieuwe vormen van verantwoorden' (2020).

Sira Consulting, 'Regeldruk transparantie medisch specialistische zorg. Een monitoringsonderzoek van de ervaren opbrengsten en lasten van kwaliteitsindicatoren msz.' (2022).

Stoopendaal, Annemiek en Bouwman, Renée. 'Ruimte voor vertrouwen. De dynamiek van vertrouwen in toezicht op de zorg' (2018).

Van de Bovenkamp, Hester., Stoopendaal, Annemiek., Van Bochove, Marianne. en Bal, Roland. 'Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: The need for recoupling to establish functional rules'. *Health Policy*, 124. (2020): 275-281.

Vos, L., Dückers, M. en Wagner, C. ' 'Sneller beter, wat kunnen we ervan leren?' *Tijdschrift over Kwaliteit en Veiligheid in Zorg*, 18(6), (2008): 10-15.

Vriens, Dirk et al. 'Public Professional Accountability: A Conditional Approach'. *Journal of Business Ethics*, 153 (2018): 1179-1196.

Weenink, Jan-Willem. en Bal, Roland. 'Hoe anders verantwoorden kwaliteit van zorg ten goede komt' (2023), via Qruux.

Zegers, Marieke et. al. 'Eindrapport 'Experiment Zinvolle Registratie'' (2020).

Zegers, Marieke et al. 'Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study'. *International Journal of Health Policy Management*, 1;11(2) (2022): 183-196.